Buenos Aires, 4 de noviembre de 2026.

AUTOS Y VISTOS:

Interviene la Sala con motivo de los recursos de apelación deducidos por las defensas de J. M. Vrancic, J. C. Espinoza y A. R. Sigal como autores del delito de homicidio culposo y el embargo trabado sobre los bienes de este último hasta cubrir la suma de cuarenta y dos millones cuatrocientos setenta y seis mil ochocientos diez pesos ($ 42.476.810).

Presentados los memoriales, estamos en condiciones de resolver.

Y CONSIDERANDO:

A. Cuestión preliminar: sobre la nulidad del procesamiento articulada por la defensa de J. C. Espinoza.

Los jueces Ignacio Rodríguez Varela y Santiago Quian Zavalía dijeron:

1. En su recurso de apelación la defensa de J. C. Espinoza planteó la nulidad del procesamiento por haberse violado el principio de congruencia entre el suceso por el cual se agravó su situación procesal y aquel por el cual fue indagado.

Sin embargo, la base fáctica en el acta de intimación es idéntica a la del auto de procesamiento.

Por otro lado, la diferencia que señala la parte, en cuanto a la redacción elegida en el acto de indagatoria al atribuirle que "la reoperación que se le realizó a P. (…) no fue efectuada con la celeridad que imponía el caso (…)" y la escogida en el acápite de la valoración probatoria en el auto recurrido al reprocharle que "debió haber realizado la reexploración en horas más tempranas (…) y "debió obrar con mayor celeridad", tampoco exhibe diferencias sustanciales, ni que se hubiera de esa manera afectado las posibilidades del imputado o su abogado de ejercer su defensa material o técnica, como puede observarse en su descargo y el escrito mismo que habilitó esta vía recursiva, de los que se deriva la comprensión del reproche y la argumentación sobre su propia teoría del caso.

Se descarta, por ello, la alegada afectación al principio de congruencia, según el cual debe mediar identidad entre los sucesos de los que se informa al inculpado y aquellos por los que se le procesa, acusa y sentencia (doctrina CSJN 312:888; 319:2959 y S. 1798, XXXIX, "Sircovich, Jorge Oscar y otros s/defraudación por desbaratamiento de derechos acordados", Fallos: 329:4634 rta. 31/10/06).

VERSIÓN ANONIMIZADA

De tal modo, toda vez que las nulidades procesales exigen una interpretación restrictiva que tiene como regla general la estabilidad de los actos y al no vislumbrarse en el caso violación a garantía constitucional alguna (Sala IV, causa N° 32869/26/9 "Leiva", rta. 4/8/26, entre otras), el planteo no habrá de prosperar.

B. Sobre el procesamiento de J. M. Vrancic:

Los jueces Ignacio Rodríguez Varela y Santiago Quian Zavalía dijeron:

2. Esta causa se inició tras la muerte de M. S. P., ocurrida el 6 de julio de 2023, a las 23:20, en el Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA), con la denuncia de su sobrina y de su hija, M. F. C. y M. del P. P..

A partir del relato de las familiares y de la epicrisis del ICBA surge que a la damnificada le diagnosticaron una arritmia por la que se encontraba tomando la mayor dosis de la medicación para su patología y había tenido dos episodios de crisis en seis meses, por lo que el cirujano J. M. Vrancic le recomendó una miomectomía septal y cirugía de Maze, una intervención quirúrgica que realizaba habitualmente y que en su caso tendría mayores beneficios que riesgos.

Para ello, le indicó los estudios prequirúrgicos que incluían PCR quirúrgico, COVID, electrocardiograma, antibiograma, coágulograma, laboratorio completo, ecodoppler color de vaso de cuello, radiografía de tórax y espirometría (cfr. documentación aportada). Asimismo, que una semana antes debía suspender la medicación anticoagulante que regularmente tomaba.

El día anterior a la operación la recibió un médico del equipo de Vrancic, a quien le aclaró que hace seis días que no tomaba el anticoagulante conforme aquellas indicaciones, y advirtió que entre los estudios prequirúrgicos no se le había ordenado la realización de un cateterismo cardiológico que permitiría determinar si existía alguna obstrucción arterial que se pudiera corregir en la misma intervención y para cuya realización debía estar anticoagulada. No obstante, le dijo que no se preocupara porque todavía podrían hacerlo antes de la intervención quirúrgica programada.

En definitiva, el 6 de julio de 2023, entre las 7:50 y las 8:15 le realizaron el cateterismo. A las 9:20 la ingresaron al quirófano y la operación se desarrolló entre las 10:30 y las 14:30.

Tras finalizar, Vrancic se presentó por primera vez con los familiares de P., les dijo que había podido corregir la arritmia y colocado un *bypass*, siendo que esto último no estaba programado. Asimismo, les aclaró que el cateterismo se lo debía haber realizado días antes, ya que haberlo hecho próximo a la cirugía podría haber generado una complicación y, por tal motivo, debían esperar

VERSIÓN ANONIMIZADA

entre cuatro a seis horas para descartar hemorragias al haber realizado el estudio y la cirugía conjuntamente. La conversación duró poco y Vrancic se retiró.

Luego de la operación la paciente fue recibida en terapia intensiva por A. R. Sigal, coordinador de Cardiología Clínica del ICBA, y su equipo.

A las 16:30 los familiares la pudieron ver en terapia intensiva, donde estaba inconsciente, asistida por respiración mecánica y una médica les explicó que tenía el cuello inflamado porque había tenido un sangrado interno, aunque ya no estaba activo, y que le estaban trasfundiendo sangre para equilibrar la pérdida.

A las 18:30 les dieron otro parte en el cual les hicieron saber que había perdido mucha sangre, que le transfundieron una gran cantidad y en un momento se estabilizó, pero luego comenzó a perderla otra vez y tuvieron que volver a transfundirla porque no la retenía. Les aclararon que las horas siguientes serían cruciales y había dos posibilidades: volver a abrirla con una cirugía de exploración para ver si había quedado algo mal cerrado en la operación y corregirlo o hacer un shock de gases para absorber la sangre e intentar detener la hemorragia.

A las 19:30 el mismo médico informó que iban a hacer la cirugía exploratoria y para ello habían convocado al médico cirujano cardiovascular J. C. Espinoza.

Sin embargo, a las 21:30 un médico del equipo les dijo que estaban por entrar a la cirugía y que con un medicamento novedoso Novo Seven, que habían mandado a pedir y estaba llegando, iban a intentar hacer un shock trombótico porque en ese momento no estaba generando coágulos lo que, según la hija de la damnificada, antes no le habían dicho. Además, aquel les aclaró que era la primera vez en muchos años que les pasaba algo así y que nunca habían usado ese medicamento, pero querían agotar todos los recursos.

A las 22:30 se presentó un cirujano del equipo de Vrancic que estaba en la operación y les transmitió que la intervención no estaba saliendo como esperaban y se fue. Veinte minutos después informó que había entrado en un paro cardiorrespiratorio y quince minutos más tarde una médica les comunicó que había fallecido.

En definitiva, la causa de la muerte de M. S. P. fue cardiopatía, hemorragia interna y externa (cfr. autopsia de la Morgue Judicial del Cuerpo Médico Forense).

VERSIÓN ANONIMIZADA

3. Se cuenta con el testimonio del cardiólogo Pablo Manuel Lamelas que condujo el cateterismo cardíaco e indicó que se trataba de un examen obligatorio previo a toda cirugía del corazón.

Asimismo, pese a que no recordaba este caso en concreto ya que solía practicar doscientos estudios de este tipo por año, explicó que usualmente se suministraba al paciente heparina, con el objeto de reducir el riesgo de trombosis en los catéteres y del acceso vascular. También que las dosis eran "muy bajas" y su efecto se diluía en "una o dos horas", por lo que no se aplicaba antídoto alguno.

