

//nos Aires, 24 de septiembre de 2021.-

**AUTOS:**

Para resolver la presente **causa nro. XXXXX/XXXX** del registro de la Secretaría nro. XXX y respecto de la situación procesal de **S. L. H.**, argentina, DNI n°XXX, nacida el XX de XXXX de XXXX en XXXX, hija de XXXXXXXX y de XXXXXXXX, estado civil: soltera y madre de una niña de 8 años, ocupación o profesión: médica, con domicilio en la calle XXXXXXXXX, provincia de XXXXXXXX.

**VISTOS:**

**I.-** La presente causa se inició con la intervención del principal A., numerario de la Policía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, luego de haber sido desplazado por el Comando Federal de Emergencias a la calle C. XXXX, de esta ciudad, por “persona caída de altura”.

Al llegar advirtió una persona de sexo femenino caída en la vereda, aparentemente sin vida, en cubito dorsal y con lesiones en la cabeza. Luego tomó contacto con N. J. V., quien indicó que era su mujer y la identificó como L. F. V..

La investigación realizada determinó que el día 7 de marzo de 2021, a las 9:40 horas aproximadamente, L. F. V. se quitó la vida arrojándose al vacío desde la terraza de su departamento sito en la calle C. XXXX, de esta ciudad.

Durante el curso de la investigación se determinó que la occisa padecía trastornos psiquiátricos de larga data y que la imputada era su psiquiatra tratante desde por lo menos febrero de 2019.

Que asimismo se acreditó que días antes de fallecer, la imputada suministró en el marco del tratamiento que venía siguiendo con la occisa, una medicación nueva -que esta última no había ingerido con anterioridad- y cuyos efectos adversos podían causar mayor tendencia al suicidio.

La hipótesis del caso sugirió desde el inicio que la médica tratante no adoptó los recaudos adecuados a su *lex artis* al momento de la prescripción y administración de tal medicamento, no alertó a la paciente y/o a su familia directa sobre los posibles efectos o contraindicaciones y se ausentó del lugar de su residencia habitual por

vacaciones sin adoptar un plan de contingencia y seguimiento adecuado al caso.

Durante el desarrollo de la investigación se reunieron gran cantidad de pruebas entre las cuales se destacan: el Acta intervención policial de fs.1, parte preventivo de fs. 8; declaración testimonial de E. M. de fs.9/10; croquis del lugar del hecho de fs.11, actas de fs.12,13; declaración testimonial de N. B. V. de fs.14/5, 22, 75/76 y 230/31, copia de libreta de matrimonio de fs.16; Informe toxicológico y químico legal de la Morgue Judicial de fs.33, Autopsia de la damnificada de fs.34/43; Informe de la Unidad Médico Forense de Investigación Criminalística de fs.44/46; copias de conversaciones de Whatsapp de fs.49/50; declaración testimonial de L. M. V. de fs.51; copia de acta de defunción de la damnificada de fs.52; copia de los movimientos migratorios de la encausada H. de fs.56; Informe del Laboratorio Químico de la Policía Federal Argentina de fs.60/63; Informe de la Sección Unidad Criminalística Móvil de la de la Policía Federal Argentina de fs.64/65; Informe del Laboratorio de Toxicóloga de fs.70/73; declaración testimonial de N. J. V. de fs.77; declaración espontanea de R. M. 78/79; Informe elaborado por el Cuerpo Médico Forense de fs.83/118, 173/179 y 299; Actuaciones aportadas por el Ministerio de Salud de fs.120/133; actuaciones labradas en relación al allanamiento del inmueble sito en la calle V. XXXX de esta ciudad de fs.157/166, de las que surge que el personal policial no halló la historia clínica de la occisa, pero logró visualizar una gran cantidad de cenizas de papel quemado; Informe del Departamento Química Legal de fs.184/186; Acta de defunción de L. F. V. de fs.188; Informe elaborado por el perito de parte Dr. C. N. de fs.190/196; Pericia realizada por el Cuerpo de Peritos Calígrafos de fs.221/223; Informe elaborado por el Dr. C. N. de fs.300/02; declaración testimonial de N. S. R. de fs.311/12.

Asimismo, se encuentra reservado en Secretaría lo siguiente: Seis recetas originales y una descripción de ingesta de la medicación con membrete de la Dra. S. H.; una caja de 28 comprimidos que reza “Brintellix 10 mg” la cual contiene 19 comprimidos y su respectivo prospecto; un Cd marca Teltron que reza “2919-16”; treinta y siete fotografías de la Unidad Criminalística.

**II.-** Tras la investigación realizada, el 7 de septiembre de 2021 se le recibió declaración indagatoria a S. L. H. atento lo normado en el artículo 298 del CPPN en orden a la acusación por negligencia en el ejercicio en su profesión como médica psiquiatra de la muerte de L. F. V..

En esa ocasión se le hizo saber los hechos atribuidos recontando que según la prueba la mencionada profesional había comenzado a atender a L. F. V. el 18 de febrero de 2019 por un cuadro depresivo. Con el avance de las sesiones, las cuales ocurrían en forma mensual, con fecha 8 de febrero de 2021 la profesional le indicó que cambiara la medicación que hasta entonces ingería -escitalopram- y le prescribió otra distinta-vortioxetina hidrobromuro-.

Que a pesar de las contraindicaciones que esa medicación contenía, las cuales consisten en el aumento de ideas suicidas, no continuó con una adecuada supervisión y control de la paciente teniendo en cuenta que emprendió un viaje al exterior entre los días 15 de febrero y 14 de marzo de 2021, como así tampoco les informó a sus familiares de las posibles consecuencias del mismo, ni dejó a F. V. a cuidado de otro profesional.

Que, como probable consecuencia de la ingesta administrada por la médica tratante, L. F. V. sufrió un cuadro depresivo justamente por las contraindicaciones de dicho medicamento, por lo que finalmente el día 7 de marzo de 2021 se quitó la vida arrojándose de la terraza de su domicilio, falleciendo como consecuencia de "politraumatismos, hemorragia interna".

Que en tal ocasión S. L. H. se negó a declarar.

**III.-** Previo al llamado a indagatoria, en sede fiscal se remitió nuevamente la causa al Cuerpo Médico Forense a fin de ampliar la pericia oportunamente realizada. El objetivo de dicha ampliación versaba principalmente en determinar si efectivamente existió o no la comunicación de pautas de peligro por parte de la imputada y el alcance normativo de la obligación de una comunicación escrita y firmada sobre las pautas de alarma.

En ese mismo sentido, fue agregado un informe presentada por el Dr. C. N. -perito de parte propuesto por la querella-, en disidencia con lo resuelto por el Cuerpo Médico Forense.

Finalmente, se le recibió declaración testimonial a N. S. R. -testigo propuesta por la parte querellante- en razón de haber sido paciente de la imputada H..

Ahora bien, la Fiscalía actuante devolvió el legajo solicitando se dicte el procesamiento de la imputada S. L. H..

## **Y CONSIDERANDO:**

### **I.- Consideraciones preliminares**

En primer lugar, debo aclarar que la decisión que adoptaré se basa en un concienzudo análisis de las pruebas obtenidas y los razonamientos que se coligen a partir de ella sobre el contexto de la acción, su *iter-criminis* y su resultado. No dejo de observar que el caso de autos se finca en establecer la responsabilidad penal derivada de un posible nexo causal entre una o mejor dicho varias omisiones y un resultado fatídico, y que la aserción sobre dicha relación resulta a mi juicio, sin margen de dudas como atribuible a la médica psiquiatra tratante de la occisa, a título de culpa.

He de señalar al respecto que el método de la sana crítica racional deja al Juzgador en libertad para admitir toda prueba que estime útil en miras al esclarecimiento de la verdad y para apreciarla conforme a las reglas de la lógica, de la psicología y de la experiencia común.

De esta forma la decisión jurisdiccional debe encontrarse adecuadamente fundada en base a los *principios de razonabilidad y logicidad*, de forma tal de permitir a las partes conocer el *iter lógico* de su elaboración.

Así, la resolución debe reposar en medios de prueba debidamente incorporados y encontrarse adecuadamente fundada –artículo 123 y concordantes del C.P.P.N.-.

De esta forma, llegada esta causa a esta instancia para resolver la situación procesal de S. L. H., debo afirmar que se encuentra acreditada en el legajo la materialidad del hecho que se le imputa y la responsabilidad que en el acaecimiento del desenlace fatal le cupo a la nombrada, a la luz de los elementos de prueba colectados a lo largo de la instrucción y con los alcances previstos en el art. 306 del Código Procesal Penal de la Nación; por lo que entiendo esta causa debe ser resuelta en una instancia superior con la inmediatez y concentración propia del debate.

**II.-** Sentado lo expuesto, habré de explicar los fundamentos que me han llevado a dicha conclusión, insistiendo este juez en haber agotado la instrucción en los términos del artículo 193 del CPPN.

En ese sentido, se impone señalar que, a la luz de los elementos de cargo acumulados en el legajo, no existen controversias en cuanto a que el día 7 de marzo de 2021, a las 9:40 horas aproximadamente,

L. F. V. se quitó la vida arrojándose al vacío desde la terraza de su departamento sito en la calle C. XXXX, de esta ciudad.

Para ello, en primer lugar tengo en cuenta las declaraciones testimoniales brindadas por los agentes A. y M. (fs.1 y 9/10, respectivamente), quienes indicaron que fueron desplazados por el Comando Federal de Emergencias a la calle C. XXXX, de esta ciudad, por persona caída de altura. Al llegar encontraron a una persona de sexo femenino caída en la vereda, aparentemente sin vida, en cubito dorsal y con lesiones en la cabeza. Luego tomaron contacto con N. J. V., quien indicó que era su mujer y la identificó como L. F. V.. En el lugar se constituyó una ambulancia del SAME a cargo de la Dra. P. F., quién certificó el deceso del femenino allí presente.

En lo que respecta a las causas que produjeron el deceso de la damnificada, la autopsia de fs.34/43 concluyó que fue producida por politraumatismos y hemorragia interna. Por otro lado, el Informe de la Unidad Médico Forense de Investigación Criminalística de fs.44/46, indicó que se trató de una muerte violenta de etiología suicida y que presentaba daños de estructuras anatómicas vitales de cráneo y tórax. Finalmente, a fs.188 se encuentra agregada el acta de defunción de la damnificada.

Así tampoco cabe duda de que la imputada era a la fecha de los hechos la médica psiquiatra de la occisa a quien venía tratando desde hacía dos años por un cuadro de depresión que ésta venía transitando y que a criterio de la imputada dicho padecimiento psiquiátrico era de tal envergadura que implicaba el suministro por boca de medicación tendiente a paliar las consecuencias de tal enfermedad.

Sentado ello, no puedo menos que insistir en que existen elementos por demás suficientes como para sostener con convicción que la encartada descuidó el deber objetivo de cuidado al ejercer de su actividad respecto de la fallecida con negligencia, a partir de cuyas omisiones elevó de tal forma el riesgo ya existente respecto del atentado de la occisa sobre su propia vida -derivado de su propio padecimiento psiquiátrico- que causó el fatídico resultado que diera inicio a estos actuados.

Que durante todo el desarrollo de este proceso se ha procurado extremar el rigor probatorio en aras de que su producción permitiera discernir si la imputada elevó el riesgo de causación del resultado; es decir, si con alguna acción u omisión contribuyó en la acción suicida emprendida por la damnificada de autos.

Recordemos que el aspecto objetivo de los tipos culposos requiere ante todo la existencia de un resultado, el que debe estar directamente relacionado con la violación de un deber de cuidado. En consecuencia, el tipo culposo no individualiza la conducta por la finalidad, que en todos los casos es lícita, sino porque en la forma en que se obtiene la misma se viola un deber de cuidado, que crea o aumenta un riesgo jurídicamente desaprobado y que como dijéramos tendrá una relación directa con el resultado típico.

Ahora bien, ~~en lo que hace al tratamiento del caso que nos ocupa, y dando por enteramente reproducido todo lo que ya he manifestado en mi anterior decisión, dadas las condiciones del hecho materia de reproche, y las constancias de la causa,~~ resulta dable sostener mi convicción de que la encartada efectivamente violó el deber objetivo de cuidado al desatender normas esenciales de la *lex artis* que la debían conmover en el desarrollo de su profesión, y que dichos soslayamientos fueron de tal entidad que elevaron el riesgo del acontecer fatídico aquí investigado.

A lo largo de la pesquisa varios fueron las omisiones dirigidas por la imputada que propiciaron el resultado de autos, lo que será analizado uno a uno durante el desarrollo de esta resolución.

En este sentido no puedo soslayar que, a la controversia suscitada en torno a la negligencia observada al tiempo de la prescripción médica efectuada a la víctima al soslayar cabalmente la imputada la aparición de los efectos adversos que la medicación suministrada conllevaba, se suma la ausencia de debida información y advertencias del caso a la familia de la fallecida.

Finalmente, a tales cuestiones se agregan el inadecuado y displicente seguimiento de la paciente al no arbitrar los medios a su alcance para contener un caso que reflejaba estaba en peligro potencial de cometer un acto suicida, al viajar fuera de la ciudad sin dejar un reemplazo o colega al tanto del caso.

### **III.- Materialidad de los hechos. Las omisiones consumadas.**

**II.a.-** En relación a la primer cuestión, entiendo que han resultado esclarecedoras las experticias médicas llevada a término por la Dra. F. A. V. (ver fs.83/118) y por el Dr. J. C. B.(ver fs.173/179) del *Cuerpo Médico Forense de la Justicia de la Nación*, por cuanto de su valoración junto al resto de la prueba conformada surge que la imputada violó el deber objetivo de cuidado y que su accionar negligente fue causal del resultado

lesivo que damnificó a L. F. V., el cual debe ser puesto bajo su órbita de responsabilidad. A mi entender, resulta de gran relevancia transcribir extractos de dichos informes.

Como punto de partida debe decirse que se ha acreditado que la medicación prescrita por la encausada resultaba desde la medicina adecuada para tratamientos como los sufridos.

En primer la Dra. F. A. V. (ver fs.83/118) indicó: “...se procedió a tomar vistas de la causa de referencia, a efectos de informar, lo solicitado con respecto al medicamento Brintellix (vortioxetina hidrobromuro)

**1. La fecha de inicio de su comercialización en nuestro país:** ANMAT por Disposición N° 1971, autoriza la inscripción en el REM (registro nacional de especialidades medicinales) la que será importada por LUNDBECK.- Por disposición N° 3432, el ANMAT con fecha 28 de abril de 2015, autorizó la comercialización en comprimidos recubiertos de 10 mg.

**2. Para qué tipo de patología se receta y si su uso se encuentra extendido entre los médicos psiquiatras de nuestro país para el tratamiento de depresión en adultos mayores:** La FDA ha autorizado vortioxetina, comercializado como Brintellix por akeda y Lundbeck, para el tratamiento del trastorno depresivo mayor (TDM) en adultos, una enfermedad mental debilitante que cada año afecta a unos 14 millones de americanos adultos. El mecanismo del efecto antidepresivo de este fármaco se conoce parcialmente. Es un inhibidos de/a receptación de la serotonina (5-HT).- Es también antagonista de/os receptores 5-HT3, 5-HT7 y 5-HT1D, agonista parcial del receptor 5-HT1B, agonista del receptor 5-HT1A e inhibidor del transportador de la 5-HT que conducen a la modulación de la neurotransmisión en varios sistemas, incluyendo predominantemente el de la serotonina, pero probablemente también el de la noradrenalina, dopamina, histamina, acetilcolina, ácido y amino butírico (GABA y los sistemas del glutamato). Esta actividad multimodal se considera responsable de los efectos antidepresivos y ansiolíticos, como de la mejoría de la función cognitiva aprendizaje y la memoria observados con vortioxetina en estudios con animales. En lo referente a si se encuentra su utilización extendida entre los médicos psiquiatras de nuestro país, a la fecha no se encuentra bibliografía científica de la estadística de su prescripción en Argentina. Sí debemos de tener en consideración que es una droga relativamente nueva en el mercado.

**3. Sus Posibles efectos secundarios y riesgos inherentes a su administración:** Las reacciones adversas se enumeran a continuación utilizando la siguiente convención: muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ), frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $<1/10$ ). Muy frecuentes: náuseas. Frecuentes: apetito

*disminuido, sueños anormales, mareos, diarrea, estreñimiento, vómitos, prurito generalizado.*

Ahora bien, de tal informe emerge así también la primera cuestión medular: la obligación profesional inherente de conformar el consentimiento informado por parte de la paciente y/o dar aviso, alertas o pautas precisas a la familia de ésta sobre posibles pautas de alarma. De esta forma, en el plano de la omisión reprochable, a la ausencia de consentimiento informado por parte de la paciente, se suma falta de aviso y pautas de alarma a la familia de esta.

De ello da cuenta el informe antes aludido en tanto en el punto 4 sobre ***Las precauciones que debe tomar el profesional encargado del tratamiento del paciente al momento de recetar la droga:*** *Advertencias y precauciones especiales de empleo de Vortioxetina. Suicidio/pensamientos suicidas o empeoramiento clínico: La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, auto-lesión y suicidio (acontecimientos relacionados con el suicidio). Este riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como puede que la mejoría no ocurra durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente monitorizados hasta que tenga lugar dicha mejoría.*

*Según la experiencia clínica general, **el riesgo de suicidio puede aumentar durante las primeras fases de la recuperación. Se sabe que los pacientes con antecedentes de acontecimientos relacionados con el suicidio o aquellos que presentan un grado significativo de ideación suicida antes de iniciar el tratamiento tienen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, por lo que se deben vigilar atentamente durante el tratamiento...**se debe tener precaución cuando se traten pacientes de ≥ 65 años de edad con dosis superiores a 10 mg de vortioxetina una vez al día (el resaltado es propio).*

**5. La dosis inicial indicada y precauciones que debe tomarse en el tratamiento de pacientes adultos mayores a 65 años:** *La dosis inicial recomendada es de: 10 mg, una vez al día, vía oