



Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNC1

Reg. n° 2032/23

En la ciudad de Buenos Aires, en la fecha que surge de la constancia de firma electrónica inserta al pie, se constituye el tribunal integrado por los jueces Gustavo A. Bruzzone (de conformidad con la Acordada 7/2023 de esta cámara), Eugenio C. Sarrabayrouse y Horacio L. Días, asistidos por la secretaria actuante, Paula Gorsd, a los efectos de resolver el recurso de casación interpuesto por la defensa de C. Beltrán, en la presente causa n° CCC 18380/2012/TO1/CNC1, caratulada “**BELTRÁN, C. s/recurso de casación**”, de la que **RESULTA:**

I. Por veredicto del 15 de julio de 2021, el Tribunal Oral en lo Criminal y Correccional n° 1 de esta ciudad –integrado en forma unipersonal por el juez L. Roberto J Salas– resolvió, en lo que aquí interesa, lo siguiente: “**III. CONDENAR a C. BELTRAN, cuyas demás condiciones personales obran en el encabezamiento, a la pena de TRES AÑOS DE PRISIÓN DE EJECUCIÓN CONDICIONAL, INHABILITACIÓN ESPECIAL PARA EL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR EL TÉRMINO DE SIETE AÑOS, y al pago de las costas procesales, por ser autor del delito de HOMICIDIO CULPOSO (arts. 20, 26, 29 inc. 3°, 45 y 84 del Código Penal; arts. 403, 530 y 531 del Código Procesal Penal de la Nación). IV. IMPONER a C. BELTRAN POR EL TÉRMINO DE TRES AÑOS, a partir de que quede firme la presente, como regla de conducta la obligación de FIJAR RESIDENCIA y SOMETERSE AL CUIDADO DE LA DIRECCIÓN DE CONTROL Y ASISTENCIA DE EJECUCIÓN PENAL (art. 27 bis in. 1 del CPN)**”.

Los fundamentos de esa decisión fueron dados a conocer el 12 de agosto de 2021.



**II.** Contra esa decisión, los letrados particulares Eduardo Gerome y S. Maceda, a cargo de la asistencia técnica de C. Beltrán, interpusieron recurso de casación, que fue concedido por el tribunal oral y mantenido oportunamente en esta instancia.

La defensa sostuvo que la sentencia era arbitraria por falta de adecuada fundamentación y violatoria de las garantías constitucionales de debido proceso y de defensa en juicio (arts. 18, CN, art. 8 CADH, art. 14 PIDCyP y arts. 399 y 404, inc. 2°, CPPN).

Principalmente, destacó que, de los peritajes realizados por los profesionales del Cuerpo Médico Forense, surgía que éstos no apreciaron, tras el examen de la documental reunida en la causa, la presencia de anomalías en el accionar del médico C. Beltrán.

Señaló que, pese a la claridad con la que los peritos se expidieron sobre los numerosos interrogantes realizados, el tribunal se apartó de dichas pruebas y priorizó, o bien la opinión del perito ofrecido por la parte querellante, o sus propias conclusiones respecto de asuntos que no son de la experticia del juzgador.

Enfatizó que la prueba rendida durante el debate no permitía demostrar, más allá de toda duda razonable, que C. Beltrán se haya apartado del arte médico, por lo que el juicio de responsabilidad formulado por el *a quo* era arbitrario y contrario al principio de *in dubio pro reo*.

**III.** La Sala de Turno de esta Cámara Nacional de Casación en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal otorgó al recurso presentado el trámite previsto en el art. 465, CPPN.

**IV.** Sorteada esta Sala 2, y puestos los autos en término de oficina, conforme lo previsto por los arts. 465, cuarto párrafo, y 466, CPPN, la defensa presentó un escrito en el que resumió los puntos centrales del recurso de casación interpuesto.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

Por su parte, el representante del Ministerio Público Fiscal, Dr. Guillermo Morosi, solicitó que se rechace el recurso de casación y se confirme la sentencia dictada, por considerar que los agravios de la defensa fueron oportunamente atendidos en el fallo y que esa parte no refutó, de manera categórica, las razones brindadas por el sentenciante.

V. El pasado 28 de septiembre de 2023, se hizo saber a las partes que se concedía un plazo para la presentación de un memorial o para solicitar la realización de la audiencia del trámite ordinario establecida en el art. 465, CPPN.

1. En tal ocasión, la defensa presentó un memorial en el que, sintéticamente, sostuvo:

a. Que de los peritajes realizados y, tal como afirmó el perito oficial C. R., del Cuerpo Médico Forense, no surgía que Beltrán haya actuado “fuera del arte de curar”.

b. Acerca de los dos registros de StO<sub>2</sub> existentes, cuestionó que el tribunal se basara únicamente en el que no muestra la recuperación de la oximetría, siendo que los peritos del C.M.F. sí se refirieron al restablecimiento de esa variable.

c. Sobre la desaparición posterior del registro de la curva StO<sub>2</sub>, consignó que no se encontraba dentro de las funciones de Beltrán corroborar que los registros electrónicos se impriman correctamente. Destacó, además, que el perito R. puso en duda la verosimilitud de dicho registro electrónico, en virtud de la discordancia con el resto de las variables vitales.

d. En cuanto al comportamiento de las alarmas dijo que éstas sí sonaron y que pudieron no ser oídas por el resto de los presentes producto del síndrome de “agotamiento de alarmas”. Para más, afirmó que los valores de la alarma de “asistolia” (paro cardíaco) no podían modificarse, por lo que cabía cuestionar cómo fue posible que las demás personas presentes en el quirófano no la hayan



escuchado. Subrayó que esta crítica fue planteada durante la audiencia y omitida en su tratamiento por el *a quo*, lo que importaba la arbitrariedad de la sentencia al respecto.

e. También, sobre las alarmas, apuntó que el “seteo” estuvo a cargo de la cardióloga monitorista G. E. A., quien suscribió el “check list” que da cuenta sobre la programación del volumen y valores establecidos para cada variable vital.

f. Por otro lado, indicó que no existía en el expediente ninguna constancia que permitiera señalar que, de haberse administrado antes la atropina, el resultado hubiera sido distinto. En ese sentido, destacó que “...sería importante conocer la causa que llevó a la bradicardia, con posterior paro, que no pudo conocerse por la falta de autopsia” (fs. 4 del escrito presentado).

g. Enfatizó que los médicos del C.M.F. no podían afirmar ni excluir que el paro cardíaco haya sido producto de un reflejo vagal, aun cuando ello no fuera usual en el tipo de operaciones como la que se realizó a M. M. C..

h. Sobre el valor otorgado en la sentencia a los dichos del perito D. J. S. (perito médico ingeniero que se expidió sobre el correcto funcionamiento de las máquinas de monitoreo), quien dijo que existió un cuadro de hipoxia de aproximadamente 30 minutos, resaltó que sus dichos eran contrarios a los de los peritos oficiales del C.M.F. y que, en rigor, se trataba del testimonio de alguien no experto en anestesiología frente a la opinión calificada de los médicos forenses.

i. Apuntó que, según la prueba producida, el electrobisturí se usó durante toda la cirugía y que ese aparato era capaz de causar interferencias en el monitor de la máquina Dräger, lo que podía explicar algunas diferencias entre lo anotado por C.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

Beltrán –que se sirvió del monitor– y lo que quedó plasmado en las impresiones de las gráficas de tendencias.

j. Finalmente, se refirió al peritaje oficial realizado por el anestesiólogo Dr. C. D. R., agregado a fs. 858/871 del expediente civil “Sarricouet, Matías Norberto Raúl y otros c/B., Gabriel y otros s/daños y perjuicios” n° 5396/2013, de trámite ante el Juzgado Nacional en lo Civil n° 73.

Al respecto, dijo que varios pasajes de dicho estudio respaldan las afirmaciones realizadas por esa parte.

Concretamente, citó las respuestas a las preguntas 25, 26, 32, 43, 54, 56 y 57, de las que surge que las maniobras de reanimación realizadas fueron las adecuadas; que el paro cardíaco fue detectado y tratado en tiempo y forma; que la prioridad ante un evento crítico es la asistencia al paciente y no la confección del parte anestésico; que el electrobisturí es el equipo que con más frecuencia genera interferencia, principalmente, en el registro electrocardiográfico; y, que, si bien pueden existir varias causas de parada cardíaca, el reflejo vagal es una de ellas y no podía excluirse con grado de certeza absoluta.

Con base en todo ello, afirmó que no existió de parte de Beltrán ninguna conducta violatoria del deber de cuidado exigible y que el resultado lesivo acontecido no podía atribuirse a su inacción; a la par, recalcó que la inexistencia de una autopsia no podía soslayarse, ya que hubiera permitido determinar la causa y el mecanismo de muerte de M. M. C..

2. Por su parte, la letrada particular Verónica Laura Cicchi, apoderada de la parte querellante, solicitó la realización de la audiencia prevista en el art. 465, CPPN.

Dicho acto se realizó el 18 de octubre de 2023 a través de medios virtuales y estuvieron presentes, por la parte recurrente, el letrado S. Maceda, a cargo de la asistencia técnica de C.



Beltrán; y, como parte no recurrente, la abogada Verónica Laura Cicchi, apoderada de los querellantes A. A. C. e I. R. M. (quienes también estuvieron presentes). Además, participó la letrada Luciana Govini, quien fue propuesta como codefensora del imputado y aceptó el cargo en esa oportunidad.

Concedida la palabra a la querellante expuso sus argumentos en dirección a la confirmación de la sentencia impugnada.

En su alocución –que insumió un tiempo superior a los veinte minutos que el reglamento de esta cámara prevé para cada parte en la audiencia celebrada– hizo las siguientes alegaciones:

a. La sentencia presentaba una fundamentación suficiente y ninguno de los puntos señalados por la defensa en su recurso quedaron sin tratamiento.

b. En todo aquello en lo que el juez de grado se apartó de los dictámenes de los peritos oficiales, lo hizo en base a otras apreciaciones médicas que fundaron sus manifestaciones.

c. Resaltó el mayor valor probatorio de las gráficas de tendencia por sobre el parte anestésico confeccionado por Beltrán, en tanto surgió del debate que éste se confeccionó por lo menos a  $\frac{3}{4}$  de hora después de terminado el acto quirúrgico.

d. Enfatizó que, según las gráficas de tendencias, luego de las 8.30 h. no existía registro de la curva de StO<sub>2</sub> ni del pulso (PLS); y que Beltrán continuó el acto médico sin avisar a sus colegas pese a que no contaba con la información que brinda el pulsioxímetro (StO<sub>2</sub> y PLS).

e. Sobre la alegación de la defensa de que las alarmas sonaron, resaltó que los testigos que estuvieron presentes en la operación afirmaron lo contrario.

En cuanto a la información invocada por la defensa, relativa a que la alarma de asistolia no podía disminuirse, sostuvo que del manual de la máquina de monitoreo Dräger surgía que ello sólo





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNC1

era cierto en cuanto estuviera operativa la vigilancia de la arritmia. Y agregó que dicha variable no estaba entre las controladas por el monitor del quirófano ni del centro de monitoreo, de manera que la observación del recurrente era “inocua” para el caso discutido.

f. Cuestionó que fuera cierto que el pulsioxímetro se desconectara, dado que ninguno de los testigos vio que C. se moviera y que, además, estaba atada. En todo caso, dijo que Beltrán o bien no lo reconectó o bien lo conectó mal.

Al respecto, resaltó que la correcta conexión del aparato era de suma importancia, ya que era el único modo de sortear las interferencias que genera el uso del electrobisturí en la medición de la frecuencia cardíaca a través de electrocardiograma.

g. Sobre el descenso de la frecuencia cardíaca (Fc) indicó que a las 8.47 h. estuvo en 100 ppm., que se presentó una situación de bradicardia a las 8.52 h. y que el paro tuvo lugar a las 9.03 h. En ese marco, dijo que existieron 11 minutos en los que Beltrán debió realizar alguna acción –de control de las variables y tratamiento– pero que optó por una actitud expectante o distraída, hasta que aplicó la atropina uno o dos minutos antes del paro cardíaco.

h. En cuanto a las manifestaciones realizadas por la defensa en el memorial al que se hizo referencia previamente, señaló que en el peritaje incorporado en el expediente civil se indicó que la hipoxia (disminución del aporte de oxígeno) podía tener manifestaciones clínicas retardadas, lo que consideró acorde a lo parecido por C..

En ese sentido, resaltó que en el peritaje se dijo que la hipoxia podía causar bradicardia y paro cardíaco, algo que también fue afirmado, aunque de modo reticente, por los peritos del C.M.F.

i. Sobre la posibilidad de que C. haya sufrido un paro cardíaco por reflejo vagal dijo que ello quedó descartado por los peritos del C.M.F.



Trasladada la palabra a la defensa, ésta se pronunció en términos similares a los volcados en su memorial, de modo que, para evitar repeticiones innecesarias, conviene remitirse a lo resumido previamente y a lo que surge del registro audiovisual de la audiencia.

Luego, ante el requerimiento del tribunal de que puntualice cuáles fueron las infracciones al deber objetivo de cuidado que había que atribuírsele, con certeza, al anestesista Beltrán, la querellante contestó:

a. Que el imputado perdió la señal del pulsioxímetro y prescindió de los valores brindados por ese dispositivo tras la caída de la StO2 ocurrida entre las 8.23 h. y las 8.28 h.

b. Que el imputado o bien anuló o disminuyó el funcionamiento de las alarmas, las que no sonaron.

Ante la observación de que, según lo manifestado por la defensa, la monitorista fue quien “seteó” las alarmas, dijo que la persona facultada para subir o bajar el sonido de las alarmas era C. Beltrán, siendo el único que operaba el monitor “Dräger”.

c. Remarcó que Beltrán tenía el deber de diagnosticar a C. y que debió tomar alguna medida durante los 15 minutos que la Fc fue cayendo.

d. Dijo también que, para evitar el reflejo vagal invocado por la defensa, el imputado contaba con la información colectada en la entrevista previa con la paciente, la realización de los estudios pre quirúrgicos y con la correcta dosificación y administración de las drogas anestésicas. Apuntó que, de haber ocurrido un reflejo vagal por dolor, era también responsabilidad del anestesista, quien justamente debe evitar ello a través de la anestesia.

Consultada acerca de cuál fue el motivo de la muerte de M. M. C. refirió que fue *“una falla multiorgánica ocasionada por la falta de oxígeno, que tuvo entre las 8.23 h. y las 9.03 h”*.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

Preguntada sobre qué fue lo que produjo la bradicardia y acerca de cómo podía saber en qué momento debió aplicarse la atropina expuso que “...*la relación existente entre el primer descenso de la Fc y la segunda, es una relación de consecuencia*” y que, lo que se sabía, es que Beltrán no hizo nada desde que empezó el descenso de dicha variable. Aseveró que en el peritaje realizado en el expediente civil quedó claro que la hipoxia generó la bradicardia y que ello generó el paro cardíaco. Y, sobre el punto, se remitió a la opinión del perito querellante J. J F., de que “...*existió una anoxia más prolongada de la del paro cardíaco*”.

Finalmente, terminada la participación de la querellante y tras consultarse a la defensa si deseaba realizar alguna observación, esa parte recordó que el perito del C.M.F. C. R. afirmó que la “*desaturación de 40 minutos no pudo ser real porque esos niveles eran incompatibles con la vida*”.

Además, dijo que, en esencia, se consideraba correcta la afirmación de Beltrán de que aplicó la atropina en el momento oportuno; y que, al respecto, era relevante la ausencia de una autopsia, en tanto pudieron haber ocurrido múltiples causales de muerte – anunciadas en el citado peritaje de la causa civil–.

**VI.** Superada la oportunidad prevista por el art. 468, CPPN, tuvo lugar la deliberación del art. 469, CPPN. En razón de ello, la causa quedó en condiciones de ser resuelta.

### **Y CONSIDER.:**

#### **El juez Bruzzone dijo:**

1. En primer lugar, debo decir que el recurso es admisible porque se dirige contra una sentencia de condena (arts. 457 y 459, CPPN) y los agravios fueron debidamente canalizados, conforme lo dispuesto en el art. 456 del código citado.



Por otro lado, conforme la doctrina que surge del fallo “Casal”<sup>1</sup> de la CSJN, la tacha de arbitrariedad en la valoración de la prueba, determina que se debe agotar la capacidad de revisión de todo aquello que sea “revisable” en esta instancia, en donde el límite lo traza la percepción directa que los jueces del tribunal de juicio obtienen de la prueba a través de la inmediación, para la determinación de los hechos que acreditan la imputación.

2. El juez L. Roberto J Salas, quien integró en forma unipersonal el Tribunal Oral en lo Criminal y Correccional n° 1 de esta ciudad, tuvo por acreditado el hecho que a continuación se describe:

*“...[E]l Dr. C. Beltrán provocó la muerte de M. M. C., al haber actuado de manera negligente, imperita e inobservante de las reglas del arte de curar, en el desarrollo de su tarea como médico anesthesiólogo, en ocasión de la intervención quirúrgica de ‘mastoplastía de aumento’, desarrollada por el cirujano Gabriel B. y su equipo el 16 de junio de 2011, en el quirófano n° 3 del Sanatorio ‘Los Arcos’, sito en Avenida J. B. Justo, n° 999.*

*“Se acreditó que la cirugía plástica dio comienzo aproximadamente a las 8,20, y que la paciente sufrió desde las 8,22, hasta aproximadamente las 8,28, una caída pronunciada y continua de la saturación de oxígeno y del pulso –también de la frecuencia cardíaca que se recuperó luego de unos minutos– perdiéndose en la máquina Dräger, hasta el final de la operación, el registro de saturación de oxígeno y del pulso.*

*“Se encuentra acreditado también que desde las 8,45 comenzó una caída gradual y continua de la frecuencia cardíaca, desde un valor de ‘100’, ubicándose luego a un valor menor de ‘50’ a las 8,52, continuando la caída continua y permanente de la frecuencia cardíaca, hasta las 9,03 cuando se produjo,*

<sup>1</sup> (CSJN, Fallos 328:3399 (2005))





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*irremediablemente, el paro cardio respiratorio de la paciente, momento en el cual el Dr. C. Beltrán, dio el primer y único aviso al equipo médico dirigido por el Dr. B..*

*“A pesar de la caída de los valores señalados, durante toda la operación no se activó el sonido de {ninguna} alarma de la máquina anestésica Dräger, ni en el quirófano ni la central de monitoreo, con la que contaba el quirófano, habiendo sido seteada la máquina anestésica de ese modo, por el Dr. C. Beltrán.*

*“Aproximadamente dos minutos antes del paro, para intentar revertir la bradicardia y la hipoxia, el Dr. C. Beltrán, que optó por realizar su tarea anestésica sin contar con los datos que le debía proporcionar el oxímetro de pulso, terminó aplicando la ‘Atropina’ a la paciente, droga que no produjo el efecto esperado.*

*“La muerte ocurrió finalmente a la 1,00 del día 18 de junio de 2011, siendo atribuida a ‘shock cardiogénico’ mientras M. M. C. se hallaba internada en terapia intensiva, a donde fue trasladada luego de estar en el shockroom, una vez finalizada la operación quirúrgica y recuperada la función cardíaca sin haber sido desentubada ni haber recuperado la función cerebral ni la conciencia”.*

**2.1.** Para así decidir, el juzgador valoró la prueba que a continuación se releva.

### Prueba testimonial

f. La declaración del Dr. S. T., ayudante médico durante la cirugía.

El testigo afirmó “...que el Dr. Beltrán dio el primer aviso de que sucedía algo fuera de lo normal en el momento final de la operación, cuando el cirujano se encontraba por cerrar la piel. Indicó que antes de eso no se escuchó ninguna alarma, ni observó que el anestesista hiciera algún movimiento extraño sobre el cuerpo de la paciente, ni les dijo nada en relación a ello. Aclaró que a veces suenan las alarmas durante las operaciones, y allí se le pregunta al



*anestesista si está todo bien, pero que ello no sucedió en el presente caso. Indicó que el electrobisturí se usa bastante en las operaciones, pero siempre de manera puntual para cortar o cauterizar los tejidos” (fs. 31 pdf de la sentencia).*

*A preguntas del querellante señaló “...cuando estaban por cerrar la herida les avisa el anestesista que la paciente no estaba bien y enseguida que entró en paro” y que “...se le hicieron masajes cardíacos y que así se revirtió el paro, quedando la paciente intubada y siendo remitida a terapia intensiva” (fs. 31/32).*

*Dijo también que “...durante la operación tiene una visión acotada, que el Dr. B., como siempre, estaba sobre la derecha de la paciente y él sobre la izquierda ‘que se trabaja con electrobisturí para cauterizar, que se van coagulando vasos, que hay veces que puede haber sangrado excesivo que les llame la atención pero que en esta cirugía nada lo hizo, que generalmente se tarda entre cuarenta y cinco minutos a una hora, que es lo que duró, no hubo complicación quirúrgica desde punto vista técnico” (fs. 32).*

*A otras preguntas, contestó que “...no era su especialidad, pero tenía entendido que se puede disminuir o silenciar el sonido de las alarmas y que de esto se encarga el anestesista” (fs. 33).*

*Señaló que “...la técnica que usan para operar incluye colocar los brazos abiertos, en forma de ‘T’, que una vez que la paciente se duerme quedan atados con unos velcros para que no se caigan”; dijo que “se cubren los laterales y debajo del ombligo, que una vez que empieza la operación ni el oxímetro de pulso ni el tensiómetro para medir la presión quedan a la vista, ‘todo queda oculto’”; y agregó que “...es tarea del anestesiólogo controlar todas esas cosas, que quede bien el oxímetro, y el tensiómetro para medir la presión también...” (fs. 33).*

*Reiteró que “...cuando están por terminar la operación, por cerrar la piel, es una buena práctica avisar al anestesista para*





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*regular las drogas anestésicas y despertar al paciente, 'que en este caso le avisaron que estaban cerR. la piel y él les dice que algo está mal y de repente dijo que la paciente estaba en paro y si se podía hacer masaje cardíaco'". Indicó que "...el primer masaje lo hizo el Dr. B. y se logró revertir y luego no recuerda si hubo que hacerlo una segunda vez, que luego vino la cardióloga A. y siguió ella". Y aclaró que "...cuando recuperó el pulso le cerraron la piel, ello sucedió en dos minutos..."*

*Declaró que "...el Dr. Beltrán a lo largo de la operación no les dijo nada ni vieron movimientos, a veces uno se puede dar cuenta que algo pasa porque el anesthesiólogo se mueve o hace cosas, pero que esto no sucedió"*

*A propósito de las funciones del anestesista, explicó: "... que es su tarea 'ver que el oxímetro esté colocado, son maniobras de ajuste que el anestesista realiza sin relatarlas al resto de los presentes..." y declaró que "...no recordaba si el Dr. Beltrán tuvo que recolocar el pulso a la paciente, son maniobras de ajuste, él va regulando sus cosas, ellos no tienen idea de lo que está haciendo..." (fs. 34).*

*Más adelante, dijo que "...cuando el Dr. Beltrán dijo que está pasando algo y que entró en paro, pasaron segundos, muy poquito"*

*En cuanto al monitoreo cardíaco, aclaró que se trata de una función compartida, que "...el cardiólogo monitorea varios quirófanos, y si pasa algo puede ir y actuar y ayudar al anesthesiólogo, pero el anesthesiólogo es el encargado de controlar todos los parámetros durante toda la cirugía" (fs. 35).*

*Sobre los efectos del uso del electrobisturí comentó que "...puede pasar que el anestesista comente que el electrobisturí, cuando se utiliza, genere interferencia, pero en este caso concreto Beltrán no hizo ningún comentario así"*



g. La declaración de P. M., instrumentadora que se desempeñó en la operación.

Declaró que el Dr. B. (cirujano), *“...cuando iba a empezar la segunda mama, le preguntó al Dr. Beltrán si estaba todo bien y él le dijo que sí. Que cuando habían colocado los implantes y estaban por suturar, el Dr. Beltrán bajó el telón del campo quirúrgico y dijo que la paciente estaba en paro, por lo que quedaron todos sorprendidos. Que entre que el Dr. Beltrán le dijo que estaba todo ok, y les avisó que la paciente estaba en paro, pasaron de 15 a 20 minutos, no más”* (fs. 36).

Sobre aquel momento, detalló que ella *“...sacó todo el instrumental que estaba en el campo quirúrgico, las pinzas de campo, el mango del electro bisturí, ella se corre a un costado y B. comienza a masajear, la circulante S. C. salió a pedir ayuda y entró la cardióloga y habló con el Dr. C. Beltrán, y lo ayudó a pasarle medicación...La cardióloga empieza a masajear y les dicen que la paciente ya salió del paro, entonces vuelven, ponen otro campo donde estábamos operando y el Dr. B. termina de cerrar con intradérmica...”* (fs. 38).

Dijo también *“...que el electrobisturí se usa bastante, pero de manera puntual, y que el anestesista no hizo ningún otro comentario”* (fs. 36).

Comentó que las alarmas *“...no sonaron durante la operación”*; y que, cuando el Dr. Beltrán dijo que la paciente entró en paro tampoco las escuchó, pero que no recordaba esa parte. Sobre si durante la operación se le salió el oxímetro a la paciente dijo que no lo recordaba, *“...pero que eso no lo puede ver, dado que todo está tapado con los campos quirúrgicos”* (fs. 40).

c. La declaración de S. V. C., quien cumplió el rol de enfermera circulante durante la operación.

La testigo manifestó que *“...durante la operación no se escuchó en ningún momento las alarmas”* y que el encargado de





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

“setear” las alarmas de todos los parámetros vitales de la paciente es el anestesista (fs. 40).

Sobre el hecho, dijo que *“...una vez que estaba finalizando la cirugía, el doctor cerrando,, con las prótesis puestas, el anestesiólogo le dice que empiece a masajear, ella estaba atrás, no recuerda si estaba detrás del ayudante o cirujano, cuando escucha esto, sale corriendo por pasillo para gritar por la cardióloga, quien ya estaba viniendo a metros de la puerta, fue a buscar el carro de paro que estaba en diagonal a la puerta, ingresa el carro de paro, la paciente revierte rápido, salió rápido del paro, se le pasaron algunas drogas que después hubo que reponer”*.

Señaló que *“...el paro duró dos minutos, no era exacto, pero sí fue rápido, la paciente revirtió rápido”* (fs. 41).

Indicó también que, según recordaba, *“...los valores mínimos para que suenen las alarmas que se suelen poner son: de oximetría 90, y frecuencia cardíaca el mínimo 45, más o menos”*; y aclaró que *“...la frecuencia cardíaca y la oximetría y todas las alarmas se pueden silenciar”*.

También manifestó que *“...durante la operación la paciente no se movió ni se desconectó ningún elemento de monitoreo”* (fs. 42).

Respecto del electro bisturí comentó que *“...puede provocar en el trazado líneas que no son de corazón, hacen como un zigzag que no es el trazado de la frecuencia cardíaca”*; y describió, como los testigos anteriores, que el uso del aparato es puntual, por segundos, para cortar o cauterizar vasos (fs. 42/43).

**d.** La declaración del Dr. H. N. P., médico anestesiólogo del Cuerpo Médico Forense que intervino en los peritajes realizados en autos (fs. 144/153, 168/176, 229/230, 482/487 y 550/557).



El profesional se refirió al gráfico de tendencias (fs. 218, 361/362 y que también consta en la historia clínica de la paciente), explicó los valores registrados (saturación de oxígeno –SpO2–, frecuencia cardíaca –FC–, pulso –PLS–, y los valores de dióxido de carbono eliminados –etCO2 e iCO2–).

Preguntado por la frecuencia cardíaca de M. M. C. durante la operación dijo: “...que desde las 8.15 hasta 9.05, se ve que tiene aproximadamente 60, después cerca de 90, después pasó los 100, después vuelve a bajar a 55, de 60 ahí hasta la caída de 60/65. Después vuelve a subir” (fs. 44).

Requerido para que sea más preciso, refirió desde las 8.45 “...hubo una caída paulatina de la frecuencia cardíaca y cotejando con el parte anestésico también está consignada allí”. Agregó que “...la caída de la frecuencia cardíaca está entre las 8.50 aproximadamente, empieza levemente. Que en el parte anestésico empieza a las 8.45”.

Preguntado respecto a si “la caída de la frecuencia cardíaca tenía valores normales durante más de 15 minutos”, señaló: “...lo que dice el parte anestésico, que para mí es lo más fidedigno por cómo lo está describiendo, es que haya una caída que empieza en 8.45, donde la frecuencia cardíaca, que acá si lo puedo decir con absoluta certeza porque está escrito, la caída es de 60 a las 8.45 y 8.50, frecuencia cardíaca 50, y a las 8.55 es de 40 y hay un registro de 30 a las prácticamente las 9 y luego entra en paro cardiorrespiratorio”.

A preguntas de la querrela manifestó que “...entre el registro del anesthesiólogo, comparándolo con el gráfico de tendencias no advierte diferencias, que está más precisa la frecuencia, en el primero” (fs. 44).

Agregó que “...en el parte anestesia se refleja una frecuencia cardíaca que comienza en ‘80’, y que hay una caída





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*paulatina de 15 minutos hasta el paro...que es una caída llamativa, no diría si normal o anormal” (fs. 45).*

Consultado si, ante ese cuadro, era esperable que los profesionales que intervienen tomen alguna actitud, contestó “...*que primero se busca ver si eso se reestablece, luego se toma actitud más activa”*; ante la insistencia de la querrela en que se trataba de un lapso de 15 minutos, dijo que “...*se pudo haber hecho algo, se puede dar atropina para levantar la frecuencia, en ese rango horario”*.

Interrogado sobre la saturación de oxígeno en el gráfico de tendencia (SpO2) indicó: “...*dice que a las 8.15 está en 100, a las 8.20 en 100 y después hay una caída brusca que no llega a 0, antes de las 8.30 estamos hablando que, desde aproximadamente 8.25, no se recupera más”*. Al marcársele la información que surge del gráfico de fs. 218, dijo “...*que la caída brusca comienza 8.20 y llega a estar por el lapso de unos minutos y después se recupera, cosa que en el otro gráfico no teníamos. Se recupera y deja de marcar”*. Cuestionado sobre la cantidad de minutos que duró esa caída (6 o 7 minutos según la querrela), indicó: “...*no, no, según esto hay de 2 a 3, 3 a 4 minutos seguro, pero no se puede decir con precisión, es lo que la paciente tarda en recuperarse. Ese tiempo es el lapso que tardó en recuperar la saturación de oxígeno”* (fs. 45).

Sobre los efectos que puede producir en una persona un descenso de saturación de oxígeno de 90-80-60, hasta llegar a 50, durante el tiempo que surge en el gráfico de tendencias y permanecer así o desaparecer, señaló: “...*si la baja de saturación es sostenida en el tiempo, el cerebro no está recibiendo oxígeno. En la práctica diaria muchas veces baja la saturación de oxígeno, pasa y no daña el cerebro, simplemente se recupera en forma en un minuto o dos y no se repite”* (fs. 46).

Sobre la falta de coincidencia entre la caída de la saturación en el gráfico de tendencias y lo anotado por el anestesista en su parte, explicó que el profesional lleva un registro visual de los



datos que arroja la máquina y lo que surge del monitoreo del paciente, pero desconoce lo que la máquina graba.

Sobre si era posible que lo que se ve en el monitor no quede registrado o sea diferente, dijo “...si yo hoy hago anestesia, y lo que estoy viendo es lo que marca el multiparametrico, y eso no queda registrado, salvo de mi puño y letra que lo vuelco en el parte anestésico. Es lo que se hace habitualmente. Si el aparato anda mal, yo confío plenamente en lo que veo ahí, que por ahí no coincide con lo que está grabando la máquina, la máquina va por separado”. Y agregó que “...una caída de 40 minutos de no oxigenación es incompatible con la vida, el paciente no puede estar más de 3 o 5 minutos como máximo sin oxígeno porque sino se produce un daño neurológico irreversible” (fs. 47).

A propósito del registro de la curva de pulso (PLS) señaló que en el gráfico “...hay una pletimografía hasta las 8.34, y después no hay más registro, como que se corta, luego hay una raya que no sé cómo interpretarla aproximadamente en 8.50 y 9 luego vuelve a aparecer a las 9.10 aproximadamente hasta las 10. Ese gráfico está conectado a la oximetría de pulso. En ambos casos hay pérdida de registro desde las 8.30 casi diría hasta las 9.10, después del paro” (fs. 48).

Sobre el etCO2 dijo “...que está aparentemente normal hasta que a las 9 hay caída de nuevo y luego vuelve a recuperar casi inmediatamente a un valor normal y ahí cambia sobre 9.40, 9.35, el valor normal es aproximadamente 35, lo que interpreto de este gráfico es que hay una caída marcada a las 9 y después sube y se mantiene como venía antes del episodio de las 9 y hay una subida hasta 50”.

A preguntas de la querrela manifestó que en lo que no coinciden el gráfico de tendencias y las anotaciones manuales del anestesista es en la caída, que no se consigna, y que luego pasan 20 minutos en los que no hay registro del CO2.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

En ese punto, aclaró que al realizar el peritaje toma en cuenta el gráfico y lo escrito por el profesional; que pondera qué ocurrió en el caso y principalmente qué le sucedió a la paciente, de modo que examina si entre el gráfico de tendencias y lo escrito por el profesional puede alcanzar una conclusión.

Nuevamente interrogado sobre las diferencias entre el gráfico de tendencias y el parte del anestesista y consultado, concretamente, sobre qué hizo el imputado entre las 8.45 h. y las 9 h., para evitar el paro cardiorrespiratorio que sufrió la paciente, contestó: *"...que según lo que leyó aplicó atropina que no fue efectiva. El gráfico no documenta lo que hace el anesthesiólogo. Uno perita sobre lo que está escrito, no tengo por qué dudar ni de los gráficos ni de lo escrito"* (fs. 50).

Preguntado, en esa ventana de quince minutos, acerca del momento en el que corresponde, por las reglas del arte médico, que el anesthesiólogo realice un acto para evitar el paro cardiorrespiratorio de la paciente, señaló: *"...cuando va cayendo la frecuencia cardíaca hay que hacer algo para levantarla. Si hay que colocar alguna droga para levantar la frecuencia cardíaca. No necesariamente avisar al equipo. A veces se puede manejar y no se avisa y otras veces se dice. Por ejemplo, a veces se comprime el abdomen y eso produce un reflejo y así se avisa con el cirujano, pero acá no paso eso. En algunas operaciones lo que puede hacer es dar medicación y esperar el resultado"* (fs. 50).

Sobre las condiciones de la paciente, recordó que fue catalogada como ASA1 (que no recibe medicación).

Resaltó también que la realización de una autopsia hubiera sido esclarecedora, pero que con la información con la que contaba *"...**no era capaz de encontrar el motivo del paro que sufrió la paciente**"* (el resaltado me pertenece, fs. 51).



A otras preguntas de la querrela, expresó “...que sería una opción pensar que la falta de oxígeno afectó a la paciente, a partir de sumar el descenso de la frecuencia cardíaca, que registra el gráfico de tendencia a partir de las 8,20, hasta casi las 8,30 y a que, 15 minutos después, comienza el descenso de la frecuencia cardíaca” (fs. 51). Dijo que “...la hipoxia prolongada puede generar bradicardia y luego paro”; e indicó que se registró “...una caída de frecuencia cardíaca que fue paulatina y una caída {de} saturación que fue rápida, pudo haber sido una de las causas, pero volvemos a lo mismo, estamos hablando de un gráfico de tendencias y lo que escribió un profesional” (fs. 52).

A la pregunta consistente en si se hubiera podido evitar el desenlace si los profesionales intervinientes hubieran advertido la caída de SpO2 y de la frecuencia cardíaca antes de las 9 h., respondió que “...el anestesiólogo debe monitorear todos los parámetros vitales del paciente, esas son las funciones, con respecto a la pregunta, puntualmente no puedo contestar, porque es conjetural, me tengo que basar en lo escrito y es lo que estamos viendo” (fs. 52).

Consultado si, “...en vez de actuar a las 9 como dice el parte de anestesia, si hubiere actuado antes, a las 8.45 y Beltrán hubiere advertido el descenso constatado, se podría haber evitado el paro...”, manifestó: “...2+2 no es 4 en medicina, no se puede priorizar lo que hubiera pasado, lo que sí puede contestar es que una bradicardia se prolonga en el tiempo y {si} no se actúa, termina en paro...” (fs. 53).

Interrogado por la fiscalía en cuanto a que, si en ese lapso de 15 minutos (entre 8.45 y 9 h.) se hubiese restablecido la frecuencia cardíaca de haberse administrado la atropina, dijo que, basándose en lo escrito por el Dr. Beltrán, en cuanto a que sí aplicó la droga y que ésta no funcionó, dicho accionar existió. Explicó que “...si una bradicardia extrema o sostenida en el tiempo o se perpetua durante mucho tiempo desencadena en bradicardia extrema seguida de paro”;





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

y que la atropina es una de las terapéuticas indicadas en una baja frecuencia cardíaca.

Contó también que “...si el pulsioxímetro se desconecta, se interrumpen la medición de la saturación de oxígeno y del pulso, lo que incide en la pletimografía y la saturación de oxígeno en sangre” (fs. 53).

Sobre posibles interferencias derivadas del uso del electrobisturí, dijo que no se advertía ello del gráfico de tendencias.

Señaló que la caída de saturación que se registra en el gráfico de tendencia (entre 8.23 h. y 8.30 h. aprox.) “...implica hipoxia, con 80 de saturación no está azul, con 60 y 50 sí. Con 80 está satuR. mal, está con menos oxigenación. Según ese gráfico hay caída de saturación de oxígeno, que inmediatamente sube, bueno inmediatamente hay lapso de no sé cuánto, porque es de hasta 50, luego corta y vuelve a subir inmediatamente. Luego no hay más registro” (fs. 55).

A preguntas de la querrela refirió “...que en el parte anestésico la paciente está satuR. bien hasta las 8.50...”; y que, independientemente de lo dicho por el perito D. J. S. (perito que se expidió sobre el efecto de las interferencias electromagnéticas en las lecturas que surgen del gráfico de tendencia de M. Catarinue) “...las máquinas fallan, hay una caída de oxígeno que no coincide con lo que dice el parte anestésico”.

e. La declaración del Dr. C. R., médico cardiólogo perteneciente al Cuerpo Médico Forense, quien participó de la pericia n° 15995/2016 (fs. 550/557).

A preguntas de la querrela acerca de si se podía afirmar que, a partir de 8.45 h., se produjo una baja sostenida de la frecuencia cardíaca, manifestó “...que sí, quizás un poco después, no puede ver exactamente la escala, pero a partir de allí empieza a haber descenso en frecuencia cardíaca en el gráfico”. Dijo que la etCO<sub>2</sub>, es la



detección de la tensión parcial de dióxido de carbono en el aire respirado y que “...se ve en el gráfico un descenso franco y evidente entre 8.45 y 9. A partir de 8.30, sí se ve una pendiente, aunque no es su área de experticia se ve una pendiente, a partir de las 8.30 baja progresivamente y luego hay un descenso brusco a partir de 8.50 cuando ocurre la detención cardíaca” (fs. 56).

Preguntado si, considere esas dos variables –y atento a que no había registro de pulso y saturación de oxígeno– y el descenso en la frecuencia cardíaca, podía considerarse una pauta de alarma para que el anestesiólogo avise a los demás profesionales que algo ocurría con la paciente, contestó: “...entiendo que sí, yo diría en principio, que es una pauta de atención, la alarma es cuando llega a niveles críticos, pero si puede ser, es una conducta lógica avisar al resto del equipo, cuando hay una alteración de los parámetros vitales que tienen una tendencia a disminuir y observar qué es lo que está ocurriendo”.

Preguntado si “...debió haber existido una señal de alarma previa a que ocurra la detención cardiocirculatoria que llevara a tomar medidas para evitarlo...” respondió: “...que ha visto múltiples cirugías, sobre todo en gente joven y sin patología, que han sucedido muertes, sin que se pueda explicar la causa y acá no tenemos autopsia, no se puede más que conjeturar sobre parámetros graficados y que tienen un valor de parcialidad, no se puede extender a una pericia globalmente y especialmente evaluar la conducta de los profesionales intervinientes, con esto no quiero decir ni que estuvo bien ni que estuvo mal, señaló cuál es el grado de incertidumbre como para dar un dictamen apropiado y justo para brindar información” (el resaltado me pertenece, fs. 57).

Respecto a la labor de la cardióloga monitorista (quien se encuentra en un cuarto central evaluando el progreso de al menos seis salas de cirugía) afirmó que “...tiene la lectura de la frecuencia, no





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*un gráfico de tendencias como acá se ve, son dos cosas diferentes”; y que, si la cardióloga observa un cambio en la frecuencia cardíaca para mal (bradicardia, taquicardia exagerada, bruta, o un cambio en la morfología del electrocardiograma que indique arritmia intraoperatoria) debe comunicar al anestesista, quien a su vez debe alertar al cirujano.*

*Señaló que “...un cambio de frecuencia cardíaca, hasta los 60 latidos por minuto, provocaría un llamado de atención, pero no de alarma, y cuando aparece bradicardia se administra la Atropina, lo que es la conducta apropiada en cualquier cirugía” (fs. 59).*

*En cuanto a si “...es correcto y eficaz esperar 15 minutos para actuar...”, manifestó que “...la cuestión es cómo se esperó, si la paciente estaba bajo anestesia y empieza a bajar la frecuencia cardíaca, puede ser una respuesta atípica frente a la anestesia en el sentido de generar bradicardia, hay reflejos corporales sin que esté sucediendo algo malo, si durante esos 15 minutos, respira bien y estaba con una ventilación apropiada, con un descenso no crítico de la frecuencia cardíaca, y si la tensión arterial se mantiene en valores normales, las pupilas estaban con la forma apropiada también, uno puede seguir espeR. hasta ver qué pasa, esto no es único, se ve en cirugía y no es indicador que cada vez que aparece termine en un paro, no es así, no es la norma” (fs. 59).*

*Interrogado si, según las condiciones existentes (pupilas tapadas, valor de la capnografía en descenso, frecuencia cardíaca en baja, carencia de un registro de la saturación de oxígeno) podía afirmarse que fue correcto “esperar 15 minutos para actuar”, contestó: “estamos hablando de curvas, tenemos un parte anestesiológico que detecta el problema en tiempo menor prácticamente en víspera del paro”. Agregó que “...el gráfico de tendencia es un registro de la máquina que se extrae después, el anestesiológico tiene registro en tiempo real igual que el cardiológico, la curva es el diario del lunes,*



*pero lo que ocurre en tiempo real es diferente, no es lo que se ve” (fs. 60).*

Explicó que la interpretación en tiempo real no es igual que la realizada con posterioridad; y que, frente al registro del anestesista y el gráfico de tendencia se podía dar más valor a uno que a otro “...y no tomar uno a raja tabla para guiarse por eso, el paciente es un conjunto y la circunstancia quirúrgica es una circunstancia no un solo parámetro a tener en cuenta”.

Manifestó que los peritos evaluaron la documental y “... de allí no surge algo que haga pensar que cayó fuera del arte de curar, no encuentra esa evidencia”. Resaltó que no se trataba de afirmar que estuvo “todo bien o todo mal”, sino ver “...dónde está la incertidumbre y donde no se puede peritar más allá de los datos que tenemos” (fs. 60).

Enfrentado al parte del anestesista dijo que no se trataba de su área de experticia por lo que su opinión no era valedera.

A preguntas sobre si advertía un descenso en la etCO<sub>2</sub>, a partir de 8.30 h., expresó: “...que hasta donde entiende, y vuelve a decir que no es su especialidad, la capnografía baja si uno empieza a respirar más rápido y más profundo, si la paciente estuvo hiperventilada no es signo de alarma, simplemente bajó la capnografía, también pudo haber bajado por disminución de volumen minuto, otra cosa, por ejemplo si el corazón bombea menos y circula menos sangre también va a cambiar la capnografía y eso sí es un problema (...) El descenso de la capnografía no es en sí un problema ni indicador de mala ventilación, todo lo contrario...Si no eliminamos dióxido de carbono se acumula en sangre, si el corazón no transporta sangre apropiadamente porque hay un déficit de circulación, el dióxido de carbono que se genera en el cuerpo no va a llegar al pulmón porque no hubo sangre circulante, pero este no es el caso, porque se tienen parámetros normales, ese descenso leve de capnografía explica lo que digo, no había circulación la capnografía





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*bajó, este descenso leve a partir {de las} 9 y vuelve a subir es porque no había circulación y luego vuelve a subir. Hay descenso, pero no quiere decir nada” (fs. 61/62).*

A propósito de si podía afirmarse, como “valor normal”, una curva de descenso en la presión a las 8.45 h., un descenso en la frecuencia cardíaca a la misma hora y una situación de 8 minutos de curva descendente de oxígeno (que luego sube, pero cuyo registro en el gráfico de tendencia desaparece), respondió: “...*la normalidad es una palabra relativa, uno tiene que mirar si las situaciones que se apartan de lo normal son de alarma o no lo son...Si a mí se me muestra esto, con gráficos, no estuve en la sala y le tengo que brindar información al fiscal y al juez para el veredicto, tiene que ser veraz y acotado a lo que hay, no se puede fabricar información, la información remitida fue que no encontraron ningún indicio que no se hubiera hecho algo apropiado” (fs. 62/63).* Y agregó que desconocía cómo se desarrolló la secuencia minuto a minuto, ni podía saberlo, ante la ausencia de autopsia o mayores elementos.

Sobre el modo en que se confecciona el parte del anestesista, describió que la confección de esa hoja queda a discreción del anesthesiólogo, que “...*a veces lo hace en el momento, lo que es lo lógico, y si eventualmente su memoria es buena y tuvo que hacer otras cosas, como administrar drogas, podía hacerlo a posteriori”.* Aclaró que cuando se produce un incidente lo prioritario es atender la emergencia y la vida del paciente y después se confecciona el registro.

Ante la pregunta de la defensa de si era “...*verosímil indicar que el paro fue detectado y tratado adecuadamente...”*, dijo que **era imposible sin la realización de una autopsia** (el resaltado me pertenece, fs. 64).

Respecto a si alguna de las imágenes recabadas era compatible con la interferencia generada por el uso del electro bisturí, explicó que “...*podría ser que alguno de los picos de la frecuencia*



*cardíaca pudiera haber correspondido a una falsa lectura de taquicardia producido por el artefacto del electrobisturí, pero no se puede ver propiamente el trazado de éste por lo tanto no se puede discernir el trazado de una cosa y otra” (fs. 64).*

Dijo también que, en su experiencia, presencié paros cardíacos en gente joven, por una mala ventilación del paciente y otras por un “reflejo vagal”. Sobre las características de este cuadro, explicó: *“que en el sistema nervioso hay una parte que genera aumento de la frecuencia cardíaca, de la fuerza del corazón, y otro que genera, al contrario, la disminución de la frecuencia cardíaca, por la dilatación de los vasos sanguíneos. La segunda situación es la vagal, es conocido como lipotimia, sensación de mareo, palidez, sudoración, baja presión, pérdida de conocimiento es un típico ejemplo de reflejo vagal, baja frecuencia cardíaca se dilatan los vasos sanguíneos, baja la presión, el cerebro recibe una menor irrigación y termina con cuadro de mareo o pérdida de conocimiento según el caso. Está descrito que entre otras circunstancias en la cirugía puede ocurrir y se puede presentar un reflejo vagal de forma espontánea por reacción idiosincrática a los anestésicos o drogas como el etropazol que son de uso habitual que puede bajar la frecuencia cardíaca y llegar al paro” (fs. 64/65).*

A preguntas de la fiscalía, dijo que, al catalogarse a la paciente como “ASA1”, debía entenderse que la posibilidad de efecto vagal no se detectó, y que la posibilidad de que un paciente de esas características sufriera un paro cardiorrespiratorio por reflejo vagal era muy baja. Desarrolló que para que ello se produjera, debía presentarse *“...una respuesta inadecuada a las drogas anestésicas que se están recibiendo, ya sea por dosis apropiadas o no, tironeamiento de vísceras, estimulación dolorosa, compresión de vasos principales como el caso de una embarazada en la que el útero ocupado comprime la vena cava...”*. Indicó que esas eran, por lo general, las





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

razones de su producción, pero que también podía ser espontánea, sin causa detectable (fs. 66/67).

Sobre ese tema, concluyó que, en una operación de cirugía mamaria, no era probable que se toquen vísceras y, menos, que pueda generarse el efecto vagal, especialmente al momento del cierre de la intervención.

Interrogado por la querrela en torno a su afirmación en el peritaje de que la intervención del Dr. Beltrán *"se dio en tiempo"*, señaló que se refirió a la aplicación de la atropina. A preguntas más precisas, manifestó que *"...no podía afirmar en qué documentación se basó para decir en qué momento el anestesiólogo la aplicó..."* y que tampoco podía afirmar *"...cuánto tiempo antes del paro...aplicó la Atropina"* (fs. 68).

De nuevo sobre el descenso de etCO<sub>2</sub> con posterior recuperación, dijo que esa variable *"...tiene valor relativo si el resto de los parámetros se mantienen normales"*. Frente a la pregunta de la querrela sobre si *"...esa bajada de oxígeno, con bajada del ritmo cardíaco y de presión y a los 15 minutos comienzo del descenso de frecuencia cardíaca, de la presión y de capnografía..."* representaba un valor de alarma, respondió: *"...que está viendo gráfico de tendencias pasado, el anestesiólogo consigna 99 de saturación hasta que ocurre el fenómeno, es lo que tiene ante sus ojos...si anotó otra cosa eso ya no lo sabe, ni {era} de su resorte decirlo..."* (fs. 68). Reiteró que analizar gráficos y la situación realmente existente eran dos cosas distintas y que debía analizarse la situación globalmente para diferenciar el dato útil del inútil y el que confunde. En esa línea, expresó que la caída de la saturación en el gráfico *"...no dice nada... es una línea que cayó, punto, el resto de los parámetros normales no tienen ninguna conexión con nada"* (fs. 69).

Añadió que, como se dijo en el peritaje, si el dato del descenso de la saturación reflejado en el gráfico de tendencia fuera



real, la consecuencia sería una hipoxia y que era “...*muy poco probable que semejante descenso de la saturación se condiga con situación normal del resto {de} parámetros...*” (fs. 69).

Ante preguntas, dijo que “...*una hipoxia de 8 minutos, como la que se ve en el gráfico, puede llevar a una bradicardia y al paro cardíaco*”. Resaltó que “...*un solo parámetro no indica nada, no es un signo de alarma...son valores dinámicos que no coinciden porque se mantienen bien a pesar de la brusca caída de la saturación de oxígeno...con lo cual esa caída de saturación no es coherente ni con lo que se ve en el gráfico ni con lo que se anotó en el parte anestésico...*”. Indicó que “...*si los parámetros fisiológicos y vitales se mantienen dentro de un rango aceptable, un solo parámetro instrumental, leído en un gráfico de tendencias a posteriori cuando tenemos un registro de parte anestesia como normal, evidentemente no es concordante, no se le puede dar valor en el análisis, eso a pesar de que la caída es tan pronunciada, porque una caída así no puede ser real, si lo hubiese sido, otros parámetros se hubieran afectado*” (fs. 69/70 de la sentencia).

f. La declaración del perito de la Facultad de Ingeniería (UBA), Dr. D. J. S., quien participó del peritaje de fs. 448/449 y fs. 453/454.

Explicó que “...*lo que marca el gráfico de tendencia es un resumen de lo que surge de los monitores que ven los médicos, que los equipos son muy modernos y con mucha capacidad de procesamiento*” (fs. 70/71).

Señaló que examinaron los informes de fs. 79, 80 (donde se presenta la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y la inspiración de nido carbónico) y el de fs. 74 (el que registra la central de monitoreo).

Comentó que lo que se obtiene es una “...*señal compendiada y promediada de frecuencia cardíaca...*”. Con más detalle, describió: “...*que la frecuencia cardíaca que muestra el*





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNC1

*gráfico está tomada del electrocardiograma, y entre cada rayita vertical hay 5 minutos, imagínense que realmente un pulso que está teniendo en el orden de los 100 pulsos por minuto la cantidad de pulsos que hay entre una rayita y otra entonces, equivale a 500 pulsos entre cada rayita, entonces el nivel de discriminación que tenemos es muy poco, y a los fines de poder hacer un informe más exhaustivo acá lo que falta es la propia señal del electrocardiograma...” (fs. 72).*

Tras explicar el resto de variables registradas en el gráfico (pulso, saturación de oxígeno, el anhídrido carbónico espirado y el inspirado), dijo que en todos los casos se registró una tendencia, no la señal propiamente dicha, una suerte de resumen de las señales obtenidas.

A propósito del gráfico de fs. 218 (que el testigo señaló como de fs. 74), especificó que se trataba de la lectura hecha por la central de monitoreo, que era coincidente con los otros dos gráficos en los que hace a la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno y únicamente difería en que allí se ilustró el pulso (PSN).

A preguntas del Dr. Beltrán, dijo que “...entre los dos gráficos no encuentra diferencias...” (se refiere a la lectura que arrojó la máquina dentro del quirófano n° 3 en el que ocurrió el evento juzgado y la central de monitoreo donde se supervisan los seis quirófanos). El testigo comentó que superpuso uno y otro gráfico y que tenían “alta correlación”, con un “pequeño decalaje de tiempo, más o menos un minuto”. Expresó que digitalizó cada uno de los gráficos y los representó numéricamente, lo que le permitió asegurarse de que los valores de uno y otro se correspondían en un 99 por ciento. En cuanto al decalaje indicado, sostuvo que podía deberse a que el reloj de la central fuera diferente al del aparato usado en el quirófano (fs. 73).

Consultado sobre a qué podía responder el comportamiento de la curva de SpO2, en los que se marca un



descenso, contestó: “...el gráfico es un fiel reflejo de lo que le está pasando a la paciente, está teniendo una caída paulatina y progresiva de la saturación parcial de oxígeno en sangre periférica, no hay interferencia que valga, no hay nada que lo modifique, no hay ningún artefacto que lo haga, lo del electrobisturí no tiene influencia alguna, es una caída progresiva...”.

En cuanto al tiempo que duró esa caída de oxígeno, señaló que “...si cada rayita vertical son 5 minutos, empezó 8.20/8.23 aproximadamente, hasta que llega al 50% a las 8.25/8.28, así que como mínimo 8 minutos y luego se desconecta, la caída es significativa, es progresiva y realmente muy profunda” (fs. 74).

A preguntas, dijo que el cuadro descrito podía causar muerte cerebral, pero que se trataba de un tema que podían explicar los médicos con experiencia en terapia intensiva. No obstante, aseguró que esa era su sospecha sobre lo ocurrido, ya que “...los aparatos siempre funcionaron bien...”.

Resaltó que el aparato de monitoreo utilizado en la sala de operaciones cuenta con muchas alarmas y niveles de detección, y que con un valor de SpO2 por debajo de “90” tendrían que haberse disparado.

A otra consulta, expuso que: “...se nota que desconfiaron de que el aparato andaba mal, y lo desconectaron, porque PLS, que es pulso, es la señal colateral que envía el sensor de SPO2; se nota que uno y otro estaban sobre el mismo sensor porque fueron desconectados al mismo momento, hasta que empiezan, progresivamente, después de las 9:05 aproximadamente, y tienen algunos puntitos intermedios; se nota que estuvo conectado y desconectado y que volvió a funcionar después” (fs.76).

A preguntas de la querrela describió que la paciente “...progresivamente deja de respirar, porque se mide el egreso de anhídrido carbónico, porque oxígeno tuvo en abundancia, ya que estaba conectada a un respirador...”; que “...la saturación de





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*oxígeno cayó mucho antes, fijese que el SPO2 (segundo gráfico) a las 8.20 aproximadamente, comienza a caer, y antes, casi de las 8.30 o sea durante varios minutos va cayendo, y luego de lo que se ve caída de ETCO2 y la resucitación cardiopulmonar, que es aproximadamente a las 9, según los gráficos que adjunta el anestesista en su informe personal graficado a mano, es aproximadamente a las 9, entonces la paciente recupera ritmo a las 9.05/9.10, cuando empieza a recuperar el pulso, pero tiene un período por lo menos de 4 minutos que ni siquiera está respiR...” (fs. 76).*

Sobre las diferencias que observó entre el parte del anestesista y el gráfico de tendencia, marcó que: *“...en la parte, presión arterial, son las flechitas para arriba y abajo están todas parejitas más o menos a unos niveles antes de caída FC y también después, haciendo una correlación de eso con lo que dice el monitor central, no se corresponden con mucha exactitud y hay serias discrepancias y los puntitos que van cayendo es la frecuencia de pulso y tampoco se corresponde con gráficos del aparato”.*

Señaló que, compaR. el valor de etCO2, *“...en el gráfico de tendencia se marca en el orden de 25, entre las 8.20 y las 8.28, aproximadamente...”* por lo que *“...le dio la impresión...”* de que *“...los números del anestesista son optimistas... porque no se condice con lo que sale del aparato, lo mismo la presión máxima y mínima, según lo que registra anestesista y aparato también hay discordancias”.*

Sobre el punto, explicó que el profesional toma los datos del monitor, pero debió realizar operaciones mentales para promediar los valores arrojados, llegando a datos distintos a los representados en el gráfico de tendencia. Aclaró que *“...una cosa es la impresión de lo que subjetivamente determina lo que marca el aparato en un minuto determinado y si eso coincide con algún parámetro lo anota eso como valor, pero eso no es exactamente así, no es algo imputable a él, es*



*algo humano, uno va promediando mentalmente y anotando pero lo que dice el aparato es otra cosa” (fs. 78).*

A instancias de la querrela, se refirió a la discordancia existente entre la tendencia que arrojó el aparato respecto del SpO<sub>2</sub>, que a partir de las 8.22 comenzó a caer y para las 8.25 se ubicó en el orden del 80%, con lo anotado por el anestesista, que registró 99% (fs. 78).

En el mismo sentido, dijo que “...también observó diferencias entre el parte anestésico del anestesista y el gráfico de la central de monitoreo. La frecuencia cardíaca del anestesista esta pareja, lineal entre las 8 y 9 de la mañana cuando el pulso tenía subidas y bajadas. Luego la presión según el anestesista estaba antes de las 9 de la mañana en una mínima de 70 y máxima de 110 aproximadamente, y luego ocurre que la mínima sube a unos 80 aproximadamente y es pareja y la máxima a 120-130 y un poco abajo, o sea como una onda muy suave, cuando en realidad el aparato tiene altibajos muy marcados, filtros muy marcados. Solamente a simple vista puede fijarse en el gráfico de la central, donde dice PSN, se ve que las variaciones son muchos mayores, a simple vista se ve que no condicen una con otra” (fs. 79).

Sobre la posibilidad de interferencias provocadas por el uso del electrobisturí dijo que su uso es puntual, dura un segundo, no es continuo, por lo que no puede afectar el gráfico de tendencia (el registro que se obtiene, entre cada raya, es de cinco minutos) (fs. 80). Agregó también que “...ni el registro de SPO<sub>2</sub> y PLS son susceptibles de recibir interferencias electromagnéticas porque son ópticos” (fs. 82).

A preguntas de la querrela expuso que “...la caída progresiva del SPO<sub>2</sub> no puede deberse a una desconexión o movimiento de la paciente en la marca, porque no es una desconexión brusca”.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

A preguntas de la defensa de Beltrán señaló “...*que la caída en la saturación de oxígeno se produce a las 8.18 y 8.28 (llega a casi 50) y la RCP es a las 9, hay casi 30 minutos de diferencia. Digo que si la caída ocurre a partir de las 8.30 y está en 50 o menos y esto se prolonga, su impresión es que hay daño cerebral severo...*” (fs. 82).

**g.** La declaración del bioingeniero R. A. G., quien se desempeñaba (al momento del hecho) como gerente comercial responsable de la compañía “Dräger” y en la parte de servicio técnico, área en la que tenía experiencia de muchos años.

Se refirió al alto nivel de mantenimiento de la tecnología utilizada por las máquinas de anestesia “Dräger” del Sanatorio Los Arcos al momento del hecho. Explicó el modo en que se encuentran diseñadas para “anular” el efecto del electro bisturí y cómo funcionan las alarmas de la máquina.

Relativizó el margen de incidencia distorsiva que podía generar el electro bisturí en el examen de gases exhalado por el paciente. Concretamente, dijo que “...*no sabría decir si {ese} valor puede sufrir alteraciones electromagnéticas por el electrobisturí, pero sí que todos los equipos médicos tienen filtros y que vienen preparados para evitar este tipo de situación*” (fs. 85).

Más en detalle, dijo “...*que la señal que se toma que sale del paciente y llega hasta el analizador es una muestra de gas, es aire que entra hacia el equipo y entra a este módulo y hace el análisis por espectrofotometría*”; y que “...*si hubiera interferencia empezaría a partir de ahí, porque ahí ya estamos con presencia digital o eléctricas que podrían estar alteradas, pero no es especialista en electrobisturí*”. Aclaró que, según su entendimiento, no debería existir interferencia “... *porque es aire que va por tubo pequeño hacia equipo, bomba que aspira aire, una interferencia electromagnética es difícil que afecte*



*una muestra de aire del paciente, que tiene aire, dióxido de carbono y gases anestésicos” (fs. 85).*

*Se expresó también sobre “...el grado de fiabilidad que tenían los gráficos de tendencia obtenidos de las máquinas de anestesia de la fl.Dräger, y el nivel de objetividad que registraban”.*

*A preguntas, contestó que si se está miR. la tendencia de la saturometría del paciente y el sensor del dedo del saturómetro se desconecta, “...se va a ver que no hay señal porque pierde señal, porque toma la señal de los sensores que tiene del dedo en el caso de la saturometría y así con cualquier electrodo, si se desconecta puede que la tendencia se modifique” (fs. 86).*

*Al exhibírsele el gráfico de tendencias de la historia clínica, más precisamente la curva de “SpO2” (que marca la saturación de oxígeno,) dijo “...que se advierte un descenso, de 100 a 50 a las 8.20, serán cinco minutos, más o menos...Dijo que supone que en una desconexión la caída debería ser mucho más rápida...se desconecta y se pierde la señal en forma instantánea” (fs. 87).*

*Sobre el gráfico de etCO2, señaló “...que si nos paramos a las 8.45 estamos a la mitad de 40, es decir ‘20’, si miramos la media de esa curva, antes que llegue a 0, podría ser ‘15’, la media porque luego bajó un poquito más, pero la mayor parte del tiempo está en 20 y poquito más arriba” (fs. 87).*

*De nuevo sobre la ausencia de registro de saturometría mencionó que “...se mide con un clip en el dedo, puede pasar, puede ser cualquier cosa, se pudo haber desconectado”; y que también podía deberse a otras causas, como un fallo en el equipo (fs. 88).*

*Interrogado sobre si era posible que tuviera lugar una interferencia, respondió que “del manual no lo recordaba” y explicó que “...los teléfonos o celulares y las transmisiones de radio pueden provocar interferencias con esos registros era un tema discutido durante mucho tiempo y la verdad no tiene respuesta para eso, no*





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*recuerda si el manual menciona algo sobre eso. Dijo que cuando los teléfonos celulares comenzaron, tuvieron que adaptarse los equipos médicos, no recuerda si en ese momento ese equipo como estaba y que dice manual". Reiteró que la mayoría de los equipos venían equipados con filtros para evitar interferencias y que "...cuanto más óptico es el sistema, menos posibilidad de que interfiera el electrobisturí" (fs. 89).*

Y expuso que el descenso que se observa en el registro de SpO2 no pudo deberse a una interferencia, ya que ésta se manifiesta *"...como un ruido en la señal, y no es continuo...generalmente la interferencia genera picos, gags, pérdida de señal por un momento, por lo general la interferencia es ruido, serían picos no una caída tan pronunciada" (fs. 90).*

**h.** La declaración del Dr. J. L., director médico del Sanatorio Los Arcos, dijo que *"...los equipos anestésicos utilizados en el Sanatorio Los Arcos, pero especialmente los que contaba el quirófano "3", antes y después de la operación de M. M. C., fueron revisados por personal de la empresa Dräger y por el personal técnico del sanatorio, el Ing. Prieto, a su pedido y se pudo establecer fehacientemente que se encontraban en perfectas condiciones de uso..." (fs. 90).*

Señaló que *"...los monitores del quirófano cuentan con filtros muy avanzados que limitan al máximo la posibilidad de interferencia en los monitores de 'artefactos' como el electrobisturí" (fs. 91).*

Sobre lo ocurrido el día del hecho, comentó: *"...la primera medida que yo tomé fue pedir que se imprimieran todos los registros que habían ocurrido durante la cirugía y por otro lado dije que ese quirófano no fuera utilizado y que el monitor fuera analizado o inspeccionado, por un lado por el área de ingeniería biomédica para asegurarse de que no hubiere habido ningún evento de registro y por otro lado también pedí que se pidiera opinión a Dräger, que es la*



*empresa proveedora de los monitores nuestros para que den información para saber si el monitor había sufrido algún percance. Todo esto estuvo dentro de la normalidad y posteriormente tanto el quirófano como la mesa de anestesia y el monitor se siguieron utilizando sin inconvenientes. Los equipos estaban perfectos, no había inconveniente con el equipamiento” (fs. 91/92).*

Sobre la labor del cardiólogo ubicado en la central de monitoreo explicó que “...que cuando empiezan las cirugías simultáneamente el cardiólogo va de quirófano en quirófano, controlando y conectando a los pacientes. Que una vez que ocurre ello el cardiólogo está frente a central monitoreo donde se reproducen las señales de cada uno de los 6 quirófanos y si ve alguna situación que llama la atención ya sea por alteración de la presión arterial, de la FC, de la saturación, etc., acude a ese quirófano para apoyar a ese anesthesiólogo que está directamente en contacto con paciente. La relación del anesthesiólogo con el paciente es de 1 a 1 y del cardiólogo con los pacientes sería de 6 a 1” (fs. 93).

Finalmente, a preguntas de la defensa, dijo que “...entre los monitores del quirófano y los de la central de monitoreo, en principio, cuentan con la misma señal” (fs. 94).

i. La declaración del ingeniero electrónico J L. L., quien ratificó los informes periciales presentados a fs. 448/449 y 453/454.

A preguntas de las partes, “...relativizó las advertencias del manual de la máquina Dräger, en relación con la posibilidad de interferencias en los distintos parámetros que tira, e indicó la manera de evitarlo durante la operación quirúrgica” (fs. 94). Señaló que tales advertencias (la posibilidad de interferencia) son meramente genéricas, hechas por el fabricante “para cubrirse” (fs. 96).

Sobre la posibilidad de interferencia del electrobisturí en la medición de la frecuencia cardíaca dijo “...que en eso el equipo es muy claro, lo que dice en la hoja 14/15 del manual, en cuanto a que el





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*equipo hay que prepararlo de otra manera para trabajar con electrobisturí, tenés que filtrar y no apoyar la Frecuencia cardíaca desde una señal eléctrica, sino que la tenés que preparar sobre una señal óptica porque vas a tener una interrupción de ruido” (fs. 95).*

Manifestó que si existió interferencia continua entre las 8 y las 8.58, o bien se usó mal el electrobisturí (de modo continuo, lo que tachó de ilógico), o se programó mal el equipo. Sobre esto último, indicó que el manual de la máquina advierte sobre la necesidad de utilizar un filtro, un intermedio en los electrodos para que no recircule la corriente del electrobisturí (fs. 95).

Agregó que por ello se recomendaba tomar la frecuencia cardíaca por el pulsioxímetro, ya que “...la señal...no puede ser interferida por un campo electromagnético por ser una fuerte óptica...” (fs. 96).

j. La declaración del Dr. J. J F., perito médico de la parte querellante.

Según valoró el *a quo*, el testigo “...señaló con precisión las diferencias que existían en el parte de anestesia, que lo desvirtúan como elemento confiable para analizar los distintos parámetros de los que da cuenta”; e hizo referencia a “...la coincidencia de la baja de saturación de oxígeno, mientras esto se registró, con la disminución de la frecuencia cardíaca, demostró que aquella baja, gradual y prolongada, a partir de las 8,22 hasta que se perdió el registro a las 8,28, no fue ‘un parámetro aislado’ como indicaron los Dres. P. y R.” (fs. 97).

Se refirió a los efectos nocivos provocados por la anoxia que habría sufrido la paciente, la cual, a partir de una duración de por lo menos cinco minutos, puede provocar una lesión irreversible a nivel neurológico, como ocurrió con la paciente (fs. 98).

Sobre el registro del parte anestésico, llamó la atención en punto a la disminución paulatina de la frecuencia cardíaca, en forma



constante y hasta llegar al paro cardíaco; y resaltó que esa disminución, en los registros de la máquina “Dräger”, coincidía con una baja de la saturación de oxígeno.

Enfatizó que “...le llamó la atención que el anestesista hubiere dejado que la frecuencia cardíaca {bajara} hasta ese nivel...” y que normalmente el anestesista debe intervenir durante la cirugía (fs. 98).

Manifestó que “...en los otros gráficos (el de la historia clínica), se ve a las 8.23, un descenso de la presión de oxígeno, que llega hasta 50, que es lo mismo que el aparato registra, no se puede conocer hasta cuánto se redujo, eso significa que la paciente no estaba recibiendo oxígeno, que su sangre no tenía el oxígeno suficiente, o sea el oxígeno que supuestamente se le administraba por anestesia pero no lo estaba asimilando su sangre ya que esto mide el oxígeno que está adherido a los glóbulos rojos”; y agregó que ello coincidía “...con el comienzo del descenso de la frecuencia cardíaca lo que indica que existe relación estrecha entre la baja del oxígeno y disminución de la frecuencia cardíaca” (fs. 98/99).

Sobre las consecuencias que apareja una baja de saturación semejante, contestó “...que trae anoxia que es falta de oxígeno y como las células necesitan oxígeno para sobrevivir comienza a producir la muerte de las células de varios tejidos...”. Dijo que “...después del paro la paciente presentaba alteraciones cardíacas, renales, pancreáticas, o sea afectó casi todo el organismo, manifestado por las variables bioquímicas que se le realizaron, o sea que evidentemente el cuerpo tuvo una anoxia prolongada, una falta de oxígeno prolongada. Creía que de más de cinco minutos”. Apuntó que “...como muestra el registro, cuando la FC estaba en 30, está marcada en el parte anestésico del Dr. Beltrán, ya ahí ya hay anoxia y lo extraño...es que el Dr. Beltrán también anotaba presión oxígeno, pero a diferencia del equipo que marcaba 50 o menos, él marcaba siempre 99 por ciento”, lo que llevaba a la pregunta de si estuvo bien





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

registrado y a qué gráfico correspondía la verdad de lo ocurrido (fs. 99).

Remarcó que desconocía la causa que generó el cuadro recién descrito. Explicó que “...*puede pasar que el corazón esté fallando, y produzca la baja de oxigenación a nivel pulmonar por lo tanto no se detecte la presión de oxígeno y baje el oxígeno o no estaba recibiendo oxígeno y el corazón se afecta bajando frecuencia*” (fs. 100).

En cuanto a los efectos que produjo la anoxia a nivel renal y pancreático, dijo que extrajo la información de la historia clínica (se refirió al aumento de los niveles de glucosa, sintomáticos de que el páncreas dejó de funcionar; y al aumento de los niveles de creatinina, signo de falla renal). En cuanto al corazón, dijo que fue la anoxia lo que lo afectó, ya que los estudios prequirúrgicos dieron cuenta de un funcionamiento normal (fs. 100).

El testigo indicó que el daño cerebral se produjo “*mucho antes del paro*”, según los efectos provocados en la paciente. Al respecto, expresó que “...*hubo daño cerebral severo con las alteraciones que ello trae, de la conciencia y de un estado que llaman vegetativo, falta la actividad cerebral... todos estos daños que constató de la historia clínica, son coincidentes con una anoxia más prolongada, sobre todo teniendo cuenta el gráfico de la frecuencia cardíaca donde estaba a niveles de 30, inclusive puede faltar alguna marca; el otro gráfico muestra inclusive menos, fue bajando paulatinamente, el descenso no fue brusco, o sea a cierta frecuencia cardíaca allí ya hay hipoxia. Hay un síndrome de estocada, que es bastante común, se lo ve en Terapia Intensiva, que cuando el paciente le disminuye la frecuencia cardíaca a menos de 40, tienen síncope, desmayos y convulsiones, eso es por anoxia cerebral, o sea que la frecuencia con menos de 40, el cerebro, el corazón corren riesgo de hipoxia, con esta Frecuencia Cardíaca incluso varios minutos antes del paro ya había comenzado la hipoxia*” (fs. 101).



Con respecto al comportamiento del Dr. Beltrán, dijo que “...no advertía una acción de su parte, más allá de la aplicación de la Atropina en algún momento antes del paro”. Sostuvo que “...cuando va bajando la frecuencia cardíaca, por el motivo que sea, el anesthesiólogo debe intervenir médicamente o con maniobras o aumentando el oxígeno o viendo qué está ocurriendo para normalizar esa frecuencia cardíaca”. Dijo que “...no es habitual encontrar un gráfico donde uno lee que la curva va bajando hasta que se estrella, lo que es habitual que baje un poco la frecuencia cardíaca y que la acción del anesthesiólogo haga que la frecuencia cardíaca comience a mejorar” (fs. 101/102).

En cuanto a la falencia de las tareas realizadas por el imputado, comentó que “...de acuerdo con lo que surge del gráfico de tendencia, la frecuencia cardíaca comienza a bajar de la misma forma que registra el anesthesiólogo, pero no hay registro de su intervención para aumentar la frecuencia y tratar de que la paciente no llegue al paro” (fs. 102).

A preguntas de la querrela en cuanto al momento en el que el anesthesiólogo debió actuar, respondió: “...que puede haber varias opiniones, las hubo en la junta médica, en la pericia médica que se realizó en el CMF se habló de que la frecuencia cardíaca de cualquier persona es de 60 latidos por minutos, como mínimo, a 90, por lo tanto para considerar una bradicardia (disminución de la frecuencia cardíaca) tiene que tener menos de 60, yo no estuve de acuerdo con esa posición, porque como se ve perfectamente en el gráfico la paciente empezó con más de 90 de frecuencia, la mantuvo hasta que empezó a disminuir, disminuir y disminuir. Yo creo que una de las cuestiones en la medicina es la prevención, se debe actuar previamente antes de llegar a 60, porque lo que me está indicando la baja de la frecuencia es que algo está pasando. No tengo por qué esperar al paro para actuar ni tampoco que baje de menos 60, o sea una baja de frecuencia cardíaca de 30 latidos por minuto, porque una





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*baja de 90 a 60, es suficiente para mí como llamado de atención de que algo puede estar pasando” (fs. 102).*

Destacó que, según los gráficos e incluso el parte realizado por el Dr. Beltrán, “...entre que se registró una frecuencia cardíaca de 60 y el paro, transcurrieron varios minutos”. Señaló que “...en el gráfico, está a ‘60’, más o menos a las 8.45 y el paro fue después de las 9, o sea 15 minutos después”; que, incluso “...tiene tres puntos más marcados por debajo de 60 antes de llegar al paro... en esos quince minutos debería haber revertido el paro...” (fs. 103).

El testigo recalcó que, según su lectura del gráfico de tendencia, la frecuencia cardíaca se encontraba en baja “desde hacía tiempo, casi desde que comienza la anestesia”.

Entre otras observaciones, tildó de “extraño” que en el parte del Dr. Beltrán “...no se hiciera mención alguna a la baja o suba de la presión sanguínea, siendo que cuando hay variación de la frecuencia, generalmente la tensión acompaña un poco, pero que la frecuencia cardíaca subió y bajó, y no se dejó constancia del cambio en la tensión arterial”, la que se mantuvo constante desde el inicio (fs. 104).

El perito expresó que el anestesiólogo debió avisar primero al cirujano, para que evaluara detener la cirugía hasta averiguar el estado de la paciente; y que “la otra médica” (en referencia a la cardióloga Dra. G. E. Abbondandolo) que estaba monitoreando debió avisarle al anestesista que la frecuencia cardíaca estaba bajando.

A propósito de la posibilidad de que el paro cardíaco se haya debido al denominado “efecto vagal”, dijo que ello podía ocasionar la baja de la frecuencia cardíaca, pero que “...nunca puede haber una baja del oxígeno -T02- porque actúa sobre el corazón, bajando la frecuencia cardíaca, pudiendo llegar al paro, pero nunca



va a existir la baja de la saturación del oxígeno...” como sí se dio en el caso (fs. 104).

Desde otro ángulo, resaltó que las drogas anestésicas aplicadas tienen el objetivo de dormir al paciente y evitar el dolor, para evitar, precisamente, “*el reflejo vagal por dolor*”, lo que llevaba a la pregunta de si se administró suficiente medicamento para evitarlo. Aclaró que no lo podía determinar con la información existente en la historia clínica.

Reiteró que, según su lectura de la documentación existente, “*...hubo hipoxia y anoxia en todos los órganos...*”, que fueron “*...superiores al tiempo de paro cardíaco...*”; enfatizó que desde las 8.30 h, la frecuencia cardíaca fue disminuyendo, hasta que se produce el paro cardíaco a las 9 h. y que, cuando el valor de saturación de oxígeno estuvo en “50”, el anestesiólogo debió averiguar que sucedía, ya sea reconectando el pulsioxímetro si es que se desconectó, o averiguando la verdadera razón de la falta de oxígeno.

k. La declaración del Dr. C. S., perito de la defensa.

A preguntas de la defensa técnica, dijo que según las constancias documentales a las que accedió, la paciente “*...presentó alrededor de las 9 hs de la mañana una bradiarritmia, que es una disminución importante de la frecuencia cardíaca por debajo {de} los latidos por minuto y a pesar de las medidas que se interpusieron para corregir la bradiarritmia evolucionó al paro cardíaco el cual necesitó de la implementación de las maniobras de reanimación para tal evento*” (fs. 107).

A preguntas de la defensa en punto al motivo por el que se produjo el paro cardíaco, contestó que “*...se discutió extensamente en las juntas {de las} que participó y no fue posible determinar las*





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

**causas que originaron la bradiarritmia que evolucionó al paro**” (el resaltado me pertenece).

Al interrogante de si “*la caída alrededor de las 8.23, con posterior recuperación de la saturación tiene relación con el paro cardíaco de las 9 hs...*”, dijo que “*...fue uno de los temas discutidos en junta médica con peritos forenses en especial porque existen tres registros documentales de un mismo evento, uno que fue un registro manual que hace el anestesiólogo observando distintos signos vitales que observa en cada momento en el monitor y por otro lado hay agregado dos constancias, dos impresiones de registro de tendencias los cuales eran diferentes entre sí, uno a las 8.23 observaba una caída de la curva de saturación y en el otro gráfico que también está presente en la causa y pertenece a otro registro de otro sector, no recuerda si máquina de anestesia o del centro de monitoreo, donde efectivamente hay caída de saturación de aproximadamente 3 minutos con una recuperación y luego de lo que se pierde registro no se logró imprimir o no se registró impreso en esta hoja de valores de saturación*”. Entonces, explicó que, analizada la caída y su posible vinculación con el evento que sucedió 40 minutos más tarde, coincidía con lo expresado por los médicos forenses “*...en que era imposible relacionar esa caída de saturación con una recuperación con el evento cardiológico que sufrió 40 minutos después la paciente, cercano a las 9* (fs. 107/108).

Resaltó que tras la caída de la curva de saturación de 8.23 h., existió una recuperación y el resto de las variables se mantuvieron estables.

El perito expuso que, según lo documentado –y sin pretender reproducir exactamente los registros– aproximadamente alrededor de las 9 hs., se iniciaron las maniobras de reanimación previa administración de la atropina –droga habitual para revertir el descenso de la frecuencia cardíaca– y que, al no tener respuesta



positiva, se inició el masaje cardíaco externo, a través del cual se logró recuperar el ritmo cardíaco habitual luego de 4 minutos y medio.

El testigo destacó que las maniobras realizadas eran las recomendadas en el caso de paro cardíaco de acuerdo con el *lex artis*.

Manifestó que los valores registrados eran incompatibles con un cuadro de hipoxia, ya que “...para hablar de hipoxia hay que hablar de valores inferiores al 50% ...” y que del parte anestésico no surgía “...que se haya suspendido la administración de óxido nítrico que es un anestésico que se administra por vía inhalatoria mezclada con el oxígeno”. Al respecto, comentó que, para mantener a la paciente en el plano anestésico, se usó “oxígeno al 70 y protóxido al 30...” y que luego se interrumpió la administración de este último gas.

Reiteró que, en el momento en que se registró un descenso de la saturación (con posterior recuperación, según uno de los gráficos de tendencias), el resto de los valores eran de “estabilidad” (fs. 111).

A otras preguntas de la defensa, indicó que las gráficas de signos vitales pueden presentar fallas, como así también lo que el profesional visualiza en el monitor. Destacó que las fallas más frecuentes son las vinculadas al electrocardiograma, debido a las descargas que genera el uso del electrobisturí (fs. 113).

Luego, mencionó que las alteraciones bruscas en la frecuencia cardíaca, con movimientos que van “de 50 a 150”, son generalmente “*producidos por artefactos de los monitores y no son reales*”.

Consultado acerca del “reflejo vagal” expuso que “...es un reflejo producto de la estimulación, en el sistema nervioso autónomo que gobierna el funcionamiento de nuestros órganos y nuestras vísceras, que está vinculado con el sistema nervioso simpático y parasimpático, todas las vísceras y órganos...que se





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*caracteriza por los signos y síntomas producto del estímulo del sistema nervioso parasimpático, y el signo más importante es la disminución de la frecuencia cardíaca”. Dijo “que en el caso de un estímulo proveniente del parasimpático como puede ser la tracción de vísceras, dolor o por ejemplo la zona de la faringe o los esfínteres puede desencadenar reflejos vasovagal”; y que no se podía afirmar ni excluir si lo ocurrido en el caso fue producto de un reflejo vasovagal (fs. 116).*

Más adelante, se refirió a las consecuencias que el paro cardíaco puede provocar en el organismo, a causa de que la sangre que transporta el oxígeno no llega a los distintos órganos.

Señaló que, según las constancias reunidas y discutidas en la junta médica “...en el momento en el que detectó la bradicardia, o sea disminución de la frecuencia cardíaca por debajo de 50, se debe administrar la medicación para revertirla y ante la falta de respuesta, iniciar las maniobras de reanimación”; y destacó que, de acuerdo a la documental, la bradicardia fue tratada (fs. 119).

Al interrogante de la querrela relativo al nivel de fiabilidad que podían tener las anotaciones retrospectivas que hace el anestesista (en cuanto a los valores registrados cuando se atravesó la emergencia médica), el perito respondió: “...el sistema de registro que uno utiliza habitualmente, las fichas que utilizamos de anestesia, no son fichas diseñadas para dejar registro fiable de lo que sucede en un acto anestésico o en una complicación, entonces muchas veces los anesthesiólogos en lugar de consignar los eventos de los signos vitales en la grilla...de la ficha anestésica que están preestablecidas, lo hacen en forma de prosa, en un relato al pie de la hoja, creo que en este caso se dejó una breve constancia de lo que sucedió porque precisamente el recuerdo de las variables vitales conspira contra la fiabilidad de las mismas...” (fs. 119/120).

Asimismo, arriesgó que, según su creencia, el Dr. Beltrán pudo haber confeccionado su ficha tres cuartos de hora después de



ocurrido el evento (lo que calculó según el tiempo que lleva sacar a la paciente del paro, estabilizarla, acompañarla a la sala de terapia, etc.).

Y sostuvo que, gracias al gráfico de tendencias, en cuanto a lo ocurrido durante la emergencia, podía establecerse en qué momento comenzó a disminuir la frecuencia cardíaca, en qué punto cayó por debajo de los 50 latidos por minuto y cuánto duró (unos cuatro minutos y medio hasta que recuperó la frecuencia cardíaca elevada) (fs. 121).

A otras consultas, respondió que “...hasta que el paciente no esté en una frecuencia cardíaca intraoperatoria de hasta 50, incluso de 45, él no toma ninguna medida terapéutica...”; y que el inicio de la bradicardia fue luego de las 9 h. (fs. 122).

**2.2.** La prueba incorporada por lectura luce descrita a fs. 24/28 de la sentencia; y, el descargo del imputado C. Beltrán, fue plasmado a fs. 124/131.

### **La valoración probatoria realizada en la sentencia**

**3.** En primer lugar, el juez L. Roberto J Salas abordó – lo que consideró– los dos argumentos principales de la defensa material de C. Beltrán: *i)* lo relativo a una supuesta interferencia del uso electrobisturí en los equipos de medición; y *ii)* la posible producción del “efecto vagal” como causa de la bradicardia sufrida por M. M. C..

Luego, abordó los argumentos esgrimidos por la defensa técnica, en donde se abocó al examen de los resultados de los peritajes forenses y de parte realizados en autos.

Finalmente, se refirió a la relevancia jurídico penal de la conducta imputada a C. Beltrán.

**3.1.** A propósito de la posible interferencia que el uso del electrobisturí pudo ocasionar en los aparatos de medición de signos vitales utilizados en el quirófano, el juez de grado resaltó que, según lo atestiguado por el ingeniero G. –quien trabajó en la empresa





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

Dräger–, los equipos eran sometidos a mantenimiento constante y contaban con filtros adecuados para evitar, o al menos disminuir al máximo esa interferencia.

Repasó también lo dicho por el perito D. S., en punto a que la caída progresiva en el gráfico de SpO2 (saturación de oxígeno) no podía atribuirse a interferencia alguna, ya que por el modo en que se usa el electrobisturí en una cirugía de implantes mamarios –de modo puntual, por segundo, para hacer cortes o cauterizar–, las interferencias serían puntuales, por lo que no se verían reflejadas en el gráfico de tendencias.

Precisamente, sobre el modo de utilización del electrobisturí, se remitió a lo dicho por los testigos S. T., P. M. y S. C.; y, en cuanto a las características de la tecnología utilizada en el Sanatorio Los Arcos, recordó lo atestiguado por el testigo J. L. –director médico del sanatorio–.

En cuanto a las advertencias que trae el manual de uso de la máquina de anestesia Dräger sobre la posibilidad de interferencias, tuvo en cuenta lo dicho por el ingeniero J L. L., en cuanto a que se trata de un aviso estándar, previsto por razones de seguros.

Concretamente, resaltó que todos los testigos coincidieron en que las interferencias serían, en todo caso, puntuales; y que el imputado no podía excusarse en ellas para afirmar que no pudo acceder a la información que necesitaba para actuar diligentemente.

En cuanto a lo afirmado por el ingeniero Agüero en su dictamen de fs. 453 –en su rol de perito de la defensa–, acerca de que las grandes variaciones del gráfico de frecuencia cardíaca –por tener como fuente la señal de electrocardiografía– podían corresponder al tiempo de interferencia provocado por el electrobisturí, señaló que no



encontraban justificación en la prueba recabada ni podían relativizar el informe general de fs. 448/449.

En lo atinente al denominado “reflejo vagal” como explicación del paro cardíaco sufrido por M. M. C., el juzgador recordó que, según lo afirmado por el perito Dr. H. N. P. (CMF), el anesthesiólogo “*debe detectar si el paro es por ‘reflejo vagal’...*” y que para ello debe monitorear todos los parámetros de la paciente, sea desde la máquina o con la medición directa sobre el cuerpo.

A su vez, repasó lo dicho por el perito Dr. C. R. (CMF), en punto a que, para evitar un posible “efecto vagal”, la herramienta principal es el interrogatorio que hace el anestesista al paciente, a través del cual puede prever si la paciente padece alguna patología previa; y que, dado que se catalogó a la paciente como “ASA1”, debía entenderse que el riesgo de producción del “efecto vagal” no se detectó. Además, puso de relieve que, según lo dicho por el testigo, no era esperable que en una cirugía estética de mamas se tocaran vísceras y, por ende, mucho menos que pudiera generarse el efecto en cuestión.

En base a ello, el juzgador afirmó que todas las razones indicadas como posibles causas de un “reflejo vagal” pudieron ser previstas o debieron serlo, en base a la competencia profesional del anesthesiólogo.

**3.2.** Para dar respuesta a los planteos de la asistencia técnica (resumidos a fs. 139/147 de la sentencia), el juez de grado relevó lo asentado en los distintos informes médicos recabados en autos.

a. Sobre el peritaje de fs. 144/153 (realizado por los médicos forenses y de parte):

Señaló que en ese estudio se señaló que el cuadro neurológico que presentó M. M. C. “*...no era el*





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*esperable de haber padecido un paro cardíaco por efecto vagal”; y que el paro “...fue de 5 minutos, según lo indicado en el parte anestésico confeccionado y firmado por el Dr. Beltrán”.*

Los peritos señalaron que existían diferencias entre el gráfico de tendencia de la máquina y el parte confeccionado por el anestesista. La diferencia sustancial era que, mientras en éste último se registró la saturación de oxígeno de “99” hasta las 8.50 h., en la gráfica de tendencia se registró una caída de saturación de oxígeno aproximadamente a las 8.20 h.

El juez Salas valoró que esa diferencia desnaturalizaba “...de manera incontrastable...” el valor científico que cabía otorgarle al parte elaborado a mano por el imputado. Afirmó eso “...a pesar de los esfuerzos...” de los Dres. H. P. y C. R. de validar la información asentada en el parte elaborado por C. Beltrán.

Sobre el punto, resaltó que el valor científico de esa pieza quedaba también cuestionado ante la inexistencia, a partir de las 8.45 h., de toda anotación referida a la presión –mínima y máxima–, de la saturación de oxígeno (y también de la capnografía a partir de las 8.50).

En cuanto a las dudas expresadas por los peritos, respecto de si efectivamente tuvo lugar el descenso de saturación que muestra el gráfico de tendencias a partir de las 8.23 h., recalcó que se pudo acreditar que la máquina Dräger funcionaba correctamente (según los testigos ingenieros G., S., L., y el director del Sanatorio Los Arcos, Dr. L.).

El juzgador enfatizó que los peritos afirmaron (respuesta “1”, puntos de peritación de la parte querellante, fs. 148) que **“...la anoxia puede causar bradicardia y paro cardíaco”** (el resaltado me pertenece), y que eso era precisamente lo que le ocurrió a M. M. C., desde aproximadamente pocos minutos después



de las 8.45 h., cuando pasó de aproximadamente 100 ppm, a unas 50 ppm, a las 9 h.

En cuanto a la acción adoptada por el Dr. C. Beltrán, evocó que del parte confeccionado por él surgía que: *“...siendo aproximadamente las 9,00, faltando cerrar la piel, con paciente intubada [...] se observó franca disminución de la F. cardíaca, precisando la administración de atropina EU, a pesar de lo cual presentó asistolia constatada por monitor. Se realizó RCP [masaje cardíaco activo, adrenalina EU, bicarbonato de sodio...]”*.

De ello, extrajo que la aplicación de la droga atropina sucedió a las 9 h., luego de transcurridos 15 minutos desde que la frecuencia cardíaca comenzara a registrar una curva descendente constante –según el gráfico de tendencias de la máquina Dräger utilizada en el quirófano n° 3–.

El juez de grado razonó que, en base a esa información y según los dichos de los peritos P. y R. durante la audiencia, *“...no sería correcta la respuesta que los médicos brindan en la peritación (bajo el número ‘12’ de los puntos de la fiscalía), cuando indican que no se puede establecer, con las constancias médicas, las causas del paro cardiorrespiratorio”*.

Para ello, valoró *“...que se dio, durante muchos minutos, una disminución permanente, y sin solución de continuidad, de la frecuencia cardíaca ya indicada, a lo que debe sumarse también, los valores de la capnografía (ver los gráficos ‘1’ y ‘4’, con la nomenclatura ‘FC’ y ‘etCO2’)”* (fs. 150 pdf de la sentencia).

Luego, en cuanto a la afirmación de los peritos (respuesta “14” de los puntos propuestos por la fiscalía) de que el tratamiento “fue el adecuado al cuadro que presentó la paciente”, sostuvo que esa respuesta únicamente tenía sentido *“...si se la considera referida al momento en que el paro ya se había producido, en relación al masaje cardíaco que le efectuó, primero el Dr. B. y luego la Dra. A.”*.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

Respecto de la actuación de Beltrán, expuso que “... según las constancias de la causa, la caída constante y gradual de la frecuencia cardíaca –que solo a él le cabía controlar– fue lisa y llanamente ignorada durante largos minutos, esto es, desde las 8.50, tal como informan los mismos médicos (respuesta ‘4’ puntos de peritación propuestos por la parte querellante) hasta instantes antes que se produjo el paro cardíaco...circunstancia que ahí sí, le fue comunicada al cirujano –y al resto de los presentes–...” (fs. 151).

b. En medio del escrutinio del peritaje antes aludido, se refirió a la ausencia de registro de tendencia de la curva de saturación de oxígeno, a partir de las 8.28 h. y hasta aproximadamente las 9 h.

Resaltó que la carencia de ese registro dejaba sin respuesta qué valores vitales tuvo en cuenta el imputado durante la operación y que no existía respuesta en punto a cómo se dejó de registrar ello en las máquinas (tanto el modelo “Dräger” del quirófano n° 3 como en la ubicada en la central de monitoreo de los seis quirófanos).

El juez Salas destacó que, habiéndose acreditado que las máquinas funcionaban correctamente, “...la única posibilidad...es considerar que el pulsioxímetro fue quitado por alguna razón que no pudo determinarse en el juicio...” pero que fue “...llamativamente coincidente, en el tiempo, con la ocurrencia de la caída de la curva de saturación de oxígeno (SpO<sub>2</sub>) que se dio, durante varios minutos (desde las 8.20, a las 8.28 que deja de registrarse)” (fs. 152).

Y, sobre ese punto, concluyó que no podía afirmarse en contra del acusado (por imperio del art. 3, CPPN) que haya sido él quien removió el pulsioxímetro. No obstante, afirmó que en el caso de que la remoción haya obedecido a otra causa, era competencia del anestesista remediar esa situación para poder seguir con la evolución del registro de dos curvas (oxígeno y pulso) trascendentes para la observación de los parámetros vitales de la paciente. Recordó, en cuanto a la importancia de tales registros, que “...la caída de



*saturación de oxígeno fue señalada por todos los peritos como una causa posible del paro cardíaco” (fs. 1539.*

c. Sobre el peritaje de fs. 168/176:

En ese estudio se señaló que la tarea del anestesiólogo consiste en “...permitir que, sin dolor y con el mantenimiento de los parámetros vitales, en condiciones normales, se pueda realizar una intervención quirúrgica”.

Destacó que, como respuesta “2” del informe (con relación a los puntos de pericia propuestos por la parte querellante), se afirmó que “...la frecuencia cardíaca de la paciente, a las 8.52, era de aproximadamente 50 latidos por minuto”.

Y que, en la respuesta “16”, los peritos médicos señalaron que según el gráfico de tendencia “...existió una caída brusca de los valores de SpO2, entre las 8,22 y las 8,28...”, luego de lo cual no existía más registro (fs. 154).

Destacó que los peritos concluyeron que la paciente estuvo en hipoxia, sin poder determinarse durante cuánto tiempo, en atención a la sindicada falta de registro desde las 8.28 h.

El sentenciante subrayó que esa hipoxia no pudo ser ignorada por el Dr. Beltrán, como lo fue durante la operación de C..

Afirmó que, ante una caída gradual de un parámetro vital tan relevante (entre las 8.22 y las 8.28 h.), y más aún, “...ante la posterior falta de registro fiable...” (consideró que la anotación de “99% realizada por el profesional en su parte era “irreal”), no podía comprenderse que el imputado “...no haya tomado el más mínimo recaudo ni haya puesto sobre aviso al resto del equipo médico...”. Agregó que, en ese cuadro, fue trascendente, para perjudicar la vida de la paciente, que el acusado “...privase al equipo del mecanismo de advertencia de las alarmas con las que contaba la máquina, ello según el seteo que seleccionó al darse inicio a la operación” (fs. 155).





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

Por otro lado, el magistrado cuestionó a los peritos P. y R., por haber “*relativizado*” la duración de la caída de la saturación de oxígeno ocurrida entre 8.23 y 8.28 h. y por haberse “*cuidado*” de establecer una conexión entre ese episodio y la bradicardia sufrida por C. a partir de las 8.50 h. Dijo que, en esa tarea, recurrieron al “argumento del absurdo” consistente en que, de haber existido una hipoxia de tal duración (se refiere al tiempo durante el cual no existe registro, hasta aproximadamente las 9 h.), la paciente habría muerto en el quirófano.

El juez Salas objetó que más allá de que la muerte de M. M. C. se produjo horas después y que, al cabo de cinco minutos, pudo “salir” del paro cardíaco, ella nunca recuperó la conciencia. Y, en lo que más interesa, afirmó que no podía considerar que la caída de saturación de entre las 8.23 y las 8.28 h y la de la frecuencia cardíaca registrada desde las 8.45 h. (que se tornó en bradicardia desde las 8.50 h.) no tuvieran conexión (fs. 156).

Aclaró que, pese a carecer de todo conocimiento científico, valoraba que las respuestas de los Dres. P. y R., a las insistentes preguntas de la parte querellante, en el sentido de que “ambos eventos ‘operaron como episodios independientes’”, no podía ser razonablemente aceptada (fs. 157).

Explicó que los médicos coincidieron en que la anoxia (lo que se registró a las 8.23 h. hasta el último registro que existe, a las 8.28 h.) “...es causal de bradicardia y de paro cardíaco (cfr. respuesta ‘1’, puntos de pericia de la querrela, en el informe de fs. 144)”. Y agregó que “...[c]on solo observar, de buena fe, a la luz de esa conclusión, la constatación de la evolución de los parámetros de la paciente, lo que se dio al cabo de pocos minutos (obsérvese que la caída de la frecuencia cardíaca se registró desde las 8,45, y se transformó en bradicardia desde las 8,52), el nexo causal entre el evento de las 8,22/8,28, y el sucedido a los pocos minutos (8,45/9)”



que terminó en el paro cardíaco del que la paciente nunca se recuperó, no puede ser descartado” (fs. 157) (el resaltado me pertenece).

En base a ello, aseveró que la conducta silente de Beltrán con respecto al resto del equipo, que frente al comportamiento de todas las variables antes aludidas (descenso de la saturación, el pulso, la capnografía y la frecuencia cardíaca) sólo atinó a aplicar la atropina a las 9 h. (según se indica en el parte anestésico); y que, ante el fracaso de la droga, recién allí dio aviso al resto del equipo (quienes hasta ese momento creían que transitaban una “cirugía normal”), debía ser considerada como demostración de una clara negligencia médica (fs. 158).

d. Sobre el informe médico forense de fs. 482/487:

Señaló que, del estudio, surgía que los peritos indicaron que tras la caída de saturación registrada a las 8.23 h., existió una recuperación, perdiéndose luego el registro de dicha variable. Además, resaltó que ante la pregunta de si el imputado anotó o no dicha baja en su parte, los peritos señalaron que el Dr. Beltrán consignó, de modo constante, hasta las 8.50 h., que la paciente tenía “saturación 99%”, por lo que –consideró el juzgador– debía entenderse que la respuesta a la pregunta formulada era “no” (fs. 159).

Indicó que, ante la pregunta de si la baja de valores registrada a las 8.52 h. justificaba alguna acción de parte de los médicos intervinientes en la operación, los peritos respondieron (respuesta “3”) que “...la pérdida de registros vitales de la paciente, a partir de las 8,50 (con caída de frecuencia cardíaca, pérdida de registro de la SatO2, y pérdida de la capnografía) justificaban las maniobras de reanimación pulmonar adoptadas por los profesionales intervinientes” (fs. 159).

En este punto, el juez Salas resaltó que, “incomprensiblemente”, la respuesta se refería a las acciones





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

adoptadas luego de que se produjo el paro cardíaco (a las 9.03 h. aproximadamente), pero que no especificaba nada en cuanto al tiempo que transcurre entre las 8.52 h. y “...*el momento posterior al anuncio del anestesista al cirujano, ocurrido a las 9,03, inmediatamente después que se produjo el paro...*” ni qué hizo o dejó de hacer el Dr. C. Beltrán en ese lapso (fs. 160).

Sobre la pregunta “5” del informe, repasó que “...*se interrogó a los peritos si ante la baja de los valores constatada pudo o no tener alguna incidencia ‘la no realización de una acción médica’...*”, a lo que señalaron que ante la bradicardia “...*se debe intentar la reversión de esta mediante la administración de Atropina...si dicha medicación no brinda el efecto esperado (recuperación de la frecuencia del pulso) y por el contrario desaparecen el resto de las variables vitales (Sat.O2, CO2, pérdida del pulso, etc), deben iniciarse de inmediato maniobras de RCP avanzada*”. Y agregaron que “...*el fin de estas acciones es restablecer el latido cardíaco y la circulación, y [tal] como informamos oportunamente ...el tratamiento establecido fue el adecuado al cuadro que presentó la paciente (Rta. “14” del Informe de fs. 144)*”.

Al respecto, el magistrado llamó la atención en punto a que en el informe “...*nada se dice...con relación al tiempo que pasó desde que comenzó la bradicardia (8.50 h.) y el momento en que el Dr. Beltrán le aplicó a la paciente la Atropina...*” (fs. 160).

e. Sobre el informe pericial de fs. 550/557:

En esa pieza, los peritos destacaron que existió una diferencia en la evolución clínica de la paciente (respecto de la caída de saturación y posterior desaparición del registro en el gráfico de tendencia), en tanto “...*no se puede explicar...desde el punto de vista fisiopatológico, que una persona permanezca casi 40 minutos con desaturación de oxígeno en esos niveles...los cuales son incompatibles con la vida*” (fs. 161).



En la respuesta “2” los médicos señalaron que “...la caída del registro electrónico de saturación, a las 8,23, fue de corta duración, con desaparición posterior del registro. El resto de las variables permanecen dentro de los rangos normales hasta las 8,50. Dado que no hubo alteración de los signos vitales no se requería ninguna acción especial de los médicos intervinientes en el quirófano” (fs. 162).

Ante ello, el juez Salas dijo que esa respuesta no se hacía cargo “...de las caídas de la frecuencia cardíaca, ‘FC’ –que llegó hasta 50 por varios minutos– y del pulso, ‘PLS’ –que llegó al mismo valor por un tiempo semejante– curva que coincide, además, con la baja de la saturación de oxígeno ‘SpO2’...”. Y agregó que, pese a que los profesionales “parecieron no querer reconocerlo”, “...un observador imparcial, aun careciendo de conocimientos médicos, de los valores registrados en las curvas de los gráficos de tendencia, demuestra, a simple vista, esa caída en todos los valores registrados por la máquina Dräger, cuyo funcionamiento era correcto” (fs. 162).

**3.3.** Finalmente, en cuanto a la relevancia jurídica de la conducta de C. Beltrán, el juzgador abordó las “discordancias” observadas entre sus acciones y lo que le era exigible normativamente, conforme la estructura de los delitos impropios omisivos.

Así, en cuanto a la posibilidad de realizar, efectivamente, la conducta ordenada, apuntó que Beltrán “...tuvo a disposición el equipamiento más avanzado del país, y ante el aducido fallo del pulsioxímetro, tuvo que atender a remediarlo y, además, a consultar todos los demás valores que tenía disponibles y que solo dependía de su voluntad utilizar”.

En referencia al “nexo de evitación”, el juez Salas afirmó que C. Beltrán “...dejó pasar muchos minutos de caída progresiva y continua de los valores vitales de la paciente y que, cuando quiso remediarlo, su acción resultó previsiblemente ineficaz por lo tardía e insuficiente” (fs. 164).





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

Agregó que “...la omisión imprudente del anestesista (...) partió del acabado conocimiento que él tenía, por su vasta experiencia de muchos años en la práctica de su profesión, de los factores de riesgo implicados en la cirugía de la que formó parte, de modo que el tipo subjetivo de la omisión imprudente que realizó, al no atender en tiempo útil al estado de la paciente, para evitar el riesgo de paro y muerte cumplió el tipo subjetivo de la norma que corresponde aplicar (art. 84 del C.P.)” (fs. 166).

A propósito del alcance del deber de cuidado exigible al acusado, explicó que éste consistía “...en emplear, con ocasión de la ejecución de la acción, todas las medidas necesarias de precaución, control y supervisión para eliminar así el riesgo vinculado a aquélla, o al menos para mantenerlo dentro de sus límites...”. A ello sumó, además, el “...cumplimiento de deberes de preparación antes de la ejecución de la acción peligrosa...” (fs. 168).

En cuanto a la exclusiva responsabilidad del anesthesiólogo por el cumplimiento del deber de cuidado señaló que, conforme la división de trabajo explicada por los testigos en la audiencia, a él le correspondía “...atender a un estado especial de la paciente (con parámetros vitales y sin dolor), frente a la actividad desempeñada por el resto del equipo...” (fs. 169).

**3.3.1.** Al profundizar en el examen de la responsabilidad penal atribuida a Beltrán, a la luz de lo que surgió de los peritajes médicos realizados, el *a quo* sostuvo que, en el caso, se trataba de analizar si el resultado muerte de la paciente podía serle imputado al acusado.

Sobre el punto, recordó que los peritos repetidas veces afirmaron que “no era posible determinar la causa del paro” pero observó que ese no era “el enfoque” que debía imprimirse a la cuestión.



Aseguró que, si la cuestión quedara reducida de ese modo, “...solo cabría decir que ha sido –como lo fue– un notorio error de la investigación no haber ordenado la realización de una autopsia... porque esto habría servido para deslindar claramente las condiciones orgánicas que produjeron, en definitiva, la muerte de M. M. C.” (el resaltado me pertenece, fs. 172).

Reafirmó que, en el proceso, “...*el curso causal que llevó a la muerte de la paciente no ha sido verificado médicamente...*”, pero objetó que, sin perjuicio de ello, lo que debía analizarse era si el resultado muerte pudo ser previsto por C. Beltrán y si, en ese caso, el anestesista omitió realizar las acciones que estaba en condiciones de hacer para no incrementar la posibilidad de que ese riesgo se produzca.

Y agregó que, “...*más allá de la eficacia final que esas acciones hubiesen tenido, algo imposible de determinar en cualquier acción humana realizada en el contexto de la evolución natural que tiene la vida de una persona...*”, el principal agente que tenía a su cargo garantizar el cuidado de la vida de la paciente era Beltrán (fs. 173).

En esa línea, dijo que para determinar si aquél infringió o no el deber de cuidado era neC. determinar si su comportamiento fue el requerido objetivamente para evitar el peligro y el exigido subjetivamente –teniendo en cuenta su disposición respecto del hecho y su especial capacidad–.

Y para ello, expuso, no era posible “...*resolver la cuestión acudiendo a la hipótesis de comparar lo realizado por el Dr. C. Beltrán, con lo que hubiera realizado un ‘anestesista ideal’...*” (fs. 176), tal como pretendieron establecer los peritos P. y R. y la defensa técnica.

El juez Salas insistió en que no se podía “...*reconstruir hipotéticamente la situación que existió ante los ojos del Dr. C.*”





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*Beltrán, ni el modo en que él apreció y valoró el hecho...” restándole valor a los gráficos de tendencias registrados por la máquina Dräger y dándole el mismo valor probatorio que al parte confeccionado por el imputado. Resaltó que dicho documento fue “llenado de memoria” una vez ocurrida la operación fallida que “...acabó con un paro cardíaco de la paciente de aproximadamente cinco minutos, luego de una caída prolongada y ostensible de varios parámetros vitales que se ignoraron por varios minutos, y a la que no se le dio respuesta oportuna, lo que trajo como consecuencia para la paciente, como era de esperar, secuelas neurológicas y orgánicas irreversibles” (fs. 177).*

Por el contrario, indicó que debía examinarse el caso desde una perspectiva “ex ante”, sin recurrir a situaciones ideales; y se dispuso a señalar cuál fue la norma concreta cuyo cumplimiento fue omitido y en qué consistió la infracción en el caso.

Así, destacó:

i) Que la función del anestesista tiene una base normativa (Res. 642/2000 del Ministerio de Salud y su respectivo anexo) que regula los deberes de esa profesión con relación a cualquier paciente bajo anestesia general.

Allí se establece como obligatorio la evaluación previa, la asistencia durante la operación (que comprende, obligatoriamente, monitorizar la oxigenación, la ventilación, la circulación, la temperatura) y documentar los hallazgos en la historia clínica, pudiendo ello ser obviado en situaciones de emergencia.

En ese punto, el juzgador puso de relieve la conducta de Beltrán “...de programar o bien, anulando o disminuyendo el funcionamiento específico de las alarmas con las que contaba la máquina Dräger...”, lo que significó “...un incumplimiento de su obligación profesional de diagnosticar adecuadamente a la paciente que estaba bajo su cuidado en el procedimiento transoperatorio...” (fs. 179). Resaltó que, pese a la versión contraria aportada por Beltrán,



del testimonio de “...*todos los integrantes del equipo médico...*” surgió que durante la operación no sonó ninguna alarma, lo que era imputable al anestesista (encargado del “seteo” de alarmas), en tanto se demostró que los equipos del quirófano n° 3 no presentaban fallas y eran operativos.

ii) Que, como médico, Beltrán tenía el deber de diagnosticar y tratar, para lo que no podía prescindir de ningún elemento.

Sostuvo que, sin embargo, el imputado prescindió durante la operación del registro de saturación y pulso que debía brindar el monitor de la máquina “Dräger”. Expuso que el registro de tales datos no impactó (a partir de las 8.20 h.), como debió haberlo hecho de “... *tener conectado como debía el pulsioxímetro del que se recaban los datos...*” (fs. 181); y recalcó que era competencia exclusiva del anestesista velar porque esa pinza estuviera correctamente colocada en el dedo de la paciente.

Observó que, si bien no podía afirmarse que Beltrán hubiera prescindido intencionalmente del dato que brindaba el pulsioxímetro, si fue evidente que “...*continuó desarrollando su esencial servicio...mensuR. y calibr. las distintas variables, a) o bien a ciegas, lo que sería de una temeridad absoluta, b) o bien, como dijo que tuvo que hacer, por el tiempo indeterminado que le llevó conectar el saturómetro nuevamente –algo que no surge del registro que en verdad hiciera– obtenido directamente de manera clínica, sobre el cuerpo de la paciente, los parámetros esenciales que necesitaba para cumplir su rol, la que, al menos a partir de allí, desarrolló de manera negligente e imprudente, prescindiendo voluntariamente de una fuente de información esencial para cumplir correctamente su trabajo*” (fs. 182).

iii) Que el médico tiene la obligación de “*emplear su pericia*”, algo que el imputado no habría cumplido.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

En efecto, el sentenciante indicó que “...*M. M. C., estando bajo el cuidado del Dr. C. Beltrán, a partir del modo en que éste desarrolló el procedimiento de anestesia, no adecuando su labor a las variables que mostraban los parámetros vitales desde el inicio de la intervención (8,20), hasta el minuto en que se produjo el paro (9,03 aproximadamente) vio ex ante incrementado el riesgo de muerte*” (fs. 184).

Y especificó que “...*el proceso causal que se inició con la anoxia –que el anestesista comprobó de manera evidente por el descenso gradual y continuo de la saturación de oxígeno desde las 8,20 hasta después de las 8,28 –según los registros de tendencia...– no fue atendido por el Dr. Beltrán*”.

Contra la afirmación del imputado acerca de que ese descenso se debió al desprendimiento del pulsioxímetro provocado por un movimiento de la paciente, dijo que ello era falso, en tanto “...*la caída del registro no fue similar a la que se produce cuando el tensiómetro es removido...*”, sobre la cual “...*todos los médicos a los que se le preguntó dijeron que en ese caso la caída es abrupta*”.

Subrayó que la caída registrada fue permanente hasta después de finalizada la operación; y, en cuanto a la subida registrada en el gráfico de fs. 218, sobre la que insistió la defensa técnica, afirmó que ésta fue explicada por testigos en el juicio como “...*el resultado mecánico de unir puntos, de parte de la impresora de la que se habría obtenido el citado gráfico*” (fs. 184/185).

Remarcó que “...*esa caída continuó, luego de unos minutos...con la caída constante y permanente de la frecuencia cardíaca (desde aproximadamente las 8,45, según el gráfico de tendencia) ...y con la bradicardia –menos de 50 latidos por minuto– ubicada en el referido informe médico de fs. 168/176, al menos, 10 minutos antes del paro -8,52–...*”. En este punto, objetó que los peritos del C.M.F. separaran y distinguieran ambos episodios (primero, la caída de la saturación y la pérdida de registro y, luego, el descenso de



la frecuencia cardíaca desde 8.45 h.), dado que se trataba de la misma operación y la misma paciente.

En base al cuadro descripto, concluyó que “...*el modo en que el Dr. C. Beltrán configuró su labor médica incrementó ex ante, sin la menor duda, el riesgo de que la paciente sufra el daño neurológico y muerte que en definitiva se produjo*” (fs. 185).

Y enfatizó que, pese a que “*inexplicablemente*” los peritos no lo hayan afirmado, no guardaba dudas en punto a que el imputado pudo optar por una conducta diferente.

A ese respecto, afirmó que aquél debió comunicar al cirujano que estaba a cargo de la intervención quirúrgica de la caída gradual de la saturación de oxígeno y del pulso, pese a lo cual se mantuvo en silencio. Y que, la continuidad de la intervención quirúrgica, cuando la paciente registró una continua y permanente desaturación, fue una situación que Beltrán “...*tuvo en su poder evaluar y modificar...con el fin de preservar la salud de la paciente*”; pero que, por negligencia o impericia, eligió no hacerlo y, con ello, incrementó el riesgo de anoxia, daño neurológico y muerte de la paciente, lo que finalmente se produjo.

iv) Por último, se refirió al deber de asistencia que Beltrán tenía respecto de la paciente a su cuidado.

Señaló que el anestesista no explicó “...*por qué decidió prescindir durante toda la operación de los datos esenciales que el monitor debía brindarle, pero no le daba*” y que tampoco restituyó la fuente que, según adujo, se removió involuntariamente del dedo de la paciente (fs. 187).

A propósito de esto último, recordó que ninguno de los profesionales presentes que declararon en el debate se refirieron al movimiento espasmódico relatado por Beltrán, ni al modo en que se perdió el contacto con la pinza digital del saturómetro (considere. que la paciente estaba dormida y tenía los brazos, en cruz, sujetos con





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

velcro) ni mucho menos a que el acusado haya colocado nuevamente el dispositivo, tal como dijo.

Asimismo, reiteró que Beltrán no explicó “...*el tiempo que dejó pasar para actuar durante la caída continua de la frecuencia cardíaca durante aproximadamente diez minutos, que anticiparon al paro, en los que no demuestra que haya hecho nada para revertirlo, más allá del uso, in extremis de la atropina, minutos antes del paro*” (fs. 188).

Sobre ese lapso, describió que la caída de la frecuencia cardíaca –en forma constante– comenzó a las 8.50, hasta que se produjo el paro cardíaco a las 9.03 h.; y que, según declaró Beltrán, dio aviso del paro cardíaco luego de que la atropina no hizo efecto (lo que le lleva a la droga uno o dos minutos).

De ello, el juzgador extrajo que el acusado contó con tiempo suficiente para actuar de un modo diferente (para disminuir el riesgo de paro cardíaco, daño neurológico y orgánico y, consecuentemente, la muerte), lo que no hizo.

### **Recurso de casación de la defensa**

4. Como se resumió en las resultas, la asistencia técnica de C. Beltrán sostuvo que la sentencia era arbitraria por ausencia de una adecuada fundamentación alrededor de la valoración de la prueba.

Contra las afirmaciones realizadas en el fallo, expuso que:

a. De los peritajes médicos realizados no surgió la presencia de anomalías en el contralor de la paciente, ni antes ni después del paro cardíaco.

En ese sentido, recordó que el Dr. C. R. del C.M.F., sostuvo en la audiencia: (46:30) “...*no surge de la documental algo que nos haga pensar que cayó fuera de lo que fue el arte de curar*”.



b. Respecto de lo asentado en la sentencia en punto a que existió un proceso de desaturación entre las 8.22 y las 8.28, con pérdida posterior del registro hasta el final de la operación, la defensa alegó que, aunque ello fuera válido, existían dos aspectos que remarcar.

Por un lado, señaló que existían dos registros distintos (el gráfico de tendencias de la máquina Dräger y el de la central de monitoreo) sobre un mismo evento (la curva de saturación StO<sub>2</sub>), observándose en el registro de la máquina apostada en el quirófano 3 que existió una recuperación de la saturación luego de una caída de tres minutos. Sobre este punto, el impugnante afirmó que la adhesión del juzgador al registro en el que no se indica dicha recuperación no fue válidamente sustentada.

Además, recordó que fueron los médicos forenses en los peritajes practicados, quienes afirmaron que dicho evento (la desaturación) no tuvo correlato clínico en la paciente y destacaron que el resto de las variables permaneció dentro de valores normales, por lo que ninguna acción era requerida por parte de los galenos.

c. A propósito de la desaparición posterior del registro de saturación (desde 8.28 h hasta las 9.00 h. aproximadamente), alegó que no le correspondía al anesthesiólogo corroborar que los registros electrónicos se grabasen o impriman.

Asimismo, recordó que el Dr. R. (perito forense) llamó la atención sobre la verosimilitud de ese registro electrónico, al declarar que, si el resto de los parámetros fisiológicos se mantuvieron en un rango aceptable, no podía dársele valor en el análisis a un único parámetro (la saturación), máxime cuando era tan pronunciada que no podía ser real.

d. En cuanto a lo dicho por el juez de grado respecto al “descenso gradual y continuo” de la frecuencia cardíaca, desde las 8.45 h. en adelante, la parte objetó que el juzgador no tomó en cuenta





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

la variabilidad de los parámetros vitales durante una intervención quirúrgica. Sostuvo que, en el caso, la frecuencia cardíaca se mantuvo en niveles normales hasta dos o tres minutos antes del paro cardíaco, momento en que C. Beltrán aplicó la droga atropina.

Con apoyo en un recorte del gráfico de tendencias (ver fs. 7) indicó que la frecuencia cardíaca registró una caída a menos de 50 latidos por minuto en al menos tres oportunidades, con rápida recuperación, todo ello antes del paro cardíaco. Y que, la última de ellas, tuvo lugar a las 8.55 h., de modo coincidente con lo expresado por el imputado en su parte, con un rápido ascenso; y, que después de las 9.01 h. la frecuencia cardíaca cayó abruptamente, sin recuperación, por lo que Beltrán decidió aplicar la atropina.

La defensa afirmó que la conducta de Beltrán fue la correcta, ya que, como advirtió el perito oficial P. en su declaración, *“...primero se busca ver si eso se restablece, luego se toma una actitud más activa”*.

e. Sobre la circunstancia de que no se habrían activado las alarmas (cuyo “seteo” estuvo a cargo del imputado), la parte se remitió a lo dicho por Beltrán, en punto a que sonaron en varias oportunidades. Recordó que, según lo declarado por éste, ya en el comienzo de la operación, la interferencia del electrobisturí provocó imágenes alteradas en el cardioscopio, compatibles con fibrilación ventricular, lo que procedió a descartar palpando el pulso de la paciente. Dijo que o bien los testigos no registraron el sonido de las alarmas (producto del efecto conocido como “agotamiento de alarmas”, por el acostumbamiento) o no lo recordaron al declarar.

Por otro lado, la defensa señaló que, aun suponiendo que las alarmas no hayan sonado (ni en el momento recién descrito ni cuando Beltrán tuvo que reacomodar el pulsioxímetro caído), la sentencia no pudo explicar cómo era posible que ninguno de los presentes (que declararon como testigos) haya escuchado la alarma de



paro cardíaco, siendo que dicha señal no puede modificarse en su volumen y mucho menos silenciarse (citó la página 170 del manual de uso de la máquina Dräger). Frente a ello, recalcó que no era intención de la parte pensar que los testigos “...declararon que no la escucharon para evadir responsabilidades...”; sino que lo relevante era señalar que esa alarma, necesariamente, debieron oírla, pese a que afirmaron no haber escuchado ninguna señal durante toda la operación. Todo ello, concluyó, tornaba plausible lo dicho en punto al efecto de “agotamiento de alarmas” y daba lugar a pensar que los testigos también pudieron equivocarse respecto de los otros sonidos que dijeron no haber oído –y que Beltrán afirmó que existieron–. Resaltó, además, que la falta de respuesta de la sentencia alrededor de este punto exponía la arbitrariedad del fallo.

f. Desde otro ángulo y sobre el tópico de las alarmas, dijo que si se aceptara la versión de que éstas no sonaron, cabía atender a que son “seteadas” para advertir sobre un evento potencialmente dañino. Por lo que, si se tiene por cierto que no sonaron, ello puede haberse debido a que los valores de los parámetros vitales no indicaron ninguna anomalía. Unió esa afirmación a la realizada por los peritos forenses en punto a que las restantes variables vitales (dejando de lado la de StO<sub>2</sub> cuyo registro no consta) se mantuvieron en parámetros normales hasta las 8.50 h.

g. Por último –en cuanto a las alarmas– dijo que ninguno de los testigos presencié que Beltrán las haya silenciado, por lo que la sentencia no podía afirmar dicho extremo.

h. La defensa recalcó que, según lo dictaminado por los médicos forenses, de las constancias de autos surgía que el tratamiento establecido fue el adecuado para el cuadro que presentó la paciente (respuesta 14 del informe de fs. 144).





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNC1

Indicó que los datos de oximetría fueron colectados durante toda la intervención por el Dr. Beltrán, desconociéndose el motivo por el que no fueron registrados por el monitoreo electrónico.

i. Subrayó que la labor de monitoreo no era exclusiva del Dr. Beltrán, ya que también le correspondía a la cardióloga monitorista (Dra. A.) quien fue la encargada de “setear” el monitor de signos vitales “Infinity Delta”, según constaba en el check list firmado por la nombrada.

Sobre la labor de la cardióloga, recordó que, según lo declarado por la enfermera circulante C., cuando ella fue a buscar a la Dra. A. –al instalarse el paro cardiorrespiratorio– ésta “ya estaba entr. al quirófano”, circunstancia que imponía pensar que la monitorista advirtió la señal de alarma y por eso concurrió rápidamente.

j. En cuanto a si el descenso de la frecuencia cardíaca, desde las 8.45 h., constituía una pauta de alarma para la actuación del anestesista, el impugnante dijo que el juzgador sugería una pauta “en absoluto relativa”, ya que mientras los parámetros vitales estuvieran en rangos de normalidad el anestesista debía mantener una conducta expectante. Recordó que el perito Dr. C. R. señaló en su declaración que las variaciones registradas no eran significativas y que eran esperables para una paciente anestesiada; que recalcó la ausencia de una autopsia y llamó a no conjeturar sobre parámetros graficados; y que afirmó que la intervención de Beltrán fue en tiempo y forma para resolver la emergencia.

k. Todavía sobre la mencionada “inactividad” de Beltrán por “largos minutos” desde las 8.45 hasta que se produjo el paro cardíaco –como se afirmó en el fallo–, el recurrente repasó lo dicho por el Dr. R. sobre la posibilidad de seguir espeR. la evolución de la paciente, cuando el descenso de la frecuencia cardíaca



no es crítico y si permanecía con ventilación apropiada –como asentó el Dr. Beltrán en su parte–.

l. Contra la afirmación realizada en el fallo de que “... más allá de las causales orgánicas o farmacológicas que llevaron a la bradicardia y al paro...” debía decidirse “...si el Dr. Beltrán hizo o no hizo lo que debía para disminuir el riesgo de daño y muerte...”, la defensa se refirió al riesgo terapéutico innato en este tipo de intervenciones y repasó lo dicho por el Dr. R. en punto a que, en su larga experiencia, presenció múltiples cirugías de personas jóvenes y sin patologías previas que concluyeron fatalmente sin explicación causal. En ese marco, resaltó la relevancia de la ausencia de una autopsia para la solución del caso, en tanto no se conocía, en definitiva, la causa de la bradicardia que llevó luego al paro cardíaco.

m. En línea con las consecuencias de no contar con una autopsia y conocer científicamente la causal de muerte, la defensa insistió en que no podía descartarse, sin más, la posibilidad de paro cardiorrespiratorio por reflejo vagal, por tratarse de un cuadro multifactorial que puede acontecer incluso en pacientes sanos. Sobre el punto, repasó que incluso el testigo Dr. T. afirmó haber presenciado la muerte de una paciente joven por dicha causa; y, que el Dr. C. R., del C.M.F., llamó la atención en punto a la implicancia de no contar con una autopsia.

n. Contra lo declarado por el perito D. J. S. (quien señaló que existió una desaturación de aproximadamente 8 minutos, entre las 8.20 y 8.28 h.) la defensa resaltó que el profesional no era anestesiólogo y opinó sobre temas fuera de su competencia, con posiciones contrarias a la de los peritos del Cuerpo Médico Forense que intervinieron en el caso.

Subrayó que, pese al valor que la sentencia otorgó a los dichos de este profesional, el propio S. reconoció en su





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

declaración que las cuestiones preguntadas podían explicarla los médicos “*con más experiencia en terapia intensiva*”.

Descalificó el relato del testigo por afirmar, sin que ningún otro testigo señalara algo semejante, que el pulsioxímetro fue desconectado porque “*desconfiaron que andaba mal...y se lo probaron ellos mismos*”.

Además, destacó que si la paciente hubiera sufrido el importante daño sistémico señalado por S. al describir la supuesta anoxia sufrida entre las 8.20 h. y 8.28 h. (según el testigo), no habría revertido rápidamente el paro cardíaco.

Sobre el modo en que ese perito relativizó las interferencias producidas por el uso del electrobisturí, la defensa se remitió a las advertencias contenidas en el manual de la máquina “Dräger” acerca de que no se garantiza el funcionamiento “perfecto” del equipo debido a la posibilidad de interferencias.

Y en cuanto al modo de uso del electrobisturí, que el declarante describió como puntual y reducido, la parte se remitió a lo dicho por la instrumentadora M., quien afirmó que el aparato se usa mucho y en casi toda la cirugía. Además, recordó que la circulante C. –quien también acordó que el electrobisturí se usa mucho durante la operación–, preguntada específicamente sobre si, en su experiencia, conocía si el uso del instrumento provocaba interferencias, contestó que podía interferir en el trazado del corazón, dando imágenes en zigzag.

ñ. Respecto de lo declarado por el perito de parte de la querrela (Dr. F.), la defensa recalcó que, mientras en el debate desvirtuó el parte anestésico como elemento confiable, debido a las inconsistencias que existirían con el registro de tendencias de la máquina Dräger, en el informe pericial acompañó la opinión de los forenses en cuanto a que la caída de la frecuencia cardíaca de los registros coincidía con la anotada por el anestesista. Asimismo, el



perito de parte afirmó específicamente que la paciente registró aproximadamente 50 pulsaciones por minuto a las 9 h. (ver fs. 174 del expediente), valor que da sustentabilidad cardiovascular.

o. Por otro lado, el recurrente enfatizó que, ante la pregunta de si “*el cuadro de encefalopatía hipoxica-isquémica grave se produjo durante la cirugía*”, los peritos del Cuerpo Médico Forense respondieron que ello se produjo luego del paro cardiorrespiratorio.

En base a ello, afirmó que no existió daño hipóxico isquémico previo, como sugirió la sentencia en reiterados pasajes.

p. Contra el modo en que el *a quo* ponderó el testimonio del perito de la defensa, tachándolo de falaz en varias oportunidades, reiteró que sí era cierto que la paciente registró un descenso importante de la frecuencia cardíaca –menos de 50 ppm– cerca de las 9 h., y no desde las 8.50, como sostuvo el juez de grado. Respaldó esa objeción con un extracto del gráfico de tendencias (fs. 26 del recurso) y, nuevamente, con un extracto de lo afirmado por el propio perito de la querella, el Dr. F., en el peritaje de fs. 168/176.

q. Además, tachó de arbitraria la afirmación de la sentencia relativa a que existió una conexión –con efectos clínicos en la paciente– entre la desaturación registrada entre 8.23 y 8.28 h., y el descenso de la frecuencia cardíaca que habría tenido lugar desde 8.45 h. en adelante. Sobre el punto, enfatizó que el perito forense Dr. Hernán P. descartó esa vinculación. Señaló que el magistrado no contaba con los conocimientos científicos neC.s para semejante afirmación.

r. Con relación a la afirmación del fallo consistente en que el Dr. Beltrán omitió reconectar el pulsioxímetro y decidió continuar la operación prescindiendo de la información que dicho dispositivo arroja (pulso y saturación), el recurrente dijo que el juzgador, arbitrariamente, le otorgó preeminencia a uno de los dos





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

gráficos de tendencia, en donde no se plasmó la recuperación de la curva de saturación (que sí se ve en el gráfico de la máquina del quirófano), lo que sería un signo de que la reconexión del sensor de oxímetro sí se realizó, como declaró el imputado.

Afirmó que lo sostenido en el fallo en cuanto a que no existió registro de la curva de saturación de oxígeno durante toda la operación no era cierto, ya que el Dr. Beltrán registró los valores de SpO2 en su parte; y, además, de haber existido esa falta de registro, no podía pensarse que la cardióloga monitorista no lo advirtiera, ya que ese valor se transmitía en su monitor central.

s. Sobre la afirmación del juzgador consistente en que Beltrán aplicó la atropina tardíamente (cerca de las 9 h.), luego de quince minutos de un descenso constante de la frecuencia cardíaca, la defensa objetó que, tal como surgía de los peritajes –e incluso de la observación del propio perito de la querrela plasmada en el informe de fs. 168/176– la paciente se mantuvo con una frecuencia de 60 latidos por minuto incluso hasta 8.52 h., siendo éste un valor de estabilidad.

t. Respecto de la supuesta conducta silente del Dr. Beltrán para con el resto del equipo, la defensa resaltó que el fallo no toma en cuenta que recién 9.01 h., tuvo lugar un signo de alarma con significación clínica, oportunidad en la que el imputado avisó que algo le ocurría a la paciente.

Además, destacó que, pese a lo asentado en el fallo, el Dr. Beltrán sí participó de las maniobras de reanimación realizadas a C., junto con la cardióloga A..

**4.1.** A modo conclusivo, el recurrente alegó que ninguno de los presupuestos invocados en la sentencia lograron ser acreditados más allá de toda duda, con el grado de certeza exigible para fundar la condena dictada.

Aseveró que el razonamiento expuesto en la sentencia era contrario al criterio sentado por la jurisprudencia del Máximo



Tribunal, en la que se destacó la relevancia de los informes elaborados por los peritos del Cuerpo Médico Forense, por su imparcialidad y corrección. En ese sentido, dijo que no era posible apartarse de sus dictámenes otorgándole primacía a otras opiniones que no cuentan con idéntico respaldo.

Expuso, en definitiva, que no se había acreditado una violación al deber de cuidado de parte del Dr. C. Beltrán, quien cumplió todos los deberes a su cargo; y, que, si se produjo un resultado disvalioso, éste no podía atribuirse a su inacción.

Recalcó que la ausencia de una autopsia no podía soslayarse, ya que se trata de un procedimiento complejo, sistemático, metódico e ilustrativo, que hubiera permitido determinar la causa y el mecanismo de la muerte.

Sobre la cuestión relativa a si sonaron las alarmas, recordó que no era concluyente; y, que, lo determinante es que la más importante, la que anuncia el paro cardíaco, sonó; la hayan escuchado o no el resto de los presentes. Agregó que, en todo caso, no estaba acreditado que el anestesiólogo requiriera de esos sonidos para proceder, por cuanto estuvo atento a la evolución de la paciente, observando sus signos vitales y actuando conforme las reglas del arte de curar.

Para finalizar, remarcó que no existía certeza acerca de que los hechos ocurrieron como la acusación los presentó ni de la responsabilidad de Beltrán en el resultado final ocurrido.

### **La solución del caso**

5. La posición del *a quo* en cuanto a la responsabilidad penal de C. Beltrán en la muerte de M. M. C. puede resumirse del siguiente modo:

a. C. Beltrán contaba no solo con el conocimiento – producto de su extensa experiencia– sino con todo el equipamiento





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

neC. para atender rigurosamente los parámetros vitales de la paciente.

b. Pese a ello, omitió, imprudentemente, tomar una acción positiva frente a la progresiva caída de los valores vitales de la paciente al punto que, cuando adoptó una medida –la aplicación de la droga atropina– ésta fue previsiblemente ineficaz –se produjo el paro cardiorrespiratorio–.

c. Sin perjuicio de que no se contaba con una autopsia ni se pudo determinar científicamente las condiciones orgánicas que produjeron la muerte de M. M. C., lo determinante era que Beltrán omitió realizar las acciones que estaba en condiciones de hacer, **para no incrementar** la posibilidad de que ese riesgo acontezca.

d. Al especificar concretamente en qué consistieron los incumplimientos a su deber de cuidado, detalló: que Beltrán **1)** anuló o disminuyó el funcionamiento de las alarmas que habrían servido para alertar al resto del equipo médico de las situaciones clínicas de interés; **2)** que prescindió de la información que debía reportar el pulsioxímetro en el monitor de la máquina “Dräger” (saturación y pulso).

El juez de grado resaltó que el anestesista desatendió el proceso causal iniciado con la desaturación registrada desde las 8.20 hasta las 8.28 h. y que esa caída fue permanente hasta después de finalizada la operación. A ello, adunó que a esa caída de la saturación se le sumó, luego, el descenso de la frecuencia cardíaca (desde las 8.45 h.) y el cuadro de bradicardia (menos de 50 latidos por minuto), por lo menos diez minutos antes del paro cardíaco (9.03 aproximadamente), pese a lo cual el médico no adoptó medida alguna sino hasta minutos antes de que éste se produjera.



Enfatizó que ambos procesos clínicos (la desaturación registrada a las 8.23 h., y el descenso de la frecuencia cardíaca que ubicó a las 8.45 h.) estaban relacionados.

e. Sobre la conducta “diferente” que el profesional debió adoptar, dijo que debió avisar al cirujano acerca de la caída gradual de oxígeno y del pulso, para que éste decidiera si interrumpía o no la operación.

Como quedó resumido, se observa que el *a quo* le endilga cuatro géneros de fallas al imputado C. Beltrán, las que habrían contribuido a incrementar el riesgo de producción del paro cardíaco – y, con ellos, las consecuencias orgánicas severas que llevaron a la muerte de la paciente–. Éstas son: **1)** haber silenciado o disminuido las alarmas que habrían alertado al resto del equipo médico de eventos clínicos de relevancia para la salud de la paciente; **2)** haber transitado la mayor parte de la operación prescindiendo de las mediciones del pulsioxímetro; **3)** no haber tomado ninguna medida frente al descenso de la saturación de oxígeno registrado desde las 8.23 h. (curva que, según el tribunal, no se recuperó hasta después de las 9 h.); y **4)** haber dejado pasar aproximadamente 15 minutos (desde 8.45 h. hasta las 9 h.) sin tomar una medida eficaz para revertir el progresivo descenso de la frecuencia cardíaca, que desencadenó, finalmente, en un paro cardiorrespiratorio.

El repaso de la prueba producida alrededor de estos cuatro ejes permitirá, en definitiva, establecer si las afirmaciones del fallo han sido debidamente justificadas en la prueba rendida o si, por el contrario, y como afl. la defensa, el temperamento adoptado por el *a quo* no encuentra sustento en ella. Ello permitirá confirmar, a su vez, si efectivamente C. Beltrán incumplió deberes de cuidado a su cargo y si la muerte de M. M. C. puede ser considerada consecuencia de dicha violación.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

### **Acerca de la programación del monitor “Dräger” Delta Series XL y el sonido de las alarmas durante la operación**

**5.1.** Sobre la cuestión, se cuenta con lo declarado por el Dr. C. Beltrán, quien afirmó que el día del hecho chequeó, como era costumbre, la mesa de anestesia y, luego, revisó “...*que todos los monitores estén encendidos y las alarmas ajustadas en niveles adecuados...*”.

El imputado afirmó que, pasados unos diez minutos desde el comienzo de la operación, la paciente metabolizó el relajante suministrado y ello produjo algunos movimientos corporales, lo que coincidió con la desconexión del oxímetro de pulso (con la consecuente pérdida de registro). Esa circunstancia, dijo, lo obligó a controlar el sistema respiratorio de la paciente (sin encontrar ninguna alteración) y a reacomodar el sensor en el dedo de aquella (lo que le permitió ver, a los pocos minutos, la recuperación del registro del oxímetro).

En lo que interesa en este apartado, Beltrán aseveró que se activó una alarma cuando el pulsioxímetro se desconectó del dedo de C. y cuando ella entró en paro cardiorrespiratorio.

Además, aclaró que, por tratarse de una paciente joven, el monitor se programa para que la alarma de frecuencia cardíaca se active por debajo de los 45 latidos por minuto.

En primer lugar, se advierte que, en lo relativo a la programación de las alarmas y la verificación de que, antes del comienzo de la intervención quirúrgica, todo estuviera en condiciones normales de funcionamiento, no solo se cuenta con las afirmaciones del Dr. C. Beltrán.

Como se repasó, el imputado dijo que chequeó que las alarmas estuvieran “ajustadas en los valores adecuados”; y ello encuentra una importante validación en lo que surge de la hoja 7 de la historia clínica de M. M. C..



Allí obra la “planilla de inspección de Monitor Dräger Infinity Delta XL” (el monitor multiparamétrico ubicado en el quirófano n° 3), que no es otra cosa que un check list que –según reza el documento– se realiza antes de “*cada utilización del monitor y la central de monitoreo*”.

La planilla tiene un primer apartado dedicado al “monitor hemodinámico”, en el que el profesional a cargo de realizar la revisión respalda con una tilde la verificación o no de los ítems allí apuntados. La compulsa de la hoja demuestra que se realizaron los siguientes controles:

“✓ Verificar la base del monitor, la misma debe encontrarse en la posición del candado cerrado.

(...)

✓ Ingresar el tipo de paciente (Adulto, Pediátrico, Neonatal).

✓ **Configurar el volumen de las alarmas al 100%.**

✓ **Verificar que las alarmas de los siguientes parámetros estén activadas: (ECG, SpO2, etCO2, PSN (PNI), Frec. Resp. T°C.P invasiva (en caso neC.)).**

(...)

Cabe resaltar, además, que el ítem dedicado al caso de que se modifique alguna alarma o se defina la monitorización de un parámetro distinto a los mencionados antes, no fue tildado, de lo que se deduce que no se produjo ninguna alteración de los parámetros y límites definidos.

En cuanto al segundo apartado de la planilla (2), titulado “Central de monitoreo”, se observa que la leyenda “Verificar en la central de monitoreo la correcta monitorización del paciente y su correlación entre el número de quirófano (...) e indicación en la pantalla central” aparece señalado.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

Lo relevante es que este ejercicio de comprobación, del que surge que antes del inicio de la operación las alarmas estaban **configuradas al 100% de su volumen**, fue realizado por la cardióloga monitorista Dra. G. A., única firmante del documento en cuestión (además del director del Sanatorio Los Arcos, Dr. J. L.). El imputado C. Beltrán, por su parte, aparece firmando la planilla de inspección de la mesa de anestesia “Dräger Fabius GS y CE” (fs. 11 de la historia clínica).

Cabe resaltar que, al contrario de lo afirmado por la querellante durante la audiencia prevista en el art. 465, CPPN, la monitorista no sólo se ocupó de corroborar los parámetros mínimos y máximos preestablecidos para cada variable, sino que surge de la planilla citada que supervisó que el volumen de las alarmas estuviera en su máxima capacidad.

Es decir que, la aseveración del imputado acerca de que las alarmas fueron configuradas como es de forma (sonido al 100% y sobre variables vitales de relevancia, como frecuencia cardíaca, saturación, pulso, eliminación de dióxido de carbono, etc), tiene respaldo en la documental señalada, cuya confección estuvo a cargo de otra profesional (quien fue absuelta en el debate oral y público), lo que importa un doble conforme acerca de que, antes de comenzar la operación, las alarmas fueron correctamente programadas.

Sobre esa base, cabe estudiar si se ha configurado o no un cuadro de duda en punto a si, como afl.el imputado, sonaron algunas alarmas durante la operación –lo que el *a quo* niega en base a la declaración de testigos–.

El juzgador afirmó que los testigos Dr. S. T. (ayudante del cirujano Dr. Gabriel B. durante la operación), la instrumentadora P. M. y la enfermera circulante S. V. C. declararon que, durante la operación, no sonó ninguna alarma.



Al repasar los dichos de éstos, se advierte que ello es cierto respecto de los testigos T. y C.; y, que, la instrumentadora P. M. dijo que cuando C. Beltrán anunció que la paciente entró en paro no escuchó alarma alguna, pero “...que no recordaba esa parte” (fs. 39 de la sentencia).

Ahora bien, alrededor del asunto que se discute, la defensa opuso durante el juicio y ahora en su recurso de casación, una cuestión que la sentencia no ha abordado y, en consecuencia, ha dejado sin respuesta.

Al respecto, recordó que, como declaró el imputado en su indagatoria, todas las alarmas podían apagarse, con excepción de la de “paro cardíaco” y de “fibrilación ventricular”. Y resaltó que dicha afirmación aparecía respaldada en el manual del usuario de la máquina “Dräger Infinity Delta Series Software VF8” (página 170 del pdf de dicho documento, incorporado como prueba al debate), en el que podía leerse que “los valores para asistolia (ASI) y fibrilación ventricular (FIB) no pueden modificarse”.

En contra de esta observación, la querellante manifestó que lo señalado por la defensa sólo era cierto en tanto estuviera operativa la vigilancia de “arritmia”, variable cuyo control no fue incluido en el monitoreo hemodinámico, que sólo supervisó la frecuencia cardíaca (Fc), el pulso (PLS), la saturación de oxígeno (StO2), la capnografía y la presión no invasiva. En ese sentido, apuntó que al no estar operativo el control de “arritmia”, las alarmas sí podían disminuirse.

Ahora bien, según se ve en el cuadro de la página 170, los valores disponibles para fijar el grado de alarma de un evento de arritmia son “alta”, “media”, “baja” y “apagado”, pero se exceptúa de tal modificación a los eventos “asistolia” y “fibrilación ventricular”.

Cabe traer aquí que, tal como surge del apartado “5-3” del manual (página 101), el monitor “Dräger” dispone de tres





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

prioridades de alarma: alta, media y baja, asociándose a cada prioridad, a su vez, tres variantes de tonos de alarma (Infinity, IEC1 e IEC2, según se explica a fs. 102).

En lo que aquí interesa, el evento asistolia (pérdida de la actividad cardíaca por más de 4 segundos, según indica el manual a fs. 165) está predefinido como de prioridad “alta”. Y, como se citó más arriba, los valores predefinidos de este evento de arritmia no pueden modificarse.

En cuanto a lo señalado por la querellante, son necesarias algunas observaciones.

En primer lugar, resaltar que el “control de arritmia” no es en sí una variable vital como puede ser la Fc, la StO<sub>2</sub>, PLS, etCO<sub>2</sub> e iCo<sub>2</sub> (capnografía). Se trata, más bien, de un modo de vigilancia que permite al monitor procesar datos de distintos eventos, tales como asistolia (ASI), fibrilación ventricular (FIB), taquicardia ventricular (TAV), corrida ventricular (RUN), entre otros que surgen de la tabla presente en fs. 165/166 del manual de usuario de la máquina Dräger.

Ahora bien, de la tabla de fs. 167, que ilustra los distintos modos de vigilancia de ARR (arritmias), surge que, aun cuando dicha vigilancia estuviera apagada, el monitor todavía procesa los eventos asistolia (ASI), fibrilación ventricular (FIB), cuyos niveles de alarma, como se dijo, no pueden editarse.

A su vez, en la parte final de la hoja citada, el manual contiene una importante advertencia, la cual reza que “...cuando la alarma FC está apagada y la vigilancia de ARR está apagada, el monitor no puede generar alarmas ASY/VF...” (asistolia y fibrilación ventricular).

No obstante, la tabla de fs. 167 también ilustra que, si se encuentra encendido el modo de vigilancia de arritmia –sea en la opción “básica” o “completa” –, en la pantalla del monitor Dräger figura el símbolo “ARR”, debajo del símbolo “FC”; por el contrario,



dicho símbolo se encuentra ausente cuando la vigilancia de ARR está apagada.

La relevancia de esta última observación radica en que, en el gráfico de tendencias de fs. 1 de la historia clínica, que corresponde precisamente al extraído del monitor de la máquina Dräger, puede verse, en la esquina superior derecha, que debajo del símbolo “FC” figura el de “ARR”, lo que implicaría que, efectivamente, el control de arritmias estaba encendido.

Lo descripto, ante la ausencia de una explicación directa por parte del juzgador, cimienta un cuadro de duda que no puede ser resuelto en contra del imputado.

Es que, si se parte de la circunstancia, constatada documentalmente, de que las alarmas para cada variable vital fueron activadas y sus volúmenes colocados al 100% (planilla de foja 7 de la historia clínica, firmada por la cardióloga monitorista y, en igual sentido, la afirmación del imputado en su indagatoria), se aprecia como altamente probable que, ante la producción de un evento determinado (como la presunta desconexión del pulsioxímetro o el paro cardíaco), efectivamente las alarmas se hayan disparado. Máxime cuando, sobre este último acontecimiento, una lectura *de lego* (en tanto el suscripto no posee conocimientos técnicos específicos) del manual parece indicar que los valores asociados a esa alarma no pueden modificarse y, por ende, apagarse; y que, además, el modo “control de arritmias” estaba encendido, de modo que los niveles de alarma de asistolia eran inmodificables. Así lo ilustra el dibujo, sólo ejemplificativo, que luce a fs. 169 del manual, sobre los eventos “ASI” (asistolia) y “FIB” (fibrilación ventricular), en donde el valor “alarma” no aparece editable (ver fila 1 y 2 de la ilustración).

No puedo dejar de resaltar que se trata aquí de un cuadro de incertidumbre, por cuanto, si bien dos testigos negaron haber escuchado alguna alarma durante la operación (la instrumentadora





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

M. dijo no recordar, concretamente, si sonó la de paro cardíaco), sus afirmaciones quedan resentidas con la descripción técnica que trae el manual respecto de la alarma de asistolia.

A este panorama cabe agregar una acertada observación realizada por la defensa, que la sentencia también ha dejado sin respuesta, vinculada con un pasaje de la declaración de la enfermera circulante C..

La testigo declaró que cuando escuchó que el Dr. Beltrán avisó al cirujano que debía comenzar el masaje cardíaco “...{salió} *corriendo por el pasillo para gritar por la cardióloga, quien ya estaba viniendo a metros de la puerta...*” (fs. 41 de la sentencia). Con atino, el recurrente se preguntó si, acaso el hecho de que la cardióloga ya estuviera dirigiéndose hacia el quirófano n° 3, no era un signo de que ésta ya conocía la existencia de la emergencia suscitada producto de la alarma de paro cardíaco –que, según era de su competencia, debió advertir a través de la central de monitoreo en donde hace el seguimiento de las variables vitales de cada paciente de los seis quirófanos que controla–.

En definitiva, frente a las objeciones de la defensa no contestadas en el fallo, no puede respaldarse aquí, sin más, la afirmación de que durante la intervención quirúrgica de M. M. C. no sonó ninguna alarma.

El acusado señaló que sonaron en dos oportunidades: primero, en virtud de la desconexión del pulsioxímetro (lo que se evaluará a continuación) y luego cuando se produjo el paro cardiorrespiratorio. La prueba rendida (testimonial y documental) apunta en direcciones contrarias y, por su parte, *a quo* no ha cumplido con el deber de fundamentación exigible, al dejar sin contestar objeciones (conducentes) de la defensa sobre una cuestión de la que, luego, extrajo un incumplimiento de deber por parte del imputado: haber anulado o disminuido el funcionamiento de las alarmas e



incumplido, así, su obligación profesional de diagnosticar adecuadamente a la paciente bajo su cuidado (fs. 179).

Es posible agregar que, en efecto, ninguno de los testigos presentes en el quirófano afirmó haber visto a Beltrán disminuir o anular el sonido de las alarmas. Ello, de por sí, frente a la programación inicial del sistema por parte de la cardióloga monitorista, revelaría una acción por demás temeraria para cuya aseveración el *a quo* debió necesitar prueba directa, dado que no basta aquí con un juicio hipotético.

A la par, conviene señalar, también, la inconveniencia de tener que realizar, en esta instancia, apreciaciones en punto a si el “control de arritmias” estaba encendido y si ello implicaba que la alarma de asistolia no podía modificarse en modo alguno, aun cuando ello parece deducirse de una lectura tanto del manual como de la gráfica de tendencias de fs. 1 de la HC. Lo conveniente –y exigible– habría sido que el tribunal abordara la cuestión introducida oportunamente por la defensa en sus alegatos y coadyuvara a despejar el cuadro de dudas que ahora se presenta.

Por lo dicho y por aplicación de la regla prevista en el art. 3, CPPN, en lo que hace a la reconstrucción de la conducta de C. Beltrán durante el evento juzgado, he de descartar que el imputado “anuló” o “disminuyó” el funcionamiento de las alarmas de la máquina “Dräger”.

### **Acerca de si el Dr. C. Beltrán prescindió de la medición de las variables de saturación (SpO2) y pulso (PLS) brindadas por el pulsioxímetro**

**5.2.** El juez de grado sostuvo que, si bien no podía afirmarse que el imputado haya prescindido “intencionalmente” del dato brindado por el pulsioxímetro (saturación de oxígeno y pulso), fue evidente que continuó desarrollando su labor, o bien “a ciegas”, o bien –como declaró–, obteniendo de manera clínica –sobre el cuerpo





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

de la paciente– los parámetros esenciales que necesitaba para cumplir su rol (saturación y pulso). Valoró que, en esta segunda alternativa, desarrolló su actividad de manera negligente e imprudente, “*prescindiendo voluntariamente de una fuente de información esencial para cumplir correctamente su trabajo*”.

Ahora bien, el punto de partida de la conclusión del *a quo* es la pérdida de registro de la curva de saturación visible tanto en el gráfico de tendencias de la máquina Dräger ubicada en el quirófano n° 3 (fs. 1 de la historia clínica) y el gráfico de tendencias correspondiente a la central de monitoreo (fs. 218 del expediente).

Conforme surge de los peritajes realizados en autos y como se adoptó también en la sentencia (sin que existiera controversia al respecto), aproximadamente a las 8.23 h., la curva de saturación (SpO2) registra un descenso constante.

Ahora bien, en lo que difieren uno y otro gráfico, es en que, mientras que en el primero señalado no se observa recuperación de esa curva sino únicamente la pérdida del registro desde las 8.28 h.; en el gráfico obrante a fs. 218 sí se observa una recuperación (un ascenso), previa a la desaparición del registro.

A propósito de este gráfico, que los profesionales del Cuerpo Médico Forense tuvieron a disposición recién en su tercera intervención (fs. 229/230), se asentó que allí se observaba **una caída de la saturación de oxígeno de tres minutos con inmediata recuperación** y que luego no constaba registro hasta las 8.58 h (ver fs. 229). Ello fue reiterado en el informe de fs. 482/487 (ver fs. 483) y en el de fs. 550/557 (ver respuesta “1”).

Sin perjuicio de la afirmación de los forenses en punto a que, según la gráfica de fs. 218, existió una recuperación de la mencionada curva de saturación, el *a quo* aseveró que ello no ocurrió. A fs. 184 (último párrafo) de la sentencia puede leerse que, según consideró el sentenciante, la caída del registro SpO2 fue permanente



*“hasta después de finalizada la operación”. Y sostuvo que “...la subida registrada en el gráfico de fs. 218, sobre la que insistió la defensa...fue explicada por testigos que depusieron en el juicio, como el resultado de unir puntos, de parte de la impresora de la que se habría obtenido el citado gráfico” (el resaltado me pertenece).*

Al respecto, corresponde resaltar que, cuando el juzgador afl. que “los testigos” explicaron que la “subida registrada en el gráfico de fs. 218” fue el “resultado de unir puntos de parte de la impresora”, se refiere únicamente a lo declarado por el perito médico D. J. S..

Huelga aclarar que la opinión del profesional no fue dada en el marco de los informes que él suscribió junto con el ingeniero J L. L. y el bioingeniero Claudio Agüero, entre otros. En rigor, en los peritajes de fs. 448/449 y 453/454, los profesionales se expidieron acerca de las interferencias electromagnéticas en el quirófano y la posibilidad de que dichas perturbaciones alteren el funcionamiento de los monitores o hayan afectado el comportamiento de las mediciones de saturación y frecuencia cardíaca.

No obstante, al opinar largamente en el debate acerca de las posibles implicancias clínicas de los registros de ambos gráficos de tendencias (el de fs. 1 de la historia clínica y el de fs. 218), explicó que el registro de fs. 218 “...captó como una línea el punto que va de 50 a 100 y luego se pierde registro...” (valores de la curva SpO2) y se expidió sobre la posible hipoxia sufrida por C. tomando como cierto que el registro de saturación no se recuperó antes de que desapareciera su registro.

Ahora bien, en contra de la afirmación del testigo, se cuenta, como se vio, con la opinión de los médicos forenses P. y R., quienes sí dieron crédito de la existencia de una recuperación de la curva de SpO2. Pero, además, al observarse el gráfico de fs. 1 de la HC, se advierte que el comportamiento de la curva PLS (pulso,





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

también tomada por el pulsioxímetro) demuestra que dicha variable continuó registrándose minutos después de que desapareciera el registro de la curva de saturación del gráfico.

Ese dato, valorado conjuntamente con el ascenso de la curva de SpO2 registrado en el gráfico de fs. 218, no permite descartar, como hace el tribunal, la hipótesis sostenida por el imputado acerca de que reconectó el pulsioxímetro luego de que se saliera del dedo de la paciente. De hecho, podría considerarse que respalda la existencia de esa acción. Dicho en términos simples: si luego del descenso de una variable (que el imputado justificó en el desprendimiento del aparato que lo mide) se registra su ascenso (coincidente con la reconexión señalada por Beltrán) y, además, existe continuidad del registro de la segunda variable tomada por aquel dispositivo (PLS), se configura una fuerte presunción de que éste fue, efectivamente, reconectado.

Nuevamente, por imperio de la duda y, en tanto la prueba producida no contradice –aunque así lo valore el tribunal y la querellante– su versión, ha de estarse a lo dicho por el imputado en cuanto a que reconectó el pulsioxímetro y continuó anotando los valores de saturación (99% hasta 8.50 h.) desde el monitor de la máquina Dräger.

Desde otro ángulo, podría señalarse que si fuera cierto que Beltrán prescindió de la información que brinda el pulsioxímetro hasta después de terminado el acto quirúrgico (debido a que, en los gráficos de tendencias, se restablece el registro de la saturación y el pulso cerca de las 9.05 h., aproximadamente), alguna de las personas presentes en el quirófano tras las maniobras de reanimación practicadas a C. (T., M., C., B. o A.) deberían haber observado la reconexión tardía del dispositivo de parte del anestesista, algo a lo que nadie hizo referencia.



En definitiva, la aseveración realizada en la sentencia acerca de que C. Beltrán ejerció su labor a ciegas o únicamente bajo la observación clínica (sobre el cuerpo) de su paciente, no aparece suficientemente fundada, por lo que no puede imputársele, al respecto, ninguna omisión a su deber de vigilancia y asistencia.

**Sobre la omisión de adoptar una medida efectiva frente al descenso de la saturación de oxígeno registrada desde las 8.23 h. y hasta después de las 9 h.**

**5.3.** Como se trató previamente, es un hecho indiscutido que, según ambos gráficos de tendencias (de la máquina Dräger a fs. 1 de la HC y el de la central de monitoreo de fs. 218), a las 8.23 h., se registró un descenso de la curva de saturación de oxígeno (SpO<sub>2</sub>).

El juzgador puso de relieve que dicho descenso no aparecía informado en el parte confeccionado por el anestesista (fs. 10 de la HC), quien anotó de modo constante una saturación de 99% hasta las 8.50 h., a raíz de lo cual cuestionó el valor científico de ese parte.

En lo que más interesa en este apartado, sostuvo que Beltrán no adoptó ninguna medida –ni alertó al resto del personal médico– pese a la desaturación registrada entre las 8.23 h. y las 8.28 h. (cuando se pierde el registro de la curva en ambos gráficos), siendo que dicho evento (anoxia) era apto para causar bradicardia y paro cardíaco, lo que, precisamente, sufrió M. M. C. desde aproximadamente las 8.45 h (extremo que será estudiado en el título siguiente).

Cabe resaltar que, a criterio del juzgador, ambos eventos (la supuesta anoxia registrada desde las 8.23 h. y la bradicardia que habría comenzado desde las 8.45 h.) estuvieron conectados.

En este punto, es preciso repasar qué se dijo del mencionado descenso de la curva de saturación en los peritajes realizados en autos, en confronte con lo dictaminado por el perito de





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

la parte querellante, a fin de establecer si las conclusiones extraídas por el *a quo* encuentran respaldo probatorio.

No debe olvidarse que, como se resumió, la defensa alegó que el juzgador se apartó abiertamente de las consideraciones de los peritos forenses y que recurrió, incluso, a “razonamientos de buena fe” por sobre el conocimiento científico de los profesionales médicos, lo cual se traduciría en un supuesto de arbitrariedad de la sentencia.

El tenor de esta crítica obliga a hacer algunas consideraciones previas acerca de la prueba pericial.

Al respecto, es conocido que la reconstrucción histórica de los hechos que integran el objeto procesal implica, generalmente, el conocimiento de circunstancias que, mediante inferencias encadenadas, pueden conducir a los sucesos de interés. En esa tarea, es frecuente que alguna de las circunstancias, ya sean principales o accesorias, refieran a cuestiones sobre las que el juez como destinatario de la prueba no tenga los conocimientos suficientes como para poder apreciarlas y en consecuencia continuar eficazmente la cadena de inferencias. Frente a esa dificultad es que se recurre al auxilio de expertos para que ilustren al juez sobre conocimientos de los que carece, vinculados a cuestiones técnicas diversas, arte o especialidades vinculadas a las circunstancias que se desconocen del proceso<sup>2</sup>.

En ese marco, con prescindencia de la capacidad, experiencia y cultura del juzgador, no le está permitido a éste prescindir del auxilio del perito, es decir, reemplazarlo por su propio conocimiento personal sobre la cuestión que se presenta.

No se trata, tampoco, de que exista un desplazamiento de la actividad jurisdiccional desde el juzgador hacia el perito; en efecto, la actividad pericial no es de por sí vinculante.

<sup>2</sup> JAUCHEN, Eduardo M., Tratado de Derecho Procesal Penal, ed. Actualizada, Tomo III, Santa Fe, Rubinzal-Culzoni, 2022, pág. 433.



El juez debe valorar el dictamen pericial conforme los principios de la sana crítica y la libre convicción, observando y consider. no sólo las conclusiones definitivas a las que el perito arribó, sino también las operaciones y prácticas que para ello ha efectuado, junto con los fundamentos y las razones con las que sustenta aquéllas.

No obstante, si bien el órgano jurisdiccional no está obligado con el resultado de la pericia, para separarse de éste deberá expresar explícita y razonadamente los fundamentos de tal apartamiento, dado que el disenso con el dictamen técnico no puede ser antojadizo y arbitrario. Entre las causas por las cuales el juez puede apartarse de las conclusiones de los peritos, Jauchen señala: “a) *Contradicción con el resto de las pruebas: Sólo será así cuando el resultado al que han llegado los peritos no comulgue y resulte gruesamente contradictorio con el resto del material probatorio...*b) *Que resulte a todas luces inverosímil: ya sea por ser contrario a las leyes de la naturaleza o a los más elementales principios de la lógica...*c) *Que esté viciado de alguna falencia que lo descalifique como tal, o que corresponda su nulidad...*d) *Que resulte vacío de contenido: Por ser notoriamente deficiente en sus fundamentos, o falto total de claridad...*”<sup>3</sup>.

Sentado lo anterior corresponde, ahora sí, repasar el contenido de los peritajes realizados y el tratamiento dado por el juzgador.

En el informe de fs. 144/153<sup>4</sup>, ante la consulta para que se “*aclare el significado de la curva de SpO2 y las consecuencias que acarrea el descenso de sus valores, constatado desde las 8:23 horas hasta las 9:00 horas*”, los profesionales respondieron:

---

<sup>3</sup> *Ibíd*, pág. 469.

<sup>4</sup> Firmado por los médicos forenses H. N. P. y Ricardo Chevarlzk, y por peritos de parte Marian Flichman, J. J. F. y Ana M. Borelli.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*“La saturación de oxígeno según el parte anestésico no tiene registro entre las 8:50 horas y las 9:00 horas. Durante ese período lo que se registra es el descenso de la frecuencia cardíaca.*

*“Si el descenso fuera real, la consecuencia es una hipoxia” (el resaltado me pertenece, fs. 146).*

En el informe de fs. 168/176<sup>5</sup>, frente a la consulta para que se aclare *“las consecuencias que acarrea el descenso de la curva de SpO2 constatado en el gráfico de tendencias desde las 8:23 y 9:00 horas”*, se respondió que *“...[e]l descenso de la saturación de oxígeno acarrea de ser real hipoxia”* (el resaltado me pertenece, fs. 169).

Luego, para que respondan si *“...la caída constatada en el registro gráfico de saturación de oxígeno pudo haber causado el paro cardiorrespiratorio de M. M. C.”* dijeron: *“Si, una caída de saturación de O2 de esa magnitud pudo desencadenar un paro cardiorrespiratorio en la paciente que nos ocupa”* (fs. 169).

En la respuesta n° 16 del documento, consultados los profesionales si *“...de acuerdo a las gráficas de tendencias, si la paciente estuvo o no en hipoxia y durante cuánto tiempo”*, dijeron:

*“Según el gráfico de tendencias, hay una caída marcada de los valores de SpO2 brusca entre las 8.22 horas y las 8.28 horas, luego no existe más registro de saturación de SpO2.*

*“Si tomamos en cuenta y damos como real esta caída no es posible explicar que la paciente haya estado media hora sin el aporte de oxígeno.*

*“Contestando puntualmente la pregunta, la paciente estuvo en hipoxia no pudiéndose precisar con los elementos que contamos, cuánto tiempo exactamente”* (fs. 176).

Debe aclararse que, para la realización de estos dos estudios, los profesionales intervinientes contaron únicamente con el

---

<sup>5</sup> Firmado por los médicos forenses H. N. P. y Ricardo Chevarlzk, y por peritos de parte Marian Flichman, J. J.F. y Ana M. Borelli.



gráfico de tendencias de fs. 1 de la historia clínica (obtenido de la máquina Dräger), en el que la curva de SpO2 marcaba un descenso (desde las 8.23 h.) sin recuperación y con pérdida total del registro hasta después de las 9 horas, lo que explica la estructura de la pregunta. Esa situación se modificó con la incorporación del gráfico de tendencias de fs. 218 (obtenido de la central de monitoreo y aportado por el imputado en el escrito de fs. 219), lo que motivó la realización de un tercer peritaje.

Así, en el informe de fs. 229/230<sup>6</sup>, ya con relación a ese gráfico, los profesionales señalaron:

*“...hay una caída de saturación de oxígeno de tres minutos con inmediata recuperación y luego no consta registro electrónico hasta las 8.58 horas”.*

Por su parte, el perito de la querrela J. J F. asentó que *“...sí tuvo en cuenta el gráfico y mantiene sus dichos”* (fs. 229).

En tanto, el perito de la defensa C. S. dijo: *“...que el registro gráfico que muestra la recuperación es coincidente con el resto de las variables hemodinámicas del paciente y con los valores consignados en el parte anestésico”.*

A continuación –y sin que se marcaran disidencias al respecto– los profesionales informaron que: *“Independientemente de la gráfica de fs. 73 (se refiere a la de fs. 218), sostenemos que fisiopatológicamente no puede ningún paciente permanecer sin aporte de oxígeno durante más de 40 minutos, como ya lo expresáramos en la respuesta n ° 16 que obra a fs. 176”* (fs. 160).

En el cuarto peritaje de fs. 482/487<sup>7</sup>, ante la pregunta sobre si la baja de los valores de oxígeno visible en las gráficas de

---

<sup>6</sup> Firmado por los médicos forenses H. N. P. y Ricardo Chevarlzk, y por peritos de parte C. Salguero, J. J F. y Ana M. Borelli.

<sup>7</sup> Firmado por los médicos forenses H. N. P. y C. R., y por peritos de parte C. Salguero, Mariana Flichman y Ana M. Borelli. Allí se dejó asentado que, ante la ausencia del perito de la parte querellante, J. J F., el Ministerio Público Fiscal autorizó la realización de la junta médica.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

tendencias *“fue anotada en la historia clínica por el anestesista”*, se respondió:

*“El anesestesiólogo consignó regularmente los valores de Saturación de oxígeno hasta el último registro de SatO2 a las 8:50 hs con un valor de 99%. Luego de ese registro es cuando se consigna el evento hemodinámico con maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP)”* (fs. 483).

En la respuesta 6, ante la pregunta consistente en *“...cuál era el estado del resto de las variables hemodinámicas de la paciente durante los 3 minutos de la caída de registro de saturación, a las 8:23 hs.”*, indicaron: *“Una tensión arterial de 100-110/70, una frecuencia cardíaca de 70x por minuto y una capnografía de 35mmHg”* (fs. 485).

En el punto 7, consultados sobre *“...cuáles fueron los valores promedio de tensión arterial, frecuencia cardíaca y Etco2 desde las 8:23 hs hasta las 8:58 hs.”*, respondieron: *“Los valores de tensión arterial, frecuencia cardíaca y capnografía se mantienen estables en los valores consignados previamente, comenzando su descenso brusco a partir de las 08:50 hs aprox. Como expresamos en informe anterior el gráfico de tendencias coincide con la caída de frecuencia cardíaca expresado en el parte anestésico”* (el resaltado me pertenece, fs. 485).

Finalmente, se realizó un quinto y último peritaje, obrante a fs. 550/557<sup>8</sup>, del cual surgen cuestiones de sumo interés en torno a la cuestión que ahora se estudia (recordemos: si existió un cuadro de desaturación desde las 8.23 h., desatendido por el imputado Beltrán).

Según los puntos de pericia opuestos a fs. 524, se les solicitó a los profesionales que:

---

<sup>8</sup> Firmado por los médicos forenses H. N. P. y C. R., y por peritos de parte C. Salguiro, Ana Gloria Aramburu, Horacio Canto, Mariana Flichman y J. J F..



*“Especifique si hay discordancias entre las anotaciones consignadas en el parte de anestesia suscripto por los profesionales Dr. C. Beltrán y Dra. G. A. (Fs. 5 vta. de la historia clínica) y los registros de la tabla de tendencias arrojada por la máquina de monitoreo de signos vitales ‘Dräger’ (fs. 71 y siguientes de la HC) entre las 8:23 y las 8:52”.*

A ello, respondieron:

*“Como ya expresáramos en informe anterior (15-11-2013) ‘...en la gráfica de fs. 73 {se corresponde a la de fs. 218 del principal) hay una caída de saturación de oxígeno de tres minutos con inmediata recuperación y luego no consta registro electrónico hasta las 8:58 hs. El anesestesiólogo consignó regularmente los valores de Saturación de oxígeno hasta el último registro de SatO2 a las 8.50 hs con un valor de 99%.*

*“Esta aparente discordancia entre la captura electrónica del registro de StO2 y el confeccionado manualmente por el anesestesiólogo no ha existido en la evolución clínica de la paciente, quien mantiene todas las variables de signos vitales dentro de parámetros normales, inclusive en el registro electrónico.*

*“De otra manera no se puede explicar como lo expresamos en la respuesta al punto 16 de fs. 173, desde el punto de vista fisiopatológico, que una persona permanezca casi 40 minutos con desaturación de oxígeno en esos niveles, los cuales son incompatibles con la vida.*

*“El Dr. F. agrega que existen discordancias en las anotaciones” (el resaltado me pertenece, fs. 550/551).*

Luego, en el punto 2, se solicitó a los profesionales que:

*“Se informe si el descenso en los niveles de saturación parcial de oxígeno (SpO2) de las 8:23 hs junto con la frecuencia cardíaca y el pulso de la paciente que se siguen de la tabla de tendencia de la máquina de monitoreo de signos vitales ‘Dräger’*





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*requería alguna acción de los médicos intervinientes en el quirófano”.*

A lo cual contestaron (sin que se asentara oposición alguna del perito de la parte querellante) que: **“La caída en el registro electrónico de saturación fue de corta duración con desaparición posterior del registro. El resto de las variables permanecen dentro de rangos normales hasta las 8:50 hs. Dado que no hubo alteración de los signos vitales no se requería ninguna acción especial de los médicos intervinientes en quirófano”** (el resaltado me pertenece, fs. 552).

Luego, en el punto 9, interrogados sobre *“...cuál era el estado de las variables hemodinámicas de la paciente durante los 3 minutos de la caída de registro de saturación, a las 8:23 hs.”*, nuevamente indicaron –sin disidencias–: *“una tensión arterial de 100-110/70, una frecuencia cardíaca de 70x por minuto y una capnografía de 35 mmHg”* (fs. 554).

Reiterado el interrogante (contestado en el peritaje anterior sin la presencia del perito de parte F.) sobre *“cuáles fueron los valores promedio de tensión arterial, frecuencia cardíaca y EtcO<sub>2</sub> desde las 8:23 hs hasta las 8:58 hs”* se respondió:

*“Los valores de Tensión arterial, frecuencia cardíaca y capnografía se mantienen estables en los valores consignados previamente, comenzando su descenso brusco a partir de las 08:50 aprox. Como expresamos en informe anterior el gráfico de tendencias coincide con la caída de frecuencia cardíaca expresado en el parte anestésico.*

*“El Dr. F. agrega que hay variaciones en la frecuencia cardíaca en el gráfico de tendencia que no se observan en el parte anestésico”* (fs. 855).

La simple lectura de lo plasmado por los médicos forenses –incluso, en la parte que aquí más interesa, sin disidencia del



perito querellante– muestra que, a propósito de los “tres minutos” de descenso de la curva de saturación registrados a partir de 8.23 h., dado que el resto de las variables vitales de M. M. C. se mantuvieron en rangos normales, no correspondía ninguna acción concreta de parte del personal médico presente en el quirófano.

Se aprecia a su vez que, aunque el juzgador pone de relieve que los forenses afirmaron que “la anoxia/hipoxia” (en la sentencia se la denomina indistintamente pese a tratarse de eventos distintos) puede ser causal de bradicardia y paro cardíaco, lo hace sobre la base de lo volcado en los primeros dos peritajes (fs. 144/153 y 168/176), para cuando los forenses no contaban todavía con la gráfica de fs. 218.

Así, si bien los peritos sostuvieron que una caída de saturación de O<sub>2</sub> de la magnitud registrada pudo desencadenar un paro cardiorrespiratorio (fs. 169), no puede soslayarse que, para entonces, contaban con una única gráfica (fs. 1 de la HC) en la que se apreciaba solamente el descenso de la curva de saturación, sin recuperación y con pérdida de registro hasta aproximadamente las 9 h.

Nótese que las preguntas formuladas presentaban como evento dado el descenso de la curva de saturación “desde 8.23 h. hasta las 9 h.”, algo que quedó descartado cuando (a partir del tercer peritaje) contaron con la gráfica de fs. 218. Desde entonces y cada vez que fueron consultados, se refirieron a una caída de la curva de saturación de tan sólo tres minutos.

Tampoco puede pasarse por alto que, incluso antes de contar con esa nueva información, en sus respuestas, los forenses –y los peritos de ambas partes, en tanto no asentaron disidencias– alertaron que la consecuencia de tal descenso sería la hipoxia, siempre que dicha caída (de 8.23 h. a 9 h.) “fuera real” (fs. 146, 169 y 176). En ese sentido, subrayaron que no era posible explicar que la paciente haya estado casi cuarenta minutos sin el aporte de oxígeno.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

Sin perjuicio del valor de estas advertencias tempranas de parte de los profesionales, lo determinante para responder la cuestión que aquí se trata, es que, una vez que determinaron que el descenso de la curva de saturación tuvo lugar sólo durante tres minutos, pusieron de relieve que el resto de las variables vitales de M. M. C. se mantuvieron en rangos normales por lo que no fue necesaria ninguna acción del equipo médico.

No es menor reiterar que dicha apreciación no fue objeto ni de aclaraciones ni de disidencias por parte del perito de la querrela J. C. F. (fs. 551/552).

Sobre esa base, no se comprende en qué se basó el juzgador para afirmar que aquella respuesta (la n° 2 del peritaje de fs. 550/557) “no se hacía cargo” “...de las caídas de la frecuencia cardíaca, ‘FC’ –que llegó hasta 50 por varios minutos– y del pulso ‘PLS’ –que llegó al mismo valor por un tiempo semejante–...” y que “un observador imparcial, aun sin conocimientos médicos” podía advertir la caída de todos los valores registrados en la máquina Dräger (fs. 162 de la sentencia). A riesgo de ser repetitivo, debe subrayarse que los datos expuestos por el juzgador son contrarios a los informados en la respuesta a “9” del peritaje mencionado, que cuenta con el asentimiento del perito de la querrela.

Tampoco puede dejar de mencionarse que, en sus declaraciones durante la audiencia de debate, los peritos P. y R. sostuvieron su posición en punto a que la presunta caída de la saturación no pudo ser real, consider. el comportamiento del resto de las variables hemodinámicas.

En contra de ello, el sentenciante ponderó que, según los peritajes de ingeniería realizados, la máquina “Dräger” funcionaba correctamente; y recordó que, según “varios testigos”, el descenso de la curva de saturación no podía deberse a una desconexión del



pulsioxímetro, ya que en ese caso el descenso no debió haber sido progresivo sino brusco.

Al respecto, sin desconocer que los estudios realizados afirmaron el funcionamiento eficiente del aparato en cuestión, se señaló en el punto precedente que, de todos modos, existían en el expediente dos gráficas de tendencias con una diferencia evidente: la de fs. 1 de la HC no muestra la recuperación de la curva de saturación y la de fs. 218, extraída de la central de monitoreo, sí. Además, se recalcó también que, mientras en el gráfico de fs. 1 de la HC se interrumpe el registro de la curva SpO2, la línea PLS (pulso) continuó impactando varios minutos después, a pesar de que ambos datos eran recogidos por el mismo dispositivo (el pulsioxímetro).

Puede verse, entonces, que la fiabilidad absoluta que pretendió asignarle el *a quo* al registro de la máquina quedó seriamente resentida.

Lo determinante, lo que el juzgador no debió omitir, es que “las dudas” expuestas por los peritos P. y R. acerca de si existió dicha “desaturación” fueron justificadas científicamente (como ya se citó) tras evaluar el comportamiento del resto de variables hemodinámicas.

En ese sentido, además de los pasajes de los informes periciales antes referidos (absolutamente determinantes sobre la cuestión), cabe traer a colación los contundentes dichos del perito forense C. R. durante la audiencia de debate:

*“...[U]na hipoxia de 8 minutos, como la que se ve en el gráfico, puede llevar a una bradicardia y al paro cardíaco. (...) un solo parámetro no indica nada, no es un signo de alarma...son valores dinámicos que no coinciden porque se mantienen bien a pesar de la brusca caída de la saturación de oxígeno...con lo cual esa caída de saturación no es coherente ni con lo que se ve en el gráfico ni con lo que se anotó en el parte anestésico (...) si los*





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*parámetros fisiológicos y vitales se mantienen dentro de un rango aceptable, un solo parámetro instrumental, leído en un gráfico de tendencias a posteriori cuando tenemos un registro de parte anestesia como normal, evidentemente no es concordante, no se le puede dar valor en el análisis, eso a pesar de que la caída es tan pronunciada, porque una caída así no puede ser real, si lo hubiese sido, otros parámetros se hubieran afectado”* (fs. 69/70 de la sentencia).

Quisiera agregar, en este punto, que el aporte de los forenses también ha permitido demostrar la incorrección de otra de las proposiciones fundamentales del razonamiento del *a quo*.

En reiterados pasajes del fallo se aprecia que el juzgador cuestionó el valor probatorio del parte del anestesista, por considerar que existían en él numerosas discordancias con las gráficas de tendencias. Especialmente resaltó que, mientras la gráfica de tendencias informaba un descenso de la curva de saturación, el Dr. Beltrán anotó, de modo constante, que la saturación de M. M. C. fue de 99% hasta las 8.50 h.

A propósito de esa “disonancia”, los peritos forenses remarcaron que “*esa aparente discordancia*” no existió en la evolución clínica de la paciente, quien mantuvo todas las variables vitales dentro de los parámetros normales, incluso en el registro electrónico. En detalle, expusieron que, durante los tres minutos de la caída del registro de saturación, la paciente registró: “*una tensión arterial de 100-110/70, una frecuencia cardíaca de 70x por minuto y una capnografía de 35 mmHg*” (sin disidencia del perito querellante, cfr. fs. 554).

De todo lo repasado, son dos las conclusiones que pueden extraerse:

a. De la prueba pericial forense surge que el mencionado descenso de la curva de saturación durante tres minutos, iniciado a las 8.23 h., no tuvo correlato clínico en la paciente, quien mantuvo el resto de las variables vitales en rangos normales, por lo



que ninguna acción especial era requerida por parte del personal médico presente.

b. La anotación de la saturación en el parte del anestesista (99%) tiene un correlato mayor con la real situación clínica de la paciente (según el resto de las variables relevadas), por sobre el descenso de la curva de saturación registrado por el gráfico de tendencias.

Sobre este último punto, debe recordarse que el imputado explicó que ese descenso podía serle atribuido a la desconexión del pulsioxímetro de la paciente, ya que cuando ello ocurrió, él revisó clínicamente a C. y constató que la ventilación era adecuada y reconectó el dispositivo.

En vistas a las apreciaciones de los médicos forenses sobre el comportamiento del resto de los valores vitales de la paciente durante los tres minutos que habría dudado ese descenso de la curva SpO2 (catalogados como de normalidad), se robustece aún más la versión del imputado.

Ninguna mella hace, en lo que aquí se sostiene, lo afirmado por el juez de grado en punto a que los testigos consultados dijeron que, en caso de desconexión del pulsioxímetro, la caída debió ser abrupta. Brevemente cabe repasar que sólo el médico D. J. S. (quien suscribió las pericias médico ingenieras de fs. 448/449 y 453/454) declaró en ese sentido en el juicio. No obstante, sería inoportuno no repasar aquí, que en el peritaje de fs. 453/454, dicho profesional se manifestó “en todo de acuerdo” frente a la afirmación del perito bioingeniero de la defensa Claudio Agüero, acerca de que las importantes variaciones de la curva de saturación de oxígeno podían explicarse “...por un período de ausencia de registro por parte del monitor (ausencia de señal o desconexión del sensor) y también algunos artefactos de técnica por movimiento...” (ver punto 5, fs. 453 vta.).





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

Por su parte, el perito ingeniero R. A. G. mencionó que “suponía” que en una desconexión la caída debía ser mucho más rápida (fs. 87 de la sentencia); aunque, más adelante en su relato, explicó que, en tanto la saturometría se mide “con un clip en el dedo” pudo haberse desconectado (entre otras opciones que barajó, según luce a fs. 88).

En definitiva, en lo que hace a la cuestión abordada en este apartado, considero que la prueba pericial producida no avala la afirmación del tribunal relativa a que C. Beltrán omitió adoptar una medida activa frente a la “desaturación” producida a las 8.23 h. Por el contrario, ha aparecido seriamente contradicha la existencia de dicho evento y, por ende, la necesidad de que el equipo médico adoptara una medida especial, por lo que debe descartarse que el imputado haya incumplido su deber de *tratamiento* respecto de M. M. C..

**Sobre la omisión de adoptar una medida eficaz durante el descenso progresivo de la frecuencia cardíaca que culminó en el paro cardiorrespiratorio (8.50 h. a 9.00 h. aproximadamente)**

*Además, sobre la conexión del evento de anoxia de las 8.23 h. y el descenso de la frecuencia cardíaca iniciado a las 8.45 h.*

**5.4.** El juez Salas sostuvo que M. M. C. sufrió “bradicardia” desde “...aproximadamente pocos minutos después de las 8.45 h.” cuando pasó de un promedio de 100 ppm hasta llegar a 50 ppm, a las 9 h (fs. 149).

Recordó que, según el parte del anestesista, cuando eran aproximadamente las 9 h. y tras observar una franca disminución de la frecuencia cardíaca, aplicó la droga atropina, pero ya sin poder evitar el paro cardíaco.

En base a ello, apuntó que Beltrán dejó transcurrir diez minutos sin realizar acción alguna para evitar el paro



cardiorrespiratorio que sufrió C. y sin avisar al equipo médico del marcado descenso de la frecuencia cardíaca. Consideró que ello demostraba una clara negligencia médica.

Conviene repasar nuevamente las aserciones del *a quo*, para contrastarlas, luego, con la prueba pericial producida.

Secuencialmente, el juzgador sostuvo que:

- El proceso causal que se inició con la “anoxia” –que el anestesista comprobó de manera evidente por el descenso gradual y continuo de la saturación desde las 8.20 h. hasta después de las 8.28– no fue atendido por C. Beltrán (fs. 184).

- La caída de la saturación fue permanente hasta después de realizada la operación.

- C. Beltrán debió comunicar al cirujano a cargo de la intervención de la caída gradual de la saturación de oxígeno y del pulso, pese a lo cual se mantuvo en silencio. La continuidad de la intervención, cuando la paciente atravesaba una continua “desaturación”, fue una situación que Beltrán tuvo en su poder evaluar y modificar para preservar la vida de la paciente (fs. 187).

- Esa caída continuó, luego de unos minutos, con la caída constante de la frecuencia cardíaca (desde aproximadamente las 8.45 h. según el gráfico de tendencias) y con la bradicardia –menos de 50 latidos por minuto– ubicada en el informe de fs. 168/176 a las 8.52 h (diez minutos antes del paro) (fs. 185).

- No podía descartarse la conexión entre la caída de saturación ocurrida entre las 8.23 h. y las 8.28 h. y la de la frecuencia cardíaca registrada desde las 8.45 h. (que se tornó en bradicardia a las 8.50 h.) (fs. 156/157).

- C. Beltrán no explicó el tiempo que dejó pasar para actuar durante la caída de la frecuencia cardíaca de aproximadamente diez minutos, más allá del uso de la atropina, minutos antes del paro cardíaco (fs. 188).





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

**5.5.** En cuanto al supuesto evento de “anoxia” que el juzgador afl. ocurrido desde las 8.23 h. hasta, inclusive, luego de finalizada la operación, ya se dijo suficiente en los puntos precedentes.

El juez Salas, sobre la base de las afirmaciones realizadas por el perito de la querrela J. J F. durante el debate, sostuvo que no era cierto que el resto de las variables se hayan mantenido en valores de normalidad, como afirmaron los peritos H. P. y C. R. en sus testimoniales y en los peritajes antes relevados.

En este punto es preciso recordar que, en cuanto a la naturaleza y valor convictivo de los dictámenes del Cuerpo Médico Forense, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha establecido que *“...el Cuerpo Médico Forense integra el Poder Judicial de la Nación conforme lo prevé el art. 52 del decreto-ley 1285/58 y su informe no es sólo el de un perito, ya que se trata del asesoramiento técnico de auxiliares de la justicia cuya imparcialidad y corrección están garantidas por normas específicas y por medio de otras similares a las que amparan la actuación de los funcionarios judiciales”* (Fallos: 299:265, 319:103, 327:6079).

Amén de la mayor confiabilidad que, a priori, cabría asignarles a los estudios forenses por sobre la opinión del perito de una parte interesada (precisamente, por su mayor objetividad), lo determinante es que el propio F. no asentó ninguna disidencia en las respuestas “2” y “9” del peritaje de fs. 550/557, en donde se describió el resto de las variables como normales durante el evento de “desaturación” que exhibe la gráfica de tendencias de fs. 1 de la HC.

Por lo demás, cabe reiterar que los forenses pusieron en duda que tal “desaturación” haya existido realmente, precisamente tras examinar el comportamiento del resto de signos hemodinámicos de la paciente (respuesta “1” del peritaje de fs. 550/557).



No obstante, pese a que los profesionales justificaron su postura, el juzgador los cuestionó “*por haber relativizado*” la duración de la caída de la saturación y “*por haberse cuidado*” de establecer una conexión entre ese episodio y la bradicardia sufrida por C. a partir de las 8.50 h. (ver fs. 156). Incluso, tachó “de absurdo” el argumento de los médicos forenses consistente en que de haber existido ese cuadro de “hipoxia” C. hubiera muerto en el quirófano; y agregó que, en rigor, la nombrada murió después, pero que ello “no cambiaba las cosas”.

Luego, tal como se quejó la defensa en su recurso, sostuvo que “*pese a carecer de todo conocimiento científico*” no podía aceptar las respuestas brindadas por P. y R. acerca de que “ambos eventos operaron como episodios independientes” (fs. 157).

Finalmente, tras un recorte de las respuestas de los forenses, afirmó que ellos coincidieron en que la “anoxia” (lo que, afirma, se registró a las 8.23 h.) era causal de bradicardia y paro cardíaco, y que “*con solo observar de buena fe, a la luz de esa conclusión, la constatación de la evolución de los parámetros de la paciente*” (la caída de la frecuencia cardíaca que se registró desde las 8.45, y se transformó en bradicardia desde las 8.52), no podía descartarse el nexo causal entre ambos hitos (fs. 157).

Es preciso subrayar, enfáticamente, que la afirmación de los peritos acerca de que la anoxia podía ser causal de bradicardia y paro cardíaco fue realizada en términos puramente teóricos, como surge de la simple lectura de la respuesta que el sentenciante invoca (respuesta “1” a puntos de pericias de fs. 94, cfr. fs. 148).

A su vez, si bien los peritos que intervinieron en el peritaje de fs. 168/176 respondieron afirmativamente cuando fueron preguntados sobre si “la caída constatada en el registro de saturación de oxígeno pudo haber causado el paro cardiorrespiratorio”, ya se señaló anteriormente en este voto que, para entonces, no contaban con





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

la gráfica de tendencias de fs. 218 (a partir de la cual sostuvieron que la caída del registro de saturación según este segundo gráfico fue de tres minutos y pusieron seriamente en duda que, en rigor, haya existido). Para ser claros, cuando dieron la respuesta que aquí se cita, contaban como dato de análisis que la desaturación había sido de aproximadamente 40 minutos (lo que luego descartaron).

Así, pese a que el juzgador contaba con toda esta información, además de las declaraciones de los galenos en la audiencia, no sólo omitió realizar una valoración global de la prueba pericial producida, sino que, llamativamente, priorizó juicios de valor propios, sin rigor técnico o científico alguno, lo que la defensa critica con razón.

A ese punto llegó cuando, no sólo dio por cierto un evento que la prueba científica elaborada descartó por incongruente con la situación clínica de la paciente (la hipoxia de las 8.23 h.) sino que afirmó su vinculación con el descenso de la frecuencia cardíaca (que ubica desde las 8.45 h.), bajo el argumento de que se trataba de la misma paciente, lo que “razonablemente” lo llevó a “no poder descartar” dicho nexo causal.

Como se dijo previamente, el órgano jurisdiccional no está obligado con la opinión pericial; pero que, de querer separarse de sus conclusiones, debe explicitar razonadamente sus fundamentos. De lo contrario, un apartamiento de las conclusiones forenses sobre áreas en las que el juzgador carece de conocimientos específicos trasuntaría en un supuesto de arbitrariedad. Ello es, efectivamente, lo que exhibe la sentencia sobre este punto, en el que el magistrado no ha expresado razones adecuadas para descartar, como lo hizo, la postura médica oída, más allá de escudarse en “una lectura de buena fe”.

Cabe recordar, además, que el estado de certeza exigible para alcanzar un pronunciamiento condenatorio no es compatible con la operación lógica expresada por el *a quo*, de “no poder descartar la



conexión entre eventos”. Por el contrario, a lo que estaba llamado el juzgador es a “probar, más allá de toda duda razonable” que esa conexión entre eventos clínicos existió, algo que la prueba oída y examinada no permitió sostener.

**5.6.** Superado todo lo relativo a la supuesta hipoxia/anoxia sufrida por C. desde las 8.23 h., lo que debe descartarse por las razones antes estudiadas, resta abocarse ahora a lo acontecido dentro del quirófano desde las 8.45 h. hasta las 9 h. aproximadamente, cuando tuvo lugar el paro cardiorrespiratorio.

En el fallo se afl. que C. Beltrán dejó que transcurrieran al menos diez minutos, mientras descendía la frecuencia cardíaca, sin realizar acción alguna para revertir ese cuadro y disminuir el riesgo de producción del paro cardiorrespiratorio.

En este tramo, habrán de examinarse: las condiciones clínicas de la paciente desde las 8.45 h. en adelante, según lo que surge de los peritajes realizados por el C.M.F.; las acciones terapéuticas adoptadas hasta y luego del paro cardíaco; la evaluación de los forenses y del perito de parte de la querrela en punto a si se realizaron las acciones debidas según la situación clínica presentada. Por último, se abordará la cuestión relativa a los efectos que, para la solución del caso, apareja la ausencia de una autopsia de M. M. C., la circunstancia de que no se hayan establecido médicamente las causas del paro cardiorrespiratorio y lo relativo al peritaje oficial realizado en el expediente civil, sobre el cual las partes hicieron observaciones durante la audiencia celebrada a tenor del art. 465, CPPN.

Veamos.

**5.6.1.** El repaso de los estudios periciales realizados en autos y en el expediente civil n° 5396/2013:

- En el peritaje de fs. 144/153 se señaló

que:





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

- La saturación de oxígeno en el parte anestésico fue de 99% hasta las 8.50 h. No existe registro entre las 8.50 h. y las 9 h. (respuestas n° 6 y 8, fs. 145/146).
- Del parte anestésico surgía que la frecuencia cardíaca comenzó a descender a las 8.50 h. hasta las 9 h., cuando se establece el paro cardiorrespiratorio (respuesta n° 4, fs. 145)
- El paro cardíaco duró menos de cinco minutos (respuesta n° 3, fs. 145).
- No se pueden establecer con las constancias médicas aportadas al expediente (historia clínica, partes quirúrgicos, anestésico, etc.) las causas del paro cardiorrespiratorio (respuesta n° 12, fs. 147).
- La causa de la muerte según la historia clínica se debió a “shock cardiogénico” (respuesta n° 13, fs. 148).
- A la consulta para que se informe *“si la atención recibida por M. C. al producirse el paro cardiorrespiratorio y durante su internación postoperatoria, fue conforme al cuadro que presentaba y de acuerdo a la práctica médica”, se contestó que **“de las constancias médicas aportadas surge que el tratamiento establecido fue el adecuado para el cuadro que presentó la paciente”** (el resaltado me pertenece, respuesta n° 14, fs. 148).*
- El cuadro de encefalopatía hipóxica isquémica grave se produjo luego del paro cardiorrespiratorio (respuesta n° 10 de puntos de pericia de fs. 94, fs. 151).
- Consultados para que se informe *“cuáles fueron las medidas tomadas por el anestesiólogo...a medida que iba descendiendo la frecuencia cardíaca de la paciente...”* se respondió: *“...Se administró una dosis de atropina, no cediendo el cuadro y entró en un paro cardíaco. Se comenzó con reanimación cardio pulmonar avanzada (masaje cardíaco, adrenalina endovenosa,*



*bicarbonato de sodio, difenilhidantoína e hidrocortisona), recuperó el ritmo cardíaco y los parámetros vitales según el parte firmado por el anestesiólogo y la monitorista en menos de 5 minutos” (respuesta n° 15, fs. 152).*

- En el peritaje de fs. 168/176, se indicó que:

- La caída de la frecuencia cardíaca, según el gráfico de tendencias, comenzó aproximadamente a las 8.52 horas. El perito de la querrela indicó que previo a esa caída observaba “importantes variaciones de la frecuencia cardíaca” (respuesta n° 1, fs. 171).

- La gráfica de la frecuencia cardíaca coincidió con la información volcada por el anestesista en tanto registró, aproximadamente a las 8.52 h., una frecuencia cardíaca de 50 latidos por minuto. El Dr. F. dijo que uno y otro registro no eran coincidentes en el tramo previo a la caída de la frecuencia (respuesta n° 2, fs. 171).

- El parte del anestesista reflejó una caída del pulso a partir de las 8.50 h. La frecuencia cardíaca hasta ese momento se manejó dentro de parámetros normales (respuesta n° 4, fs. 172).

- Consultados sobre si la paciente sufrió bradicardia, respondieron: *“la caída de la frecuencia cardíaca (bradicardia) según el parte anestésico, comenzó a las 8:52 hs. aproximadamente, finalizando en el paro cardíaco a las 9.00 horas. Por lo tanto, el tiempo de la bradicardia fue entre 6 y 8 minutos aproximadamente (respuesta n° 7, fs. 172).*

- Consultados para que informen, **según el parte del anestesista**, en qué momento comenzó a disminuir el pulso de la paciente y cuánto duró dicho descenso, detallando los valores entre las 8.15 h. y las 9.00 h., se respondió: *“Surge del parte anestésico que a las 8.15 horas la paciente tenía una frecuencia cardíaca (fc) de 85 latidos por minuto, la fc era de 75 a las 8:38 horas, a las 8:47 figura*





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*una fc de aproximadamente 65 latidos por minuto y ...a las 8:52 horas se consigna el comienzo de la disminución de dicha frecuencia que arranca en 60 latidos por minuto aproximadamente hasta llegar a las 9 horas al paro cardiorrespiratorio". Por su parte, el Dr. F. asentó que, a su juicio, "...la frecuencia cardíaca disminuye a partir de las 8:15 horas" según los valores comentados en la respuesta citada (respuesta n° 9, fs. 173).*

- Consultados para que digan en qué momento comenzó a descender la frecuencia cardíaca **según la gráfica de tendencias**, detallando los valores entre las 8.45 h. y las 8 h., contestaron: *"El gráfico de tendencias coincide con la caída de frecuencia cardíaca expresado en el parte anestésico". Por su parte, el Dr. F. agregó: "...que la fc a las 8:47, según la gráfica, es de 100 latidos por minuto. A las 8.52 horas la fc estaría en 60 latidos por minuto. A las 9.00 horas tiene una fc aproximadamente de 50 latidos por minuto" (respuesta n° 10, fs. 174).*

- Requeridos que informen si *"un paro cardiorrespiratorio de menos de 5 minutos –como se refiere en las observaciones de la hoja de anestesia– puede ocasionar los daños físicos y cerebrales padecidos por C. luego del acto quirúrgico"*, contestaron –unánimemente–: *"Está descripto tanto en bibliografía nacional como internacional que aún atendiendo inmediatamente la complicación máxima como es un paro cardíaco, solo el 30% de los casos sale con restitución ad-integrum. El tiempo de hipoxia-anoxia que tolera el cerebro, también descripto en la bibliografía, es de entre 3 y 5 minutos" (respuesta n° 12, fs. 175).*

● En el peritaje de fs. 482/487 se indicó:

- Consultados si *"la baja de valores constatada a las 8:52 hs justificaba alguna acción médica por parte de los galenos intervinientes en la operación quirúrgica..."* los profesionales intervinientes respondieron: *"La pérdida de registro de los signos*



vitales de la paciente a partir de las 8:50 (con caída de la frecuencia cardíaca, pérdida de registro de la SatO2, pérdida de capnografía) justificaban las maniobras de reanimación cardiopulmonar adoptadas por los profesionales intervinientes” (respuesta n° 3, fs. 483).

- Sobre si se realizó esa acción médica y quién debió realizarla, se apuntó que: “La acción médica que surge es que se efectuaron maniobras de RCP y de acuerdo a las constancias que hemos analizado dichas maniobras fueron realizadas por el anestesiólogo (Dr. Beltrán) y la cardióloga (Dra. A.)” (respuesta n° 4, fs. 484).

- A la consulta de si “...el arte médico indica que para esos casos debe realizarse una acción determinada, cuál es el fin de esa acción y en su caso, si la no realización de la acción médica esperada ante la baja de valores constatada pudo o no tener alguna incidencia en la muerte de M. M. C.”, se respondió: “Efectivamente. El arte médico indica que ante una caída brusca de la frecuencia cardíaca (bradicardia), debe intentar la reversión de la misma mediante la administración de Atropina. Si dicha medicación no brinda el efecto esperado (recuperación de la frecuencia del pulso) y por el contrario desaparecen el resto de las variables vitales (SatO2, CO2, pérdida de pulso, etc) deben iniciarse de inmediato maniobras de RCP avanzada.

“El fin de esas acciones es restablecer el latido cardíaco y la circulación.

“Tal cual informamos oportunamente ‘...el tratamiento establecido fue el adecuado al cuadro que presentó la paciente’...” (respuesta n° 5, fs. 484).

● En el peritaje de fs. 550/557, se reiteraron las consultas y respuestas en el punto que antecede, en tanto la medida se reprodujo para que pudiera estar presente el perito de la parte querellante.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

● En el peritaje realizado por el Dr. C. D. R., médico legista especialista en anestesiología, agregado a fs. 858/871 del expediente civil “Sarricouet, Matías Norberto Raúl y otros c/B., Gabriel y otros s/daños y perjuicios” n° 5396/2013<sup>9</sup>, de trámite ante el Juzgado Nacional en lo Civil n° 73, surge lo siguiente:

- **Sobre los puntos de pericia de fs. 244:**

*“20 (...) Según los registros aportados, la paciente experimentó dos complicaciones en tiempos diferentes. La primera, según los registros obrantes y dándolos por ciertos, fue un descenso de la saturación registrada por oxímetro de pulso (a las 8.20hs aproximadamente) y la segunda fue un paro cardíaco (bradicardia-asistolia) secundario a las 9.00hs aproximadamente”* (el resaltado me pertenece; cfr. fs. 4 de la versión pdf del peritaje, consultado a través del Sistema de consultas web del Poder Judicial de la Nación).

Consultado para que indique, si era posible, con grado de certeza, el motivo por el que se produjo el paro cardíaco (pregunta 23, fs. 5) contestó: *“Con la documental aportada no es posible determinar con certeza absoluta el mecanismo del paro cardíaco sufrido por la paciente”* (el resaltado me pertenece).

Requerido para que informe si existía algún elemento en la historia clínica que hiciera presumir que la detección del paro y las maniobras de reanimación fueron realizadas tardíamente, dijo: *“No se observan elementos para inferir que el evento crítico no haya sido detectado a tiempo ni que las maniobra se hayan efectuado de manera tardía”* (el resaltado me pertenece, pregunta 28, fs. 5).

Preguntado sobre *“...si las gráficas de signos vitales de los registros centralizados pueden presentar fallas, mientras que en el registro del monitor pulsioximétrico de quirófano el registro es continuo”*, respondió que *“todo equipamiento médico puede presentar fallas”* (pregunta 39, fs. 8).

<sup>9</sup> El expediente civil referido fue incorporado por lectura al debate, según surge del detalle realizado a fs. 25 de la sentencia.



Luego, interrogado acerca de si la interferencia electromagnética podía causar perturbaciones en los registros de los monitores y cuál era, en su experiencia, el aparato con mayor aptitud para provocarlo, contestó a todo afirmativamente y aclaró que el electrobisturí *“...es el equipo que con más frecuencia genera interferencia, principalmente con el registro electrocardiográfico”* (preguntas 40 a 43, fs. 8).

Por otro lado, expresó que *“...si bien pueden existir varias causas de parada cardíaca, el reflejo vagal es una de ellas y no puede excluirse con grado de certeza absoluta”* (el resaltado me pertenece, pregunta 56, fs. 11).

- **Sobre los puntos de pericia de fs. 355 vta.:**

Consultado para que diga si *“...sería esperable que una paciente joven y sana sometida a un descenso prolongado de la saturación de oxígeno, no modifique ningún parámetro vital ni la tensión arterial, ni la frecuencia cardíaca, ni la pCo2, durante los 40 minutos como pretende asegurar la actora en la demanda, o si por el contrario la respuesta fisiopatológica normal es que rápidamente ponga en juego los mecanismos normales de compensación”*, respondió: *“Si bien la tolerancia a la anoxia (ausencia de aporte de oxígeno) es escasa y al cabo de 3 a 5 minutos genera paro cardíaco, la hipoxia (disminución del aporte) puede tener manifestaciones clínicas más retardadas en función del estado clínico del paciente. En la documental aportada, según la gráfica de tendencias, se observan alteraciones de la frecuencia cardíaca, capnografía, saturometría y de la presión arterial”* (pregunta 12, fs. 15).

Solicitado para que diga *“si un paro cardíaco de 5 minutos de duración puede llevar a un cuadro de hipoxia o si necesariamente el paro debe ser más prolongado”* dijo que *“un paro cardíaco puede generar un déficit grave de la oxigenación cerebral y global, el cual es más severo en función del tiempo transcurrido”*





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

(el resaltado me pertenece, pregunta 15, fs. 16). Y aclaró que un paro cardíaco intraoperatorio tiene una mortalidad de más del 70% (pregunta 16, fs. 16).

### - **Sobre los puntos de pericia de fs. 221:**

Interrogado sobre la causa de la bradicardia que presentó C. dijo que “...*según la documental aportada, no se detalla el probable origen de la bradicardia*” (el resaltado me pertenece, pregunta 4, fs. 18); y aclaró que la aplicación de la atropina es el tratamiento inicial de la bradicardia (pregunta 5, fs. 18).

Consultado sobre si la permanencia de una oxigenación en 50% (lo mínimo registrado en el gráfico de tendencias) podía causar bradicardia y paro cardíaco, respondió: “*De considerar como cierto el registro indicado, un deterioro en la oxigenación es una causa de bradicardia y paro cardíaco*” (el resaltado me pertenece, pregunta 16, fs. 20).

Acerca de si era “...*suficiente menos de 5 minutos {de paro cardíaco} para generar el cuadro que causó la muerte la paciente*” refirió: “*Sí, existen reportes en la bibliografía de paros cardíacos breves con mala evolución posterior*” (el resaltado me pertenece, pregunta 26, fs. 21).

Por último, requerido para que informe “...*si existió responsabilidad directa y/o indirecta de esos profesionales en el fallecimiento de la causante. O en todo caso si puede atribuir ese fallecimiento, directa y/o indirectamente, o algún episodio sucedido durante el acto quirúrgico y/o algún otro acto anterior y/o posterior al mismo*” contestó: “*Según la documental aportada, se produjo un paro cardiorrespiratorio que fue diagnosticado y tratado de manera adecuada, con retorno a la circulación espontánea y un registro gráfico que, de considerarlo cierto, indica que existió alguna circunstancia que no hizo posible sensor el nivel de saturación de*



*oxígeno o que la saturación de oxígeno estaba comprometida” (el resaltado me pertenece, pregunta 31, fs. 22).*

Finalmente, en sus conclusiones médico legales (punto VIII, fs. 27 del peritaje) el profesional afirmó que, sobre la base de la documental aportada, *“...no {era} posible identificar con grado de certeza absoluta la causa del mecanismo que provocó el paro cardíaco, sino que se puede hipotetizar dos situaciones descriptas en las consideraciones medicolegales como posibles mecanismos de paro cardíaco.*

*“La primera es que haya existido alguna alteración en la administración de oxígeno que no pudo ser detectada ni manifestada por los sistemas electrónicos del respirador mecánico, considere esta situación como una falla mecánica grave debido a que los respiradores cuentan con sistemas de alarmas que permiten detectar mezclas hipóxicas o concentraciones de oxígeno bajas. Bajo este supuesto, y considere la ausencia de registro de SpO2 entre las 8.23 y 9.00 hs aproximadamente, sería posible explicar que un deterioro de la oxigenación de instalación lenta se consolidó hasta alcanzar a un punto crítico que ocasionó un deterioro de la contractilidad cardíaca, bradicardia y posterior paro cardíaco.*

*“La segunda, es que haya existido a través de la tracción de los tejidos manipulados un efecto reflejo sobre la frecuencia cardíaca que haya determinado la bradicardia y posteriormente el paro cardíaco; mecanismo que no puede ser descartado en base a la documental aportada” (el resaltado me pertenece, fs. 27).*

**5.6.2.** Como surge del repaso realizado, no existe discusión en punto a que aproximadamente desde las 8.50 h, más precisamente desde las 8.52 h., se produjo una caída de la frecuencia cardíaca (bradicardia). Se estimó, además, que la situación de paro





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

cardíaco tuvo lugar a las 9 h., según surgía del parte del anestesista firmado también por la cardióloga Dra. A.. En base a ello, afirmaron que la situación de bradicardia fue de entre 6 y 8 minutos aproximadamente (fs. 172).

Apuntaron que, según la documentación examinada, el paro cardíaco no duró más de cinco minutos; y que era apto para provocar el daño orgánico padecido por M. M. C.. En efecto, señalaron que el cuadro de encefalopatía hipóxica isquémica (daño motor y neuropsicológico por ausencia de oxígeno provocado por el cese de flujo sanguíneo en el cerebro) se produjo después del paro cardiorrespiratorio.

En este punto cabe resaltar que la opinión de los profesionales del C.M.F. coincide con lo expresado por el médico legista C. D. R. en el invocado expediente civil, en punto a que el paro cardiorrespiratorio –aunque no mayor a cinco minutos– era apto para producir el grave daño multiorgánico padecido por la paciente (pregunta n° 26, fs. 21).

Ahora bien, pese a la claridad con la que se expresaron los peritos forenses, surge una única “inexactitud” que, por su implicancia, debe ser atendida.

En el marco del segundo peritaje, se afl. que la gráfica de frecuencia cardíaca era coincidente con las anotaciones del anestesista, en tanto “*registró a las 8.52 h. una frecuencia cardíaca de 50 latidos por minuto*” (respuesta n° 2, fs. 171). Hasta ese punto, llamaron “bradicardia” a la caída de la frecuencia cardíaca que comenzó en ese horario, con ese valor promedio de latidos.

No obstante, cuando se requirió que especifiquen con detalle el momento en que, según el parte del anestesista, comenzó el descenso de la frecuencia cardíaca, apuntaron que de la inspección de ese documento (fs. 10 de la historia clínica) surgía que **a las 8.52 h.**, comenzó la disminución de dicha frecuencia, que arrancó en un valor



de **60 latidos por minuto** aproximadamente hasta llegar a las 9 horas al paro cardiorrespiratorio (respuesta n° 9, fs. 173).

De seguido, al responder acerca del momento exacto en que comenzó a descender la frecuencia cardíaca, pero según el gráfico de tendencias, los médicos afirmaron que la información era coincidente con la expresada en el parte anestésico. Únicamente el Dr. J. J. F. –por la querella– asentó que (según la gráfica) la FC a las 8.47 h., era de 100 ppm, **a las 8.52 h. fue de 60 ppm y a las 9 h. fue de 50 ppm.**

En su recurso, la defensa subrayó especialmente este apartado, por sus derivaciones frente a la afirmación de la sentencia que aquí viene discutida: si Beltrán dejó transcurrir aproximadamente 10 minutos (desde 8.52 h. hasta las 9.03 h. que el tribunal aprecia como el momento de ocurrencia del paro cardíaco) sin realizar una acción debida para disminuir el riesgo de producción del paro cardíaco.

En ese sentido, desarrolló que si, como afirmaron los peritos forenses, de modo coincidente con el propio perito F., a las 8.52 h. la frecuencia cardíaca fue de 60 ppm.; y, si, además, según este último, recién a las 9 h. se registró un valor de 50 ppm., todo indicaba que los valores críticos acaecieron pocos minutos antes del paro cardiorrespiratorio y no desde las 8.52 horas.

Para contextualizar la observación de la defensa, cabe recordar que, según la planilla de fs. 8 de la historia clínica, la alarma de la máquina Dräger, en lo que respecta al comportamiento de la frecuencia cardíaca, fue programada para sonar cuando se produjera un descenso por debajo de los 45 latidos (según la configuración preasignada por el aparato para una persona adulta, tal como surge, también, de fs. 107 del manual de uso). De hecho, la enfermera C. refirió que ese (45) era el valor mínimo establecido para la activación de la alarma.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

Una apreciación integral de la información aportada por los forenses, el perito de la parte querellante y las objeciones de la defensa lleva a concluir que, efectivamente, a las 8.52 h. M. M. C. registraba una frecuencia cardíaca de 60 ppm., que a las 9 h., ese valor se ubicó en 50 ppm., y que no más de tres minutos después (como afl. la sentencia y puede apreciarse del gráfico de tendencias de fs. 1 de la HC) se produjo un descenso a cero de esa variable, lo que indica la producción del paro cardiorrespiratorio.

Queda establecer si, como afirmó el tribunal, C. Beltrán debió realizar alguna otra acción más allá de aplicar la droga atropina a las 9 h. aproximadamente.

Al respecto, a la pregunta sobre en qué momento correspondía, por las reglas del arte médico, que el anestesiólogo realizara un acto para evitar el paro cardíaco, el perito del C.M.F. H. P. (anestesiólogo) respondió durante la audiencia: *“cuando va cayendo la frecuencia cardíaca hay que hacer algo para levantarla. Si hay que colocar alguna droga para levantar la frecuencia cardíaca. No necesariamente avisar al equipo. A veces se puede manejar y no se avisa y otras veces se dice...”* (fs. 50). Y agregó que, según las constancias evaluadas al realizar los peritajes, la aplicación de la atropina existió, pero no fue efectiva. Luego, cuando se le preguntó si, de haber actuado a las 8.45 h. y no a las 9 h., se podría haber evitado el paro, contestó que no era posible responder ese interrogante (fs. 53).

Finalmente, a la pregunta de la querrela sobre si *“la baja de la frecuencia cardíaca durante 15 minutos determinaba que el desenlace era cantado”* respondió que ello no era necesariamente así, ya que *“...puede bajar la frecuencia cardíaca, se la medica {a la paciente} y sale, no necesariamente termina en una bradicardia extrema seguida de paro...”* (fs. 56).



Por su parte, al ser interrogado en términos similares, el perito del C.M.F. C. R. (cardiólogo) explicó que el descenso de la frecuencia cardíaca podía interpretarse como una pauta de atención, siendo una “alarma” cuando se llega a niveles críticos. Dijo, también, que era una conducta lógica avisar al resto del equipo.

Luego, al preguntársele si existió en el caso una señal de alarma previa a que se produjera el paro cardíaco, contestó que al no contar con una autopsia no se podía más que “conjeturar sobre parámetros graficados y que tienen un valor de parcialidad”.

El especialista resaltó también que un cambio en la frecuencia cardíaca, hasta los 60 latidos por minutos, constituía un llamado de atención, pero no de alarma (fs. 59).

E interrogado específicamente sobre si era “correcto y eficaz esperar 15 minutos para actuar” señaló: “...que la cuestión es cómo se esperó, si la paciente estaba bajo anestesia y empieza a bajar frecuencia cardíaca, puede ser una respuesta atípica frente a la anestesia en el sentido de generar bradicardia, hay reflejos corporales sin que éste sucediendo algo malo, si durante esos 15 minutos respiraba bien y estaba con una ventilación apropiada, con un descenso no crítico de la frecuencia cardíaca, y si la tensión arterial se mantenía en valores normales, las pupilas estaban con la forma apropiada también, uno puede seguir espeR. hasta ver qué pasa, esto no es único, se ve en cirugía y no es indicador que cada vez que aparece termine en un paro, no es así, no es la norma” (fs. 59).

Repreguntado sobre si, frente a una frecuencia cardíaca en baja, sin un registro de saturación de oxígeno y con el valor de la capnografía en descenso (medición de dióxido de carbono exhalado), podía afirmarse que fue correcto “esperar 15 minutos para actuar”, contestó: “estamos hablando de curvas, **tenemos un parte anestesiológico que detecta el problema en tiempo menor**





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*prácticamente en víspera del paro”; y agregó que “...el gráfico de tendencia es un registro de la máquina que se extrae después, el anesthesiólogo tiene registro en tiempo real igual que el cardiólogo, la curva es el diario del lunes, pero lo que ocurre en tiempo real es diferente, no es lo que se ve” (fs. 60).*

El perito recordó también que, tras el examen de la documental, no surgió algo que hiciera pensar que el obrar de Beltrán cayó fuera del arte de curar. Subrayó que esa evidencia no se encontró; y que no se afirmaba que “se hizo todo bien o todo mal”, sino que era preciso señalar el grado de incertidumbre existente y cuándo no se puede peritar más allá de la documental reunida, máxime en un caso en el que no se practicó una autopsia (fs. 60/61 y fs. 63).

En igual sentido se expidió el médico legista Romero en el peritaje acompañado en el expediente civil. Recuérdese que, al ser consultado sobre si existió “responsabilidad directa o indirecta de los profesionales actuantes en la muerte de C...” afirmó que “... [s]egún la documental aportada, se produjo un paro cardiorespiratorio que fue diagnosticado y tratado de manera adecuada, con retorno a la circulación ...” (pregunta 31, fs. 22).

En cuanto a lo atestiguado por el Dr. J. J F. –perito de la querella–, sobre la cuestión que aquí se aborda<sup>10</sup>, hizo las siguientes declaraciones de interés.

Por un lado, afirmó que el daño cerebral sufrido por C. se produjo “mucho antes del paro” ya que, en su consideración, los graves efectos registrados en los órganos coincidían con una anoxia más prolongada. En ese sentido dijo que cuando la frecuencia cardíaca es menor a 40, el cerebro corre riesgo de hipoxia y

---

<sup>10</sup> Se prescinde el repaso de sus opiniones en punto a cuestiones ya abordadas en este voto, a saber: su postura de que sí existió un evento de anoxia a las 8.23 h., que se extendió por 8 minutos y que ello era apto para provocar lesiones irreversibles como las sufridas por C.; o que ese evento coincidía con el comienzo del descenso de la frecuencia cardíaca, lo que implicaba una conexión entre ambos hitos.



que, con ese valor, varios minutos antes del paro, ésta ya había comenzado.

Señaló también que no advertía una acción de parte de Beltrán, más allá de haber aplicado la atropina, siendo que ante un descenso de la frecuencia cardíaca debe intervenir “medicamentosamente”, aumentando el oxígeno o viendo qué ocurre para normalizar esa variable (fs. 101).

A preguntas del querellante **en cuanto al momento en que el anesestesiólogo debió actuar** respondió: *“que puede haber varias opiniones, las hubo en la junta médica, en la pericia médica que se realizó, en el CMF se habló de que la frecuencia cardíaca de cualquier persona es de 60 latidos por minuto, como mínimo, a 90, por lo tanto, para considerar una bradicardia (disminución de la frecuencia cardíaca) tiene que tener menos de 60, yo no estuve de acuerdo con esa posición, porque como se ve perfectamente en el gráfico la paciente empezó con más de 90 de frecuencia, la mantuvo hasta que empezó a disminuir, disminuir y disminuir. Yo creo que una de las cuestiones en la medicina es la prevención, se debe actuar previamente antes de llegar a 60, porque lo que me está indicando la baja de la frecuencia es que algo está pasando”*. Agregó que una baja de 90 a 60 latidos por minuto, para él, era suficiente como llamado de atención (fs. 102).

El profesional destacó también que, “según el gráfico”, la frecuencia cardíaca se ubicó en 60 ppm. a las 8.45 h. y el paro fue a las 9 h., y que en esos quince minutos Beltrán debió haber revertido el paro cardíaco.

Por último, el Dr. C. S. –perito de la defensa– sostuvo que el cuadro crítico de bradicardia, de una frecuencia cardíaca de 50 latidos por minuto, se dio aproximadamente a las 9 h., tal como surgía de los peritajes realizados, por lo que hasta ese punto no era necesaria ninguna acción. Concretamente, señaló que “...hasta





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

*que el paciente no esté en una frecuencia cardíaca intraoperatoria de hasta 50, incluso de 45, él no toma ninguna medida terapéutica...*" (fs. 123).

Repasadas las opiniones de los profesionales médicos intervinientes y, nuevamente, en base a una apreciación integral junto con la prueba pericial producida, se advierte que no se ha podido acreditar, más allá de toda duda razonable, que C. Beltrán haya omitido realizar alguna acción debida durante el tiempo que se produjo el descenso de la frecuencia cardíaca.

El comienzo del mencionado evento (la caída de la Fc) se fijó a las 8.52 h., cuando M. M. C. registró 60 pulsaciones por minuto. La bradicardia, según se opinó de modo mayoritario, se establece cuando la persona tiene una frecuencia cardíaca por debajo de 60 ppm. (solo el perito de la defensa dijo que ese valor debía ser el de 50 ppm para una persona en situación operatoria), siendo un valor de normalidad mínimo el de 60/90 ppm Según se apuntó en los peritajes realizados, recién a las 9 h. C. registró 50 ppm y la bradicardia se habría extendido entre 6 y 8 minutos antes del paro cardíaco.

Hasta aquí, lo repasado permite descartar las alegaciones del perito de la querrela, seguidas por el juzgador, acerca de que desde las. 8.45 h. Beltrán debió tomar alguna acción concreta para revertir el descenso de la Fc. Quedó claro que, según el parecer del profesional, un descenso de la variable en cuestión de 90 ppm a 60 ppm justificaba una acción de parte del imputado. No obstante, ello no pasa de ser una valoración personal que no encontró resonancia en la postura de los médicos del C.M.F.

Para justipreciar adecuadamente el valor del testimonio que el perito brindó durante la audiencia, es conveniente contextualizar sus opiniones, incluso, con sus manifestaciones previas



realizadas en las juntas médicas de las que participó y lo que surge del gráfico de tendencias de fs. 1 de la HC.

Por caso, se advierte que, mientras en la audiencia señaló que era conveniente una acción de parte del imputado Beltrán cuando la “fc” comenzó a descender ya desde 90 ppm. y que dicho descenso empezó desde el inicio del proceso anestésico (8.15 h.), surge de la pregunta “4” de fs. 172 (segundo peritaje), que el profesional coincidió con todos los miembros de la junta médica firmantes en punto a que la frecuencia cardíaca se mantuvo en valores normales hasta las 8.50 h. aproximadamente. Ambas proposiciones exhiben un punto de contradicción inconciliable, ya que mientras los valores de la frecuencia cardíaca fueran normales, ninguna acción era debida, conforme opinaron los profesionales del C.M.F.

Por otro lado, sobre la observación del perito de que era llamativo ver una curva de frecuencia cardíaca que desciende hasta “estrellarse” (en referencia al parte del anestesista) sin que el profesional hiciera algo para evitarlo, conviene repasar lo dicho por el imputado a ese respecto. Y es que, consultado directamente sobre la cuestión, el acusado reveló que cuando se produjo el descenso de la frecuencia cardíaca, más cerca de las 8.55 h., él dejó de registrar los valores en su parte para atender a la paciente –práctica común según lo declarado por los peritos del C.M.F.– y completó ese registro una vez superada la crisis. De allí que no pueda afirmarse que Beltrán permaneció inactivo mientras asentaba el descenso de la variable fc. en su parte, ya que ese declive (últimos puntos de la variable fc. en el gráfico de fs. 10 de la HC) sobre el que alega el perito de la parte querellante fue graficado aproximadamente una media hora después de superada la situación de paro cardíaco (al igual que la información del resto de las variables cuya anotación el anestesista suspende hasta superar la emergencia médica).





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

En rigor, el gráfico que mejor permite apreciar el comportamiento de la curva fc. no es el parte del anestesista sino el captado por la máquina “Dräger” sita en el quirófano, impreso a fs. 1 de la HC. Y cuando se compulsa dicha imagen, se aprecia que, como atinadamente remarcó la defensa en su recurso, la curva de fc. muestra descensos por debajo de 60 ppm. e incluso por debajo de 50 ppm., en al menos tres ocasiones previas a la situación de paro cardíaco (antes de las 8.18 h., pasadas las 8.20 h. antes de 8.30 h.)<sup>11</sup>, continuando luego una respectiva recuperación de la variable, sin que ninguno de los peritos intervinientes (ni oficiales ni de parte) se refiera a esos pasajes como situaciones críticas o de emergencia en las que Beltrán haya debido realizar alguna acción. Por el contrario, y como se dijo repetidas veces, los forenses (con la anuencia del perito de la parte querellante) afirmaron que todos los parámetros se comportaron normalmente hasta las 8.52 h. aproximadamente, cuando comienza un nuevo descenso de la fc. desde 60 ppm., para llegar a 50 ppm. a las 9 h. (tal como resaltó el perito de la parte querellante) y al paro cardíaco entre ese punto y las 9.03 h. aprox.

Lo descripto permite poner en su debido contexto la apreciación del perito F. de que Beltrán asistió sin actuar al descenso de la frecuencia cardíaca hasta que esta “se estrellara”. Ha quedado claro que ese descenso no comenzó cerca de las 8.15 h. junto con el inicio del proceso anestésico; y que no podía basarse ese juicio en el gráfico realizado por el anestesista, quien aclaró que la información correspondiente al período de emergencia la asentó una vez que este concluyó.

Para más, el comportamiento de dicha variable durante todo el acto quirúrgico, tal como ilustra el gráfico de fs. 1 de la HC, permite considerar seriamente el descargo del imputado durante su indagatoria, consistente en que, para una paciente en situación

---

<sup>11</sup> Ver también el gráfico presentado por el perito ingeniero médico S., quien digitalizó el gráfico de tendencias de fs. 1 de la HC, permitiendo un mejor escrutinio de dicha variable.



anestésica, el registro de una fc. próxima a 60 o 50 ppm. no reflejaba en si una situación de emergencia –esa marca se alcanzó por lo menos tres veces antes del paro cardíaco sin que los peritos intervinientes destacaran alguna cuestión de interés al respecto–; debiéndose considerar, a su vez, que el valor mínimo preestablecido para que sonara la alarma del equipo “Dräger” era el de 45 ppm (ver fs. 15 de la sentencia).

Hechas esas aclaraciones, la pregunta remanente, en definitiva, es qué hizo y que debió hacer C. Beltrán entre esos 6 y 8 minutos que los médicos del C.M.F. (pregunta n° 7 del peritaje de fs. 168/176) fijaron como duración de la bradicardia, y no durante 10 o 15 minutos como, alternadamente, estableció el *a quo*.

Al respecto, los profesionales señalaron que la acción terapéutica obligada frente a ese escenario era la aplicación de la droga atropina, lo que efectivamente fue realizado por el imputado, pese a su ineficacia para evitar el paro.

Cuando se preguntó si fue correcto el tiempo que Beltrán esperó hasta tomar una acción concreta (las preguntas siempre tomaron como referencia un lapso de espera de 15 minutos) se dijo que lo relevante era cómo se esperó, ya que era posible esperar a que el proceso se revierta, en caso de que el descenso de la frecuencia cardíaca obedeciera a la asimilación de las drogas anestésicas.

En lo más relevante, consultados sobre si la aplicación de la atropina en un tiempo anterior a las 9 h. hubiera servido para evitar la producción del paro cardíaco, los forenses afirmaron que ello no podía determinarse, del mismo modo en que se desconocía la causa de la bradicardia que desembocó en el paro cardiorrespiratorio.

Para más, tanto en los peritajes realizados como sus testimoniales, los médicos sostuvieron que, de la compulsión de las constancias recibidas, no advertían que el obrar de Beltrán haya caído fuera del arte de curar; y, que, en tanto no existía una autopsia para





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

determinar las causas del paro cardíaco, no podía determinarse si lo realizado se hizo “bien o mal”, ya que, en todo caso, no podían emitir una opinión más allá de lo que les permitía la documental examinada.

En este punto cabe atender que, en contra de la opinión concordante de los profesionales médicos de que no podía afirmarse cuál fue la causa de la bradicardia sufrida por M. M. C., la querellante manifestó –frente al interrogante realizado durante la audiencia celebrada el pasado 18 de octubre– que del peritaje elaborado en el expediente civil surgía que la nombrada sufrió un cuadro de hipoxia que causó la bradicardia y que ello condujo al paro cardíaco.

Además, resaltó que los peritos del C.M.F. sí reconocieron que la hipoxia fue la causa de la bradicardia; y, que la entidad del daño multiorgánico sufrido por C. era signo de que sí existió una hipoxia prolongada, superior a la sufrida durante el paro cardíaco.

A riesgo de ser redundante, conviene reiterar que, si bien los peritos forenses dijeron que una caída de la saturación de la magnitud observada en el gráfico de fs. 1 de la HC (desde las 8.23 h. hasta pasadas las 9 h.) podía causar un paro cardíaco; ello fue expuesto sólo en términos teóricos y cuando todavía no contaban con la gráfica de tendencias extraída de la central de monitoreo.

En efecto, en los dictámenes posteriores (tercera, cuarta y quinta junta médica) afirmaron que la “desaturación” visualizada en aquel gráfico y en el de fs. 218 (del cual extrajeron que la caída de la curva StO<sub>2</sub> no duró más de tres minutos) no tuvo correlato clínico en la paciente, a la luz del comportamiento del resto de las variables vitales, que calificaron como normales hasta las 8.52 h.

De modo que la existencia del supuesto evento de hipoxia, que la querellante ubica en el inicio de la cadena causal que



habría derivado en la muerte de C., fue puesta seriamente en duda por los médicos forenses.

Por otro lado, cabe descalificar, también, la alegación de que el daño multiorgánico severo que registró C. no podía atribuirse a la falta de oxígeno causada durante el paro cardíaco sino a una de mayor duración –ocurrida, según esa parte, entre las 8.23 h. y las 9.03 h.–. En contra de esa hipótesis, además de la prueba pericial realizada en estos autos (cfr. respuesta n° 12, fs. 175), se cuenta con lo dicho por el médico legista C. D. R. en el marco del expediente civil, quien afirmó que un paro cardíaco de menos de cinco minutos era apto para provocar el cuadro que causó la muerte de la paciente (pregunta 26, fs. 21 de su dictamen).

Asimismo, y sin perjuicio de que, como se dijo, el supuesto cuadro de hipoxia no ha podido constatarse más allá de toda duda razonable, se advierte que la aseveración de la querellante de que ese evento causó la bradicardia –que luego derivó en el paro cardíaco– no encuentra sostén en el informe médico practicado en el fuero civil, aunque así lo haya afirmado durante la audiencia prevista en el art. 465, CPPN.

Es que, a poco que se repasa el contenido de esa pieza, surge que el profesional fue contundente al afirmar que, con la documental examinada, no era posible determinar, con certeza absoluta, el mecanismo del paro cardíaco sufrido por la paciente (pregunta n° 23, fs. 5 del estudio); y, que, de allí no surgía el probable origen de la bradicardia (pregunta n° 5, fs. 18).

Para más, en sus conclusiones médicas, el legista subrayó específicamente que no fue posible “*identificar con grado de certeza absoluta la causa del mecanismo que provocó el paro cardíaco*”; sino que, únicamente, podían aportarse dos hipótesis, siendo la primera un deterioro en la oxigenación entre las 8.23 h. y las 9 h. y, la segunda, un paro cardíaco por “reflejo vagal” –tesis en la que ha insistido la





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

defensa-. Sin perjuicio de que ninguno de esos cuadros mereció la consideración de parte de los peritos del C.M.F. (la supuesta hipoxia ocurrida desde las 8.23 h. fue descartada y el paro cardíaco por reflejo vagal fue catalogado como poco probable), lo relevante es que, justamente, tratándose de meras hipótesis, en modo alguno puede presentarse a alguna de ellas -la primera, a criterio de la querellante- como un hecho verificado.

Descartadas las alegaciones de la querellante, se tiene que, según se relevó, la acción que, por las reglas del arte médico le era exigible a C. Beltrán, fue realizada (la aplicación de la atropina para revertir el descenso de la frecuencia cardíaca) antes de que se produjera el paro cardíaco. Debe contarse, además, que según se estableció durante el juicio, la atropina tarda entre uno y dos minutos en hacer efecto; y que, luego de que se revelara ineficiente, Beltrán alertó al resto del equipo médico, produciéndose momentos después la asistolia, aproximadamente a las 9.03 h. A ello se suma que, a las 9 h., C. todavía registraba 50 ppm, siendo que las alarmas estaban programadas para activarse por debajo de 45 ppm.

En ese marco, no puede descartarse, como alegó la defensa con cita de la opinión del médico forense Dr. C. R., que el imputado detectó el problema en vísperas del paro cardíaco y que actuó, al menos sobre la base de las constancias clínicas existentes, sin apartarse de lo que el obrar médico le exigía.

En definitiva, tengo para mí que, transcurrido este largo proceso penal luego del lamentable fallecimiento de M. M. C., no se ha podido establecer, con el grado de certeza exigible en esta instancia, que C. Beltrán haya omitido la acción que le era exigida según su posición de garante en los términos afirmados por el *a quo*.

La convicción exhibida por el tribunal acerca de que Beltrán actuó tarde y que, además, de haber obrado antes el resultado



se hubiera evitado, no encontró sustento en el auxilio forense solicitado sobre ese punto. De allí que las afirmaciones del tribunal, carentes del respaldo científico neC., en tanto versan sobre un área de conocimiento específico del que carece, no han superado, por caso, el estadio de lo meramente probable.

Al respecto, ha dicho Clariá Olmedo que: “La firme creencia de estar en posesión de la verdad es el estado de certeza, de contenido simple e ingraduable, que implica desechar toda noción opuesta. Puede ser afirmativa o negativa en cuanto consista en la ocurrencia o en la no ocurrencia del hecho. En esos dos extremos, sin embargo, puede oscilar el espíritu mientras se mantiene el grado de incertidumbre. Esta ha de mostrar infinitos grados que se aproximan o alejan de la afirmación o negación, y cuyo término medio representará el estado típico de duda: igualdad de motivos para afirmar y para negar, todos dignos de ser tenidos en cuenta. Cuando predominan los motivos que nos conducen a afirmar, pero sin poder desechar los opuestos, el estado será de probabilidad: algo más que duda y menos que certeza. Lo contrario es el estado de improbabilidad. El principio *in dubio pro reo* sólo excluye la certeza sobre la culpabilidad; capta la duda y la probabilidad”<sup>12</sup>.

En consecuencia, advierto que el juez de grado no ha logrado probar, más allá de toda duda razonable, un apartamiento negligente por parte de C. Beltrán de las conductas exigidas por su posición, según las tareas que estaban a su cargo en su calidad de anestesista (asistencia, cuidado, tratamiento, monitoreo y preservación de los signos vitales de la paciente durante el acto quirúrgico).

Y, aunque lo dicho alcance para sellar de manera definitiva la cuestión, es preferible no dejar de mencionar lo siguiente.

Al expedirse sobre la significación jurídica del no obrar de Beltrán, entre otras precisiones que no cabe ahora escudriñar, el

---

<sup>12</sup> Clariá Olmedo, J., *Derecho Procesal Penal*, Editorial Marcos Lerner, Cba., 1984, tomo I, p. 234.





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNCI

juez de grado reconoció que el proceso causal que llevó a la muerte de la paciente no había sido verificado médicamente. Y excusó que, no obstante, lo que debía analizarse era si “...*el resultado muerte (...)* pudo ser previsto por el Dr. C. Beltrán, y si, en ese caso, el anestesista omitió realizar las acciones que estaba en condiciones de hacer para no incrementar la posibilidad de que ese riesgo se produzca” (fs. 172). Agregó que, en definitiva, tenía que determinarse “...*si el anestesista omitió hacer algún procedimiento médico que tenía bajo su dominio realizar, con el objeto de que no aumentase el riesgo de muerte de la paciente que estaba siendo intervenida*” (fs. 173).

En otras palabras, se afirmó la culpabilidad del acusado con total prescindencia de la comprobación de la causalidad entre la omisión de la acción que se reputa debida y el resultado finalmente acaecido (el paro cardíaco y la posterior muerte), sobre la convicción subjetiva de que si se hubiera aplicado antes la atropina “tal vez” otro hubiera sido el resultado, lo que no se puede aceptar frente a las dudas planteadas por los expertos.

Y es que, más allá de la discusión (que es previa) sobre si el examen de la evitabilidad en los tipos omisivos imprudentes debe regirse por el estándar de la probabilidad rayana a la certeza o, si, en cambio, alcanza con que la acción requerida hubiera disminuido el riesgo de producción del resultado, lo inexorable, por imperio de la regla de *in dubio pro reo*, es que la conexión causal entre la omisión y el resultado esté debidamente acreditada por las leyes naturales.

Precisamente, ello no fue acreditado en autos, al punto de que los peritos no pudieron afirmar la posibilidad de disminuir o evitar la posibilidad del paro cardíaco con una aplicación anticipada de la atropina.

En conclusión, por las razones expuestas, propongo al acuerdo que se haga lugar al recurso de casación interpuesto, se



revoque la sentencia impugnada y se absuelva al imputado C. Beltrán –por *in dubio pro reo*, art. 3, CPPN– por el hecho calificado como constitutivo del delito de homicidio culposo por el que fue acusado y condenado. Sin costas, atento al resultado.

**El juez Horacio L. Días dijo:**

Que por compartir en lo sustancial los fundamentos expuestos por mi colega Gustavo Bruzzone, adhiero a la solución por él propuesta.

Tal es mi voto.

**El juez Eugenio C. Sarrabayrouse dijo:**

Conforme surgió de la deliberación y en razón de los votos coincidentes de los jueces Gustavo A. Bruzzone y Horacio Días, no emito mi voto por aplicación de lo que establece el art. 23, último párrafo, CPPN (texto según ley 27.384).

En virtud del acuerdo que antecede, **la Sala II de la Cámara Nacional de Casación en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal, RESUELVE:**

**HACER LUGAR** al recurso de casación interpuesto por la defensa de C. Beltrán, **CASAR** los puntos III y IV de la sentencia impugnada y **ABSOLVER** a C. Beltrán –por *in dubio pro reo*, art. 3, CPPN– por el hecho calificado como constitutivo del delito de homicidio culposo por el que fue acusado y condenado (arts. 3, 456, 463, 465, 468, 469, 470, 471, 530 y 531, CPPN).

Regístrese, comuníquese mediante medios electrónicos al tribunal de la instancia –que deberá notificar personalmente al imputado–, notifíquese (Acordada 15/13, CSJN; Lex 100) y remítase el expediente oportunamente. Sirva la presente de atenta nota de envío.

HORACIO L. DÍAS

GUSTAVO A. BRUZZONE

EUGENIO C. SARRABAYROUSE





## Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 2  
CCC 18380/2012/TO1/CNC1

PAULA GORS  
SECRETARIA DE CÁMARA

---

*Fecha de firma: 15/11/2023*

*Firmado por: HORACIO LEONARDO DÍAS, JUEZ DE CAMARA*

*Firmado por: EUGENIO C. SARRABAYROUSE, JUEZ DE CAMARA DE CASACION*

*Firmado por: GUSTAVO ALFREDO BRUZZONE, JUEZ DE CAMARA DE CASACION*

*Firmado por: PAULA NORMA GORS, SECRETARIA DE CAMARA*



#33176990#391833493#20231115133816519