Por otro lado, obran las declaraciones de la cardióloga A. S. que en ese entonces era médica residente en el ICBA que describió que la damnificada durante el procedimiento quirúrgico había presentado como complicación sangrado con requerimiento de transfusión, hematoma cervical derecho producto de la colocación de un catéter venoso central y bloqueo auriculoventricular que demandó el uso de un marcapasos epicardíaco y que en el postoperatorio inmediato había sido trasladada al área de terapia intensiva.

Indicó que ese día A. R. Sigal era el médico a cargo, que permaneció involucrado en la atención de la paciente y ante su evolución negativa porque presentaba hemorragia asociada a alteraciones en el laboratorio de coagulación, se comunicó con Vrancic, quien "decidió no ingresar a la paciente al quirófano sin corregir las alteraciones en el coágulograma", por lo tanto, le dieron soporte con cuatro fármacos vasopresores y tres transfusiones que incluyeron varios componentes.

Luego, frente a la falta de éxito de las medidas terapéuticas, Sigal volvió a comunicarse con Vrancic, pero éste no estaba disponible para una cirugía de reexploración. Así, convocó al cirujano J. C. Espinoza y, en paralelo, se decidió administrar Novo Seven, para el manejo hemostático de la paciente.

De tal manera se agotaron las medidas de sostén y cuando sospecharon un taponamiento cardíaco, Espinoza efectuó la re exploración quirúrgica, que consistió en una esternotomía mediana, que tras el lavado y aspiración no permitió encontrar un sangrado activo. No obstante, la paciente continuó inestable, evolucionó con progresión de *shock*, presentó un parocardiorespiratorio y se constató el óbito a las 23:20.

4. Asimismo, se cuenta con los tres peritajes confeccionados en Junta Médica por los peritos del Cuerpo Médico Forense, y con intervención de los peritos propuestos por las defensas.

En las consideraciones médico-legales se estableció que del análisis de las constancias médicas, los informes de histopatología y toxicológicos surgía que la causa de la muerte de P. fue "un shock hipovolémico con posterior paro

VERSIÓN ANONIMIZADA

cardiorrespiratorio, en una paciente cursando un postoperatorio de una cirugía cardio vascular".

En relación con los procedimientos que se le practicaran en la mañana del día del hecho en el informe N° 4966/24, confeccionado en Junta Médica por los peritos del Cuerpo Médico Forense, y con intervención de los peritos propuestos por las defensas, los especialistas indicaron que hacer una cinecoronariografía y una miomectomía septal ampliada con cirugía de Maze el mismo día no estaba contraindicado, pero no era un procedimiento habitual.

Al respecto, ahondó el perito convocado por el juzgado, Guillermo José Weinschelbaum, al señalar que era cierto que no existía una contraindicación "absoluta" pero que aquel estudio "generalmente se hace con anticipación para evaluar el estado de las arterias coronarias y planificar la cirugía de manera segura", "hacer ambos procedimientos el mismo día podría aumentar el riesgo de complicaciones, por la posible reacción a los contrastes utilizados en la coronariografía" y "normalmente, la coronariografía se realiza días o semanas antes de la cirugía para permitir una evaluación completa y un plan quirúrgico seguro".

Asimismo, los galenos señalaron que de acuerdo con lo que surgía de los partes médicos durante la intervención quirúrgica se le había administrado heparina durante la circulación extracorpórea y que ésta había sido revertida con protamina en el postoperatorio inmediato, para el manejo del sangrado (cfr. peritaje N° 4080/25, punto A.I). Al respecto, explicaron que "la heparina se usa en una cirugía cardiovascular para prevenir la formación de coágulos sanguíneos. Es un anticoagulante que ayuda a mantener la sangre fluida y evitar trombos durante y después del procedimiento. En la cirugía con circulación extracorpórea la sangre se desvía fuera del cuerpo a través de una máquina de circulación extracorpórea, la heparina se debe administrar para evitar que se coagule en los tubos y la máquina al mantener la sangre en un estado no coagulante, la heparina asegura que haya un flujo sanguíneo continuo y sin obstrucciones durante la operación. Luego de la salida de circulación extracorpórea la heparina es revertida con su antídoto la protamina" (cfr. peritaje N° 4966/24 punto 4, pedido por la defensa de Sigal).

Por otro lado, en el informe N° 4966/24 se consignó que "en el postoperatorio inmediato P. ingresó estable hemodinámicamente con requerimiento de drogas vasopresoras y débito abundante serohemático por los drenajes y, de acuerdo a la hoja de enfermería, se constató un sangrado total acumulado de 8600 ml desde las 16:00 hasta las 21:00, que fue cuando ingresó

VERSIÓN ANONIMIZADA

nuevamente al quirófano. Así, estaba cursando un *shock* hemorrágico refractario al tratamiento médico y necesidad de altas dosis vasopresores por inestabilidad hemodinámica, por lo que los galenos concluyeron que "debería haber[se] realizado una re exploración quirúrgica más temprana" (cfr. punto 6).

Esa apreciación fue reiterada en diversas oportunidades y ante distintos puntos de peritaje solicitados tanto por el juzgado, la fiscalía y los abogados defensores intervinientes.

Véase que los expertos especificaron que el "manejo del sangrado postoperatorio (…) debió realizarse con mayor celeridad". También afirmaron la relación de causalidad entre la hemorragia interna que sufrió a las 21:20 y su deceso, pues "evolucionó con sangrado activo abundante e incoercible pese a la instauración de tratamiento médico adecuado, por lo que evolucionó con shock hemorrágico con el posterior paro cardiorrespiratorio" (cfr. puntos 7 y 11).

A mayor abundamiento, consideraron "en cuanto al tiempo transcurrido hasta la segunda intervención (…) no fue acorde a las guías de manejo postquirúrgico" (cfr. punto 5, de los pedidos por la defensa de S.). En la misma línea, sostuvieron que "la mortalidad en una reoperación por *shock* hemorrágico asociado a paro cardíaco es alta (…) las estadísticas exactas pueden variar dependiendo de varios factores, como la causa subyacente del sangrado, la rapidez con la que se inicia la reintervención y el estado general del paciente" (cfr. punto 12, puntos pedidos por la defensa de Espinoza).

Luego, en el peritaje N° 4080/2025, puntualizaron que "de las evoluciones médicas y de enfermería durante el manejo postquirúrgico, surge que presentaba un sangrado abundante y deterioro hemodinámico. En estos casos en los que el sangrado no puede controlarse con estrategias médicas, se debe valorar la necesidad de una intervención quirúrgica asumiendo el alto riesgo de la misma" (cfr. punto b), solicitado por el juez).

A su vez, indicaron que "en términos generales, cuanto más precoz es la reexploración de un paciente con sangrado refractario al tratamiento médico, pueden mejorar las chances del control de sangrado" (cfr. punto "c"). El mismo examen se explicó que en el contexto de sangrado "masivo" que no respondía al tratamiento médico, con hipertensión arterial y requerimientos de altas dosis de vasopresores que presentaba la damnificada, la reexploración quirúrgica resultaba "perentoria" (cfr. punto "d", solicitado por la fiscalía).

Finalmente, los especialistas profundizaron sus conclusiones en el sentido apuntado en su último informe, N° 2604/2026, en el que establecieron que "el volumen de sangrado acumulado en la documentación médica (…) fue marcadamente elevado" y, en ese contexto, "desde el punto de vista médico quirúrgico, la reexploración quirúrgica debería haberse realizado con mayor

VERSIÓN ANONIMIZADA

celeridad, dado el carácter masivo y persistente del sangrado". Al tiempo que "durante la evolución en unidad coronaria se documentó mediante la realización de un ecocardiograma, la presencia de coágulos que comprimían el ventrículo derecho, hallazgo que generó la sospecha de un posible taponamiento cardíaco. Ante esta nueva situación clínica se indicó re exploración quirúrgica".

También destacaron que "en relación con el manejo inicial del sangrado posoperatorio, se considera que la indicación de re exploración quirúrgica debería haberse efectuado con mayor precocidad, dada la magnitud del sangrado y la evolución hemodinámica. En relación con la sospecha posterior de taponamiento cardíaco, la conducta de indicar reexploración quirúrgica por el caso puntual del taponamiento, resultó adecuada y realizada en tiempo oportuno, conforme a la gravedad potencial de dicha complicación" (punto I).

Por lo demás, consignaron que "diversos estudios han demostrado que la re exploración quirúrgica temprana en pacientes con sangrado postoperatorio significativo puede asociarse a mejores resultados, el retraso en la exploración por sangrado se asocia con mayor morbimortalidad, mientras que la intervención temprana puede mejorar las posibilidades de control del sangrado y la evolución del paciente" (punto II.b)

5. Al ejercer sus defensas materiales los imputados negaron haber actuado de manera negligente.

Vrancic sostuvo que actuó conforme la *lexis artis médic*a, explicó los motivos por los cuales era adecuada la intervención quirúrgica que sugirió y , en su primera presentación, negó haber omitido ordenar el cateterismo y desconocía los motivos por los cuales la paciente lo había realizado, aunque luego en su segunda presentación, indicó que en realidad no lo había ordenado porque en su lugar le pidió una angiotomografía coronaria que lo consideraba menos invasivo. Explicó que P. se encontraba muy limitada en sus actividades diarias por su patología, por lo que no consideró necesario ni prudente posponer la intervención quirúrgica programada, por lo que ese mismo día ordenó su realización, que podía realizarse en el preoperatorio inmediato, sin aumentar el riesgo de sangrado, porque la heparina que se administraba se revertía con "protamina".

Negó haberla desatendido en el postoperatorio porque los pacientes que salen del quirófano son atendidos por un equipo multidisciplinario, que atienden su recuperación, en contacto con el médico responsable de la cirugía. Respecto del sangrado que evidenció, sostuvo que no se trataba de una hemorragia quirúrgica sino

VERSIÓN ANONIMIZADA

de una coagulopatía severa, que fue tratada mediante transfusiones, medicación y finalmente NovoSeven. Según su explicación, la reintervención no debía hacerse inmediatamente porque primero era necesario corregir la alteración de la coagulación; recién cuando mejoró el coágulograma y aparecieron coágulos en el mediastino se indicó la exploración.

Finalmente, negó haber abandonado a la paciente, pues explicó que debió concurrir a otra cirugía de urgencia en otro establecimiento, pero que permaneció comunicado con los médicos del ICBA. Afirmó que la muerte obedeció a una complicación clínica grave —sangrado excesivo y shock cardiogénico— y que no podía afirmarse que una reintervención más temprana hubiera modificado el resultado.

Por su parte, Sigal expresó que era cardiólogo clínico del staff de internación, no cirujano, y aclaró que no había participado de la evaluación preoperatoria ni de la cirugía. Dijo que recién conoció a P. cuando salió del quirófano.

Al recibirla, encontró a una paciente hemodinámicamente inestable, con abundante sangrado por los drenajes y alteraciones severas del coágulograma. Frente a ello, inició inmediatamente soporte hemodinámico con drogas vasoactivas y una estrategia transfusional guiada por objetivos, trabajando conjuntamente con Hematología. Según su relato, se puso en contacto con Vrancic, quien consideró necesario corregir primero la coagulopatía antes de reoperar, criterio que Sigal compartió. Cuando el sangrado continuó, volvieron a comunicarse con Vrancic, quien les informó que se encontraba realizando una cirugía de urgencia en otra institución.

Por ello, se convocó a Espinoza. Sigal explicó que se administró NovoSeven, con cierta mejoría de la presión arterial y del coágulograma. Posteriormente, ante un nuevo episodio de hipotensión, se realizó un *ecodoppler* que evidenció coágulos que comprimían parcialmente el corazón, por lo que Espinoza realizó la re exploración quirúrgica. Así, alegó que el tratamiento postoperatorio dispensado habría sido adecuado.

Por último, Espinoza explicó que no estaba de guardia el 6 de julio de 2023 y que se encontraba en su domicilio cuando, a las 18:00, recibió un llamado de Sigal para que acudiera al ICBA a explorar quirúrgicamente a P., debido a que no podían comunicarse con Vrancic. A su arribo, tomó conocimiento del cuadro y, junto con los médicos de Cardiología y Hematología, decidió continuar inicialmente con la corrección de la coagulopatía y luego realizar la exploración quirúrgica, destinada a descartar un taponamiento cardíaco o un sangrado de origen quirúrgico.

VERSIÓN ANONIMIZADA

#41526900#526243805#20261104082927572

La exploración comenzó a las 22:05 y no encontró sangrado quirúrgico activo ni taponamiento cardíaco. Durante la intervención la paciente sufrió un paro cardíaco; se realizaron maniobras de reanimación sin éxito y se constató el fallecimiento a las 23:20. Por lo demás, afirmó que en la ocasión habló con los familiares y les explicó la situación.

6. Entendemos que los elementos reunidos hasta el momento llevan a confirmar el dictado del procesamiento de Vrancic, ya que acreditan, con el grado de probabilidad exigido por el artículo 306 del CPPN, que violó deberes objetivos de cuidado a su cargo, que se verifican en el desenlace fatal.

a. En ese sentido, en primer lugar, Vrancic omitió ordenar en tiempo oportuno el cateterismo cardíaco, de manera de diferirlo en un tiempo prudencial con la intervención quirúrgica siguiente. Como consecuencia de ello, recibió la paciente medicación anticoagulante -heparina- en suministros sucesivos, lo que contribuyó con el proceso, que según la hipótesis sostenida, habría sido la causa de las inmediatas complicaciones -abundante sangrado y la alteración de la coagulación-, cuadro que no pudo ser revertido por los tratamientos intentados y las transfusiones que debieron realizarse, ocasionándose así la muerte por hemorragia interna y externa.

Su versión defensista, sobre este punto, ha sido contradictoria. En un primer momento, argumentó que había indicado la necesidad de realizar un cateterismo a la paciente, pero ella no lo había realizado. Ello no surge de las constancias de atención médica, y es refutado por la familia de la víctima. En su segundo descargo, en cambio, señaló que no había ordenado el cateterismo ya que estimó pertinente otro estudio -angiotomografía coronaria-, por resultar menos invasivo. Ahora bien, lo cierto es que el cateterismo, de todos modos, fue realizado por orden suya, con anterioridad a la concreción de la intervención quirúrgica, lo que pareciera indicar que lo consideraba necesario, extremo que contradice que fuera sustituible por el otro estudio de diagnóstico.

En definitiva, lo cierto es que ordenó una intervención a continuación de la otra, y ello es considerado inusual en el peritaje, que considera que debe hacerse días o semanas antes para una evaluación completa y consecuente planificación segura de la cirugía, además de señalar que hacer los procedimientos el mismo día podía aumentar el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, por la posible reacción a los contrastes.

VERSIÓN ANONIMIZADA

Sobre el punto, explicó Vrancic que no consideró necesario ni prudente posponer la intervención quirúrgica programada y ordenó el preoperatorio inmediato, estimando que ello no aumentaba el riesgo de sangrado porque la heparina que se administraba se revertía con "protamina".

Ahora bien, por un lado, el médico que realizó el cateterismo, Dr. Pablo Manuel Lamelas, explicó que dadas las dosis suministradas de "heparina" para su concreción, no se administró luego medicación para contrarrestar su efecto -protamina-, en tanto sus efectos debían revertir entre una y dos horas después (cfr. fs. 275/84). Además, no surge información documentada sobre el suministro de "protamina" luego de esta intervención, con lo que esta carencia se consolida. En ese contexto, según figura en las constancias de atención, el cateterismo habría concluido a las 8:15, pero la paciente fue reingresada a quirófano a las 9:20 y comenzada la intervención a las 10:30. Es decir, que, entre la conclusión del cateterismo y la intervención quirúrgica, no transcurrieron dos horas. Desde que esta última se realizó con circulación extracorpórea de sangre y consecuentemente reclamaba el suministro de heparina también, su administración habría ocurrido antes del comienzo de la cirugía *"per se"*.

Consecuentemente, surge de autos que se habrían suministrado dos dosis de heparina en un corto período, en que la primera no habría alcanzado a cesar en sus efectos, y sin que se hubiera administrado protamina entre una y otra, lo que permite consolidar la idea que ello pudo contribuir al proceso que desencadenó el resultado típico.

b. Se advierte también que, al concluir la intervención, Vrancic notó ya un proceso hemorrágico significativo. Así se lo habría comunicado a los familiares, y también se consignó en la historia clínica, al sostener que "se revierte heparinización y se efectúa control estricto de hemostasia", señ[illegible]do que se trataba de una "hemostasia dificultosa". En su descargo, admitió que se presentaba una "coagulopatía severa".

Es claro, entonces, que ni bien concluyó la intervención, los indicadores de sangrado excesivo fueron advertidos. Vrancic explicó que, ante ello, fue él quien dispuso que la reintervención no debía hacerse inmediatamente, en tanto era necesario corregir la alteración de la coagulación, y por ese motivo se difirió la exploración.

Pero el punto es que, antes de que concluyera ese proceso de intervención y evaluación de la evolución, se ausentó del nosocomio. Es decir, que luego de haber ordenado una intervención seguida de la otra -cateterismo y cirugía-, en las que se aplicaron sustancias que podrían haber gravitado en las complicaciones, se retiró del establecimiento y dejó las evaluaciones primigenias a terceros, asumiendo otras labores complejas, que dificultaron el proceso de consultas

VERSIÓN ANONIMIZADA

#41526900#526243805#20261104082927572

y las tomas de decisión. Estos diferimientos han sido pericialmente considerados como contribuciones decisivas para el proceso letal.

c. La falta de indicaciones adecuadas por su parte hacia su equipo médico y su falta de disponibilidad ante los urgentes llamados de sus colegas, pese a que habría estado en conocimiento del apremiante cuadro de su paciente, incluso antes de retirarse del centro de salud, se presentan como factores decisivos del deceso.

Las declaraciones de M. del P. P. y de S., corroboran que en el postoperatorio inmediato ya sufría las pérdidas de sangre que luego se profundizarían. Vrancic expresó que no abandonó a la paciente, en tanto debió concurrir a otra cirugía de urgencia en otro establecimiento, pero permaneció comunicado con los médicos del ICBA. Explicó que los pacientes que salen del quirófano son atendidos por un equipo multidisciplinario, que atienden su recuperación, en contacto con el médico responsable de la cirugía.

Ahora bien, en primer lugar, de lo obrado, no parece que pueda argumentarse que el equipo a cuyo cuidado permaneció la paciente hubiera sido autosuficiente para delegar en él la adecuada atención, incluso la necesidad de iniciar una cirugía exploratoria subsecuente, en particular frente al severo cuadro inmediatamente advertido, y que se atribuye a decisiones por él adoptadas. Sigal expresó que no es cirujano, y que las decisiones del tratamiento ulterior las adoptó Vrancic, extremo que él admite. Expresa también que en un determinado momento, el nombrado dejó de atender sus llamados, lo que provocó que convocara a otro médico Espinoza, cirujano que realizó la exploración, no se hallaba en el ICBA cuando fueron requeridos sus servicios promediando las 18:00., sino en su domicilio. Es decir, que la posibilidad de una efectiva e inmediata atención fue seriamente condicionada, por decisiones de organización atribuibles a Vrancic.

En segundo lugar, adviértase que la intervención quirúrgica del otro establecimiento, que le impidió atender las consultas a partir de un determinado momento e intervenir en la exploratoria, habría comenzado a las 17:29, y se proyectó hasta las 22:31. Es decir, comenzó tres horas después, y duró cinco horas. Ello indica que medió un lapso en el que pudo haber evaluado con mayores recaudos las posibles contingencias de la evolución de la paciente, en particular si la cirugía en la que se involucraba era de complejidad y podía demorar su atención por un lapso prolongado. Ello debería haber ameritado que se prevea la presencia de

VERSIÓN ANONIMIZADA

cirujano “in situ”, con el que se pudiera haber interactuado con mayor premura, y que se evaluado un plan específico de contención de todas las derivaciones posibles.

Por otra parte, se advierte que la intervención quirúrgica que trata como de urgencia, para explicar su ausencia, conforme surge documentado, aunque compleja, había sido programada, lo que le hubiera permitido su reprogramación si una de las derivaciones posibles del cuadro de la paciente P. era aquél que finalmente ocurrió y que reclamaba una nueva intervención. Y si, por el contrario, aunque programada, la otra intervención no era diferible, ello era conocido también por Vrancic, pues entonces en la evaluación que hizo al ordenar el cateterismo el mismo día en que se debía concretar la cirugía, fue conociendo que no se hallaría presente para atender las contingencias que la evolución del cuadro podrían provocar. Por las razones apuntadas, las decisiones que adoptó en el marco de sus criterios de organización, habrían importado un incremento del riesgo propio de la intervención, en tanto quedó ralentizado todo el proceso de evaluación y consecuente toma de decisiones, que es lo que en definitiva habría ocasionado el resultado típico.

Téngase presente que los expertos explicaron que “la re exploración temprana (dentro de las 4 horas) se asocia a mejores resultados clínicos" y que "la demora en la re exploración se asocia a un incremento progresivo de complicaciones, incluyendo mayor requerimiento transfusional, disfunción orgánica y aumento de la mortalidad” (punto II.h del informe del 30/3/26).

Entonces, si la re exploración tuvo que haberse realizado dentro de las 4 horas de concluida la cirugía, para presentar una perspectiva razonable de éxito, ese proceso de toma de decisión se encontró bajo la posibilidad de actuación de Vrancic al menos en las primeras tres, en forma previa al inicio de la otra cirugía en la que se involucró. Y si se disponía, en la hora restante, a intervenir en otra cirugía de complejidad -que convocó su atención por cinco horas-, resultaba exigible que se deje un plan de contingencia preciso y se provean los medios al efecto.

d. Los expertos indicaron que “si bien se implementaron medidas terapéuticas acordes al manejo inicial del sangrado (...) la magnitud del débito por drenajes, su carácter persistente y el progresivo deterioro hemodinámico configuran un sangrado masivo refractario al tratamiento médico. En ese contexto (...) la evolución clínica documentada evidencia que dichos parámetros, en su integración, orientaban a una indicación de re exploración quirúrgica más precoz” (informe punto II.e del informe del 30/3/26).

Téngase presente que, según los peritos “son indicadores de re exploración quirúrgica los sangrados por drenajes mayores a 500 ml en una hora, mayores a 400 ml en 2 horas y mayor a 300 ml en 3 horas” y “en el caso de autos surge de la documentación médica que al ingreso a la U.C.O. a las 15:27 presentaba

VERSIÓN ANONIMIZADA

#41526900#526243805#20261104082927572

un 'drenaje mediastinal con sangrado activo mayor a 1000 ml'", siendo que en ese contexto de sangrado masivo refractario a tratamiento médico, con hipotensión arterial y requerimientos de altas dosis de vasopresores la reexploración quirúrgica resultaba perentoria" (cfr. punto "d", solicitado por la fiscalía, informe del 7/5/25).

Es decir, ya a las 15:27 -una hora después de la conclusión de la cirugía, y dos antes del ingreso de Vrancic al quirófano por la segunda intervención que lo convocó-, según los expertos convocados se presentó la necesidad de la nueva intervención.

Sobre su orden de no intervenir por los valores, el volumen fue considerado como "marcadamente" elevado por los peritos: a las 16, de 2200; a las 17 de 1900; a las 18 de 500 y a las 19 de 1300 ml; dicen que en ese contexto la re exploración "debería haberse realizado con mayor celeridad, dado el carácter masivo y persistente del sangrado". Según la bibliografía aportada en relación con el "sangrado excesivo", es difícil de establecer, pero se considera "un débito esperable unos 100 ml/hora durante las tres primeras horas o hasta 700 ml e las primeras 24 horas" y, la transfusión de glóbulos rojos, como se hizo, se recomienda hacerla en función del estado clínico del paciente, no solo por un umbral de hemoglobina fijo y "deben bA. cearse sus beneficios (...) con el hecho de que su uso se asocia a un aumento de morbimortalidad perioperatorio".

La cirugía exploratoria, en cambio, fue dispuesta varias horas después de iniciado el sangrado masivo pese a que, conforme de manera conteste lo sostuvieron reiteradamente los peritos intervinientes, su magnitud y persistencia imponían concretar con mayor celeridad a la observada el procedimiento, en lugar de concretarlo recién al advertir el taponamiento cardíaco finalmente verificado, lo que podría haber incrementado las posibilidades de controlar su hemorragia y, en consecuencia, de supervivencia.

7. En estas condiciones, es posible afirmar, con el grado de convicción que reclama esta etapa, que el Vrancic reunía la condición de garante y tenía a su cargo la obligación de adoptar, mediante un quehacer activo, las medidas que estaban a su alcance para el efectivo cumplimiento de su mandato de velar en todo momento por la salud del paciente (Ley nacional del ejercicio de la medicina -Ley 17.132, artículo 19, inciso 2 artículo- y Ley N° 1831 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, artículo 11, incisos b y d).

En efecto, como hemos dicho, el diagnóstico que presentaba la víctima ameritaba la realización del cateterismo cardiaco con una prudente antelación, en

VERSIÓN ANONIMIZADA

especial, en atención a que conllevaba el suministro del anticoagulante y tal cuestión era particularmente delicada para el cuadro de la paciente. A su vez, los síntomas que evidenció inmediatamente después de la intervención quirúrgica practicada eran indicadores de una situación riesgosa a ser atendida con celeridad, extremo que no ha sido contradicha. El no haber obrado de acuerdo a las precisas contingencias y la urgencia que requería el caso, obviando las acciones apropiadas, que bien podría haber realizado –como la completa batería de estudios prequirúrgicos o la pronta cirugía de reexploración– permiten encuadrar el caso en las notas propias del tipo objetivo del delito omisivo culposo.

Debe destacarse que "en el delito imprudente, concretamente derivado de la praxis médica, la omisión o violación al deber específico de cuidado no se vincula con dogmáticas certezas sino con la potencial capacidad de evitación del resultado o cuanto menos con la disminución del riesgo de que tal resultado se produzca (ver Sala VII, causa N° 1870/16 "Coto", rta.: 7/4/21, con integración del juez Rodríguez Varela, donde se citó la nro. 36912/11 "Nicoletti, Guillermo" del 31/10/14).

C. Sobre el procesamiento de J. C. Espinoza y A. R. Sigal:

El juez Ignacio Rodríguez Varela dijo:

8. En cuanto al desempeño del primero como médico coordinador, y del restante como cirujano convocado de emergencia, quedaron a cargo del control de la evolución de la víctima en sus horas más críticas, y no le habrían brindado las prestaciones médicas necesarias para remediar o atender con las mayores posibilidades de éxito posible el cuadro hemorrágico que presentaba. Habrían en cambio demorado la cirugía de re exploración, que dispusieron recién varias horas después de iniciado el sangrado masivo pese a que, conforme de manera conteste lo sostuvieron reiteradamente los peritos intervinientes, su magnitud y persistencia imponían concretar con mayor celeridad a la observada el procedimiento, en lugar de concretarlo recién al advertir el taponamiento cardíaco finalmente verificado, lo que podría haber incrementado las posibilidades de controlar su hemorragia y, en consecuencia, de supervivencia.

En punto a ello, cabe recordar, tal como antes se ha expuesto, que los galenos del C.M.F. explicaron que "la re exploración temprana (dentro de las 4 horas) se asocia a mejores resultados clínicos" y que "la demora en la re exploración se asocia a un incremento progresivo de complicaciones, incluyendo mayor requerimiento transfusional, disfunción orgánica y aumento de la mortalidad" (punto II.h del informe del 30/3/26). Asimismo, que "si bien se implementaron medidas terapéuticas acordes al manejo inicial del sangrado (...) la magnitud del débito por drenajes, su carácter persistente y el progresivo deterioro hemodinámico configuran

VERSIÓN ANONIMIZADA

un sangrado masivo refractario al tratamiento médico. En ese contexto (...) la evolución clínica documentada evidencia que dichos parámetros, en su integración, orientaban a una indicación de re exploración quirúrgica más precoz" (informe punto II.e del informe del 30/3/26). Sin embargo, de lo actuado surge que Sigal habría recibido a la paciente en el postoperatorio inmediato, a las 14:30, cuando ya presentaba un grave sangrado y habría demorado hasta las 18:00 —es decir, tres horas y media– la convocatoria de un cirujano que pudiera asumir la re intervención quirúrgica, cuando se trataba de una operación que, como ha quedado hasta aquí establecido en los distintos informes médicos, para que tuviera mayor oportunidad de éxito, debía decidirse lo antes posible. Sobre el punto destacamos que, según los profesionales "son indicadores de re exploración quirúrgica los sangrados por drenajes mayores a 500 ml en una hora, mayores a 400 ml en 2 horas y mayor a 300 ml en 3 horas" y "en el caso de autos surge de la documentación médica que al ingreso a la U.C.O. a las 15:27 presentaba un 'drenaje mediastinal con sangrado activo mayor a 1000 ml'", siendo que en ese contexto de sangrado masivo refractario a tratamiento médico, con hipotensión arterial y requerimientos de altas dosis de vasopresores la reexploración quirúrgica resultaba perentoria" (cfr. punto "d", solicitado por la fiscalía, informe del 7/5/25).

Por otro lado, Espinoza, que acudió enseguida al nosocomio, también a su turno insistió en la adopción de medidas terapéuticas, pues la epicrisis indica que "de forma multipliscinaria en conjunto al servicio de hematología, de farmacia y cirugía cardiovascular" se decidió la aplicación de Novo Seven, y no dispuso la operación sino hasta las 22:05 cuando, por todo lo expuesto hasta aquí, debía haberse hecho antes, si quería obtenerse al menos la posibilidad de un resultado más favorable.

Cabe destacarse la consideración que surge del fragmento del Consenso de Recuperación Cardiovascular de la Sociedad Argentina de Cardiología citado en la introducción al informe del C.M.F. 11/9/24 en cuanto a que "frente al diagnóstico de sangrado excesivo, la decisión de re operar un paciente no resulta sencilla, una re intervención se asocia a mayor morbimortalidad, fundamentalmente si se efectúa en forma tardía y en peor condición clínico-hemodinámica".

Entonces, en mérito a todo lo reseñado considero con los alcances propios de esta etapa que los imputados fueron imprudentes en el tratamiento médico dispensado a M. S. P., cada uno en el rol que le cupo, ya en los albores al omitir la correcta indicación sobre los estudios prequirúrgicos que

VERSIÓN ANONIMIZADA

debía realizarse y espaciarlos precavidamente en miras a cirugía de gran relevancia a la que iba a ser sometida después, así como también al no dispensar luego la reintervención quirúrgica que aquella requería, todo los cual, ejecutado a su tiempo, podría haber evitado o reducido el riesgo del desenlace fatal.

Cabe destacar que el pronóstico sobre si un obrar diligente de su parte hubiera derivado en un resultado diverso, como en todo reproche omisivo, no se sostiene en un nexo causal ordinario sino en una razonable probabilidad de evitación de la lesión al prójimo, en orden a lo cual los profesionales del Cuerpo Médico Forense sostuvieron a través de sus sucesivos informes que su reintervención más temprana le hubiese ofrecido *mayores posibilidades* de sobrevida.

Asimismo, con particular atinencia al caso de Sigal y Espinoza, "responde por el resultado no sólo quien puso en peligro un bien jurídico que no se hallaba amenazado, sino también quien empeora la situación de un bien jurídico amenazado […] también hay un incremento del peligro cuando son eliminadas o, incluso, debilitadas las posibilidades de salvamento de un bien jurídico amenazado. (Stratenwerth, Gunter. "Derecho Penal: Parte General. El hecho punible". Buenos Aires: Hammurabi, 2005. Pág. 157, citado en Sala IV, causas N° 20.049/21 "Ortiz Sánchez" rta. 14/5/24 y 18794/21 "Echevarría", rta. 26/9/24).

He sostenido que la falta de certeza absoluta –por lo demás de ardua verificación, tratándose de un curso causal hipotético, en realidad consistente en nexo de evitación– no descarta, sin más, el grado de convicción reclamado por el artículo 306 del Código Procesal Penal de la Nación. Al respecto, "si la objeción se dirige a la supuesta incertidumbre en el nexo de evitación o probabilidad del salvamento, una vez sopesada la prognosis de adición mental hipotética (Luis C. Cabral, otrora presidente de este tribunal y juez de la CSJN, "Compendio de Derecho Penal y otros ensayos", Abeledo Perrot, 2da edición, Buenos Aires, 1997, página 71), de los elementos de juicio reseñados, en particular el fundado dictamen del Cuerpo Médico Forense, surge que la actuación debida y omitida hubiera razonablemente evitado el resultado acaecido y previsible, en grado muy próximo o rayano con la seguridad" (de esta Sala, causa N° 18794/2021 "Echeverría", rta. 26/9/2024 y causa N° 47217 /2023 "Comando", rta. 12/11/25 , con cita a Alejandro Ferro, "El delito culposo de omisión. A propósito de su confusión con el tipo comisivo en la dogmática penal", Ed. Hammurabi, Bs. As. 2024, pág. 92), tal como entiendo que se verifica en este caso.

Así, es posible tener por acreditado con el grado de provisoriedad que requiere esta etapa procesal, la materialidad del hecho y la responsabilidad de J. M. Vrancic, A. R. Sigal y J. C. Espinoza, y habilita el avance del proceso hacia las etapas ulteriores y la plena vigencia de los principios de contradicción e inmediación, donde podrá evaluarse con mayor amplitud los

VERSIÓN ANONIMIZADA

elementos de juicio reunidos, así como los cuestionamientos introducidos por las defensas. Ello, sin perjuicio de los debates y precisiones jurídicas a los que pueda dar lugar el rol que a cada uno de los imputados le cupo durante la atención médica dispensada, y las implicancias recíprocas de las diversas conductas en miras a las consideraciones propias de la eventual individualización de la respuesta punitiva (arts. 40 y 41 del Código Penal) y sus vías alternativas.

9. En línea con lo expuesto, en la deliberación surgió la cuestión relativa a la posibilidad de realizar medidas de prueba adicionales vinculadas, a grandes rasgos, al modo en que fue convocado Espinoza a intervenir, a pormenores sobre la autonomía de decisión de dicho profesional y de Sigal, así como a la incidencia de los tiempos de espera del efecto de los medicamentos, y la eventualidad del dictado hasta entonces de la falta de mérito de ambos imputados.

Al respecto, entiendo por un lado que corresponde recordar que el sostén sustancial de un auto de falta de mérito no es solo el capítulo que remite a la prueba pasible de ser producida para profundizar la investigación, sino la afirmación de que lo que hasta entonces se ha realizado, es decir, los elementos de juicio con cuya recepción se cumplió y su confronte con los argumentos de las partes, impide arribar a un procesamiento, que supone postular una mayor probabilidad de certeza sobre la criminalidad y la responsabilidad de los imputados, como tampoco a una decisión definitiva en arreglo al artículo 336 del Código Procesal Penal de la Nación (ver, Sala IV, causa N°11155/21/CA10 "Morla", rta. el 02/10/23 y causa Nº 38795/2/CA1 "O. ", rta. 3/11/23, entre otras).

De todas formas, considero que tales interrogantes no se exhiben dirimentes a la luz del resto de los elementos de juicio antes valorados y, en la medida que suponen aclaraciones o la ampliación de consideraciones sobre la labor pericial ya verificada en la causa, podrían ser materia del examen y discusión en las subsiguientes etapas procesales.

Ello sin perjuicio de señalar que la posible relación profesional entre los imputados, lo mismo que las eventuales valoraciones de autoridad que recíprocamente se hubieran reconocido y la incidencia que tales situaciones pudieran haber tenido en la conducta de Espinoza y Sigal, no modifican lo que hasta aquí he señalado sobre su responsabilidad en el caso. En definitiva, así como no se han esbozado en ese sentido razones de justificación de sus actos o su hipotética inculpabilidad, adecuadas a las causales previstas en la ley penal (in re Sala IV, 16744/21/11/CA7 "Olguin y otros", rta. 6/8/24), ciertamente no se advierte que sea

VERSIÓN ANONIMIZADA

necesario profundizar en tales extremos como medida previa a nuestro pronunciamiento. Queda también a salvo, en derredor de esas circunstancias, su eventual relevancia en oportunidad del debate y la decisión sobre los injustos reprochados y la graduación sus consecuencias.

10. El monto del embargo trabado sobre los bienes de Sigal no resulta excesivo si se atiende a que debe satisfacer una eventual indemnización –que, en el caso, habrá de tener en cuenta "las consecuencias de la violación de los derechos personalísimos de la víctima, de su integridad personal, su salud psicofísica, sus afecciones espirituales legítimas" (art. 1738, Código Civil y Comercial)– y las costas, las que comprenden el pago de la tasa de justicia, los honorarios devengados por los abogados defensistas y de la querella, los peritos intervinientes y los demás gastos que hubiera originado la tramitación de la causa (artículos 518 y 533 del Código Procesal Penal de la Nación).

El juez Santiago Quian Zavalía dijo:

1. A diferencia de lo sostenido con relación a Vrancic, no encuentro que el cuadro reunido, al menos al presente, permita sostener que el resultado típico sea atribuible, también, al desempeño de Sigal como médico coordinador -que quedó a cargo del control de la evolución de la víctima- ni al de Espinoza -convocado de emergencia para la realización de la cirugía exploratoria-, por lo que, a su respecto voto por revocar el procesamiento dictado a su respecto, y estar a su falta de mérito para procesar o sobreseerlos, oportunamente dictada.

El diferimiento en la cirugía de exploración habría sido por decisión de Vrancic. De lo actuado, surgiría que Sigal -que no es cirujano- habría recibido a la paciente en el postoperatorio inmediato, a las 14:30, cuando ya presentaba un sangrado significativo, pero fue por decisión del primero -que tomó todas las decisiones previas- que se inició un tratamiento no invasivo para su contención.

La convocatoria de otro cirujano que pudiera asumir la re intervención quirúrgica habría ocurrido recién a las 18:00 —es decir, tres horas y media–, pero resta evaluar si ello tuvo por razón que, ya iniciado el camino del tratamiento medicamentoso, se hubiera previsto un plazo de evaluación prudencial (p.ej., la evaluación del sangrado en las 3 horas postquirúrgicas), o al no poder darse con Vrancic para que tomara intervención por hallarse en la otra cirugía.

Espinoza, tras ser convocado a las 18:00, habría llegado desde su domicilio ubicado en [redacted]
La fiscalía estima que habría llegado a las 19:00 al nosocomio, conforme a la reconstrucción realizada por la fiscalía en base a la búsqueda efectuada con Google Maps que ilustraría que podría haber tardado entre veinticinco y treinta minutos (cfr. presentación del 10/6/25). Si bien esta cuestión no ha sido controvertida por la defensa ni por el imputado, reclama corroboración, en tanto configura un dato

VERSIÓN ANONIMIZADA

#41526900#526243805#20261104082927572

esencial para evaluar su responsabilidad, en particular cuando S., en declaración testimonial, argumentó recordar que con el arribo del nombrado -que lo hizo con el propósito de realizar la intervención exploratoria- el ingreso de la paciente a quirófano se habría verificado inmediatamente. Ello recla M. la procura de los registros hospitalarios, de ingreso y egreso de profesionales o sus vehículos. Pero incluso tomando por base la estimación de la Fiscalía, de conformidad con lo arriba expresado, ya había transcurrido el plazo prudencial para la exploración exitosa (cuatro horas).

Por un lado, al nombrado, que no había intervenido en la cirugía, se le presentaba que esa intervención había sido realizada luego del cateterismo practicado el mismo día -extremo que, por lo visto, incrementó el riesgo-; también, que el cirujano que intervino no estaba disponible, en tanto se hallaba realizando otra operación, y que la paciente estaba ya en curso un tratamiento medicamentoso y de transfusiones tendiente a su estabilización, que conforme aquél -Vrancic- era necesario, como recaudo previo para la exploración.

Es decir, se habría expuesto a un proceso en curso, por decisión ajena, con criterio médico contrario al que, ahora, se expone como el necesario -la inmediata intervención-, todo lo cual no le habría sido advertido ex ante para planificar adecuadamente una intervención riesgosa, y que para la decisión definitiva de obrar y comienzo de actuación debía concedérsele un plazo prudencial.

Adviértase que, hasta el arribo al nosocomio, no habría tenido ocasión de observar por sí las constancias de los estudios evolutivos, interactuar con el equipo que estaba al cuidado de la paciente y evaluarla para tomar una decisión responsable, que un cuadro como el descripto no resulta esperable que se adopte sobre la base de referencias telefónicas de terceros, en tanto involucraba su labor en una actividad riesgosa. Además, prever lo necesario para la concreción de la intervención.

Merece destacarse la consideración que surge del fragmento del Consenso de Recuperación Cardiovascular de la Sociedad Argentina de Cardiología citado en la introducción al informe del C.M.F. 11/9/24 en cuanto a que "frente al diagnóstico de sangrado excesivo, la decisión de re operar un paciente no resulta sencilla, una re intervención se asocia a mayor morbimortalidad, fundamentalmente si se efectúa en forma tardía y en peor condición clínico-hemodinámica". Es decir, que la situación que se le presentó era, a este punto, también riesgosa si procedía, y

VERSIÓN ANONIMIZADA

le precedía un criterio médico -de quien intervino en la cirugía y tomó las decisiones precedentes y subsecuentes-, diverso.

El margen de actuación que se le presentó parecería acotado, y además, considerando las mismas ponderaciones del Cuerpo Médico Forense, habría transcurrido ya el plazo prudencial para concretar la intervención de forma exitosa -cuatro horas-, con lo cual resulta necesario precisar pericialmente si la realización de una intervención a su arribo -como la que se le exige-, tomando en consideración la verificación precisa de su presencia en el ICBC y el plazo necesario para la evaluación del cuadro y preparación del equipo necesario para la intervención, hubiera evitado el desenlace, o si dadas las condiciones de la paciente ello no puede determinarse.

2. En consecuencia, entiendo que el pronunciamiento impugnado debe revocarse parcialmente, en lo que respecta a la responsabilidad de Sigal y Espinoza, y debe estarse a su falta de mérito oportunamente dictada, con el objeto de concretar las medidas necesarias para completar la encuesta.

En ese sentido, estimo prudente, en primer lugar, establecer la secuencia y los pormenores en torno a las comunicaciones entre Sigal y Espinoza y, en concreto, aclarar quién lo convocó y en qué horario, para lo cual pueden requerirse registros a las empresas de telefonía. Ello, sin perjuicio de la posibilidad de convocar a declaración testimonial ampliatoria a la residente S. , al igual que convocar en el mismo tenor a O. P. . Ellos, si bien han sido oportunamente imputados, han sido sobreseídos, y por lo tanto pueden ser escuchados en forma juramentada, exhaustivamente sobre este particular, y sobre todo el proceso de toma de decisión post – quirúrgica, y el diferimiento que medió entre el arribo de Espinoza y la exploración, y las evaluaciones y decisiones intermedias que pudieron haber habido.

En segundo lugar, aparece conducente ampliar el peritaje de la junta médica del Cuerpo Médico Forense, para determinar si un diferimiento del cateterismo hubiera hecho previsibles dificultades en la coagulación de la paciente; si el estudio que propuso Vrancic -angioplastia- era razonable y podría haber sustituido al cateterismo; si en la intervención del día anterior a la cirugía, en la evaluación de su caso, se advirtió alguna modificación que indicara que ese estudio prequirúrgico debía de todas formas hacerse; y si el estado de salud de la paciente permitía el diferimiento de la cirugía.

Por otra parte, para establecer la dosis de heparina administrada para el cateterismo y para la cirugía posterior, y determinar si la administración de una luego de la otra -según los horarios documentados en los partes médicos, las constancias de hojas de enfermería, o en caso de inexistencia de constancias tales, tomando que ello se hubiera hecho antes del inicio de cada intervención, con

VERSIÓN ANONIMIZADA

#41526900#526243805#20261104082927572

antelación suficiente para que surtiera efecto-, y sin que se administrara protamina de forma intermedia, podía hacer previsible el sangrado excesivo por acumulación de las dosis y su rango de actuación. En la misma línea, si la sumatoria de heparina en las dos intervenciones sucesivas potenciaba su efecto. Además, si surge de la descripción de salud de la paciente, si dadas sus condiciones tenía mayor propensión a la anticoagulación.

Asimismo, para que se explique cuál es el significado de lo consignado por Vrancic al consignar en parte quirúrgico "se revierte la heparinización", y si había otra manera de hacerlo, más allá del suministro de protamina. Por otro lado, se indique cuáles fueron los reactivos que se usaron para el cateterismo, y cuáles son las complicaciones que podrían haber provocado.

En otro orden, para esclarecer la posible participación de Sigal y Espinoza, resultaría necesario precisar si la periodicidad de los controles de la paciente, cuando estaba en los cuidados postoperatorios, era adecuada para su caso. También, se precise si ante una diferencia de opiniones de Vrancic, Sigal o Espinoza, existe algún protocolo o buena práctica que indique cuál opinión es la que debe prevalecer, o provea algún curso de acción a tomar.

También, determinar si acorde con el plan medicamentoso y terapéutico que se le venía administrando a P. , cuál era el período que debía estimarse correspondía aguardar para establecer el impacto de ese tratamiento, y para el caso de Espinoza, si a su llegada (a las 19:00 hs aproximadamente) podría haber ordenado de inmediato la cirugía exploratoria o debía aguardar la verificación de algún síntoma. En el primer caso, si dado el cuadro de salud de la paciente y los valores verificados en los estudios de control para ese horario y su evolución ponderando el cuadro precedente -habiendo transcurrido cuatro horas y media de la cirugía precedente-, hacían que, en una ponderación "ex ante" y acorde con criterios científicos, la intervención exploratoria fuera considerada incluso menos riesgosa que la espera de los efectos de la administración del medicamento aplicado (Novo seven), o si los riesgos de la cirugía subsecuente podían haber sido considerados iguales o mayores que los de la espera de la evolución.

Además, se indique, a contar desde el arribo de Espinoza al establecimiento -a las 19:00 aproximadamente-, cuanto es razonable ponderar hubiera tomado la evaluación del cuadro y examinación de las constancias escritas de los estudios de control producidos, y ante una decisión que convalidara la necesidad de conducir la cirugía exploradora, la preparación del instrumental,

VERSIÓN ANONIMIZADA

equipo y paciente para su realización; y si, al tomar en consideración el horario esperable para el inicio de la intervención y su duración, es posible afirmar que la paciente hubiese tenido posibilidades de subsistencia.

Ello, sin perjuicio de los puntos adicionales que pudieran requerir las partes.

3. Se observa que, ciertamente, ha transcurrido con amplitud el plazo al que refiere el art. 207 del C.P.P.N. Pero la concreción de esas diligencias, en mi opinión, resultan necesarias para determinar si la imputación es verosímil y en su caso habilita la etapa de juicio. Ello, por un lado, gravita en el interés de los encausados, a cuyo beneficio se ha postulado el plazo. En particular en el caso de la defensa de Sigal, postula la profundización de la experticia médica antes de decidir, definitivamente, su situación procesal. De todas formas, el plazo es ordenatorio (ver en este sentido Guillermo R. Navarro – Roberto R. Daray, Código Procesal Penal de la Nación. Análisis doctrinal y jurisprudencial, tomo 1, Ed. Hammurabi, Buenos Aires, 2004, p. 525) y su proyección queda autorizada al tomar en consideración la gravedad del suceso y la complejidad de la pesquisa. Así entonces, resultaría menester que se cumpla con el proceder apuntado y, en miras a dotar de previsibilidad a las partes, se proponga un plazo de prórroga para cumplimentar con las medidas pendientes.

Se advierte, también, que al tomar en consideración la fecha del injusto y la de la primera citación a indagatoria de los imputados -14/10/2024-, resta un plazo prudencial de vigencia de la acción penal que posibilita la concreción de las diligencias (arts. 62 inc. 2° y 94 del C.P.) y la decisión de mérito que pudiese seguir para habilitar la promoción a la etapa venidera. Ello, sin perjuicio del avance del proceso que, en forma individual, puede procurarse con respecto a Vrancic.

4. En consecuencia de lo expuesto, la decisión que habrá de adoptarse torna abstracto el tratamiento de la impugnación deducida contra el monto del embargo trabado sobre los bienes y/o dinero de Sigal.

Así lo voto.

El Juez Ricardo Matías Pinto dijo:

Adhiero en lo sustancial al voto del Juez Rodríguez Varela por compartir sus argumentos.

Respecto de Sigal se tiene en consideración que omitió requerir a su tiempo la realización de la operación quirúrgica ante la situación de emergencia que se había planteado por el sangrado del paciente. Si bien solicitó la intervención de un nuevo profesional cirujano ante la imposibilidad de concurrencia del que había operado a la damnificada, lo cierto es que a la luz del dictamen del C.M.F. ante el cuadro médico que ésta atravesaba, debería haber sido requerida con mayor celeridad. A su vez en relación con Espinoza se valora que aun cuando concurrió

VERSIÓN ANONIMIZADA

#41526900#526243805#20261104082927572

ante el requerimiento de Sigal, conforme la prueba incorporada se advierte que demoró la realización de la operación en tiempo oportuno que podría haber reducido el riesgo, siempre de acuerdo con los exámenes periciales. Esta situación que se pondera a la luz de un cuadro crítico de la víctima, aunque disminuye el juicio de reproche, se considera que no existe una situación de certeza negativa que amerite disponer el sobreseimiento de los imputados y, por el contrario, resulta prudente la realización de un juicio oral y público para que a la luz de los principios que lo nutren inmediación, contradicción y publicidad se resuelva la cuestión.

A estos fines en cuanto al agravio relacionado al nexo de evitación se ha sostenido que "...media entre la omisión de los imputados y el resultado verificado el nexo de evitación por el cual aquél podrá ser atribuido a quien omitió una determinada conducta si tuvo la posibilidad de reducir considerablemente el riesgo de su producción...". La relación de determinación "...no se presenta en el resultado si cuando imaginada la acción del autor el desenlace se hubiera producido igualmente, que sería el supuesto de exclusión de la imputación por falta de realización del riesgo no permitido...", supuesto que no se ha comprobado en autos (*in re*, Sala V, causa N° 40157/2019/CA3 "Acosta Haab", rta. 30/10/23 y Sala VI, causa N° 49588/11, "Interllige", rta. 3/7/14 citado por la Sala V, con mi intervención en la causa N° 34674/2013/CA1 "Ghigliazza, Pablo y otros", rta. 21/9/15).

Así las cosas la violación al deber del cuidado de los imputados creó un riesgo ilegítimo que se habría concretado en el resultado y por ello es dable tener por comprobado con los alcances de esta etapa del proceso que deben responder por la imputación formulada y, a todo evento, podrá ser en el debate en el interrogatorio a los peritos y profesionales que podrá establecerse con mayor precisión y claridad si pese a la realización de una intervención de la paciente no era posible revertir el cuadro como plantean las defensas. De momento con la prueba incorporada se acreditó que existía la posibilidad de realizar la intervención, que era la indicada pese a los riesgos que implicaba, con lo cual se omitió realizar la conducta debida.

Se ha sostenido respecto del incremento del riesgo que "en el delito imprudente, concretamente derivado de la praxis médica, la omisión o violación al deber específico de cuidado no se vincula con dogmáticas certezas sino con la potencial capacidad de evitación del resultado o cuanto menos con la disminución del riesgo de que tal resultado se produzca" (Sala VII, causa N° 24748, "Hospital Israelita", del 16/11/2004 y también de esa Sala, causa N° 44449/21 "Chalup", rta. 18/3/25).

VERSIÓN ANONIMIZADA

Además, "si la actuación requerida hubiera llevado, con una posibilidad rayana en la certeza, a un cambio del curso causal que disminuya el riesgo, no se puede dudar de la causalidad de la omisión y es posible sin más una imputación del concreto resultado. El hecho de que sin embargo el resultado, por razón de otras circunstancias, aún pudiera haberse producido igualmente, pero con menores posibilidades, es un riesgo residual permitido que no puede excluir la imputación del riesgo permitido realmente realizado" (Roxin, Claus, Derecho Penal parte general - Especiales formas de aparición del delito-, Thomson Reuters-Civitas, Madrid, 2014, tomo II, p. 773), afirmaciones que se vinculan con las conclusiones a las que arribaron los especialistas del Cuerpo Médico Forense.

En relación a la valoración de la pericia del CMF, con apego a las reglas de la sana crítica, es preciso recordar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación que "cuando sea necesario efectuar comprobaciones especializadas en juicio, las llevarán a cabo profesionales habilitados, quienes transmitirán al juez su opinión y deducciones; y, al hacerlo, le suministrarán argumentos o razones para la formación de su convencimiento con relación a temas cuya aprehensión vaya más allá de la ciencia jurídica, viniendo así a completar el conocimiento del juez en materias que escapan a su formación" (Fallos 339:542, 331:2109 y 335:854), tal como ocurrió en el caso. A su vez, sus informes "(...) no sólo son los de un perito sino que constituyen el asesoramiento técnico de auxiliares de justicia cuya imparcialidad está garantizada por normas específicas (...) " (Fallos: 319:103; 327:4827, entre otras).

Por último, resta mencionar que también adhiero a los fundamentos expuestos por el Juez Rodríguez Varela en cuanto al monto del embargo trabado sobre los bienes de Sigal.

En consecuencia, por mayoría, el Tribunal **RESUELVE**:

CONFIRMAR la decisión traída a estudio, en todo cuanto fuera materia de recurso.

Notifíquese y efectúese el correspondiente pase al juzgado de origen mediante el Sistema de Gestión Lex 100.

IGNACIO RODRÍGUEZ VARELA

SANTIAGO QUIAN ZAVALÍA
(en disidencia parcial)

RICARDO MATÍAS PINTO

Ante mí:

Micaela Geuzi Karaian

Prosecretaria de Cámara *Ad Hoc*

VERSIÓN ANONIMIZADA

#41526900#526243805#20261104082927572

VERSIÓN ANONIMIZADA

Signature Not Verified
Digitally signed by IGNACIO RODRIGUEZ VARELA
Date: 2026.11.04 08:38:51 ART

Signature Not Verified
Digitally signed by SANTIAGO QUIAN ZAVALIA
Date: 2026.11.04 08:56:58 ART

Signature Not Verified
Digitally signed by RICARDO MATIAS PINTO
Date: 2026.11.04 11:29:25 ART

Signature Not Verified
Digitally signed by MICAELA GEUZI KARAIAN
Date: 2026.11.04 11:30:49 ART

#41526900#526243805#20261104082927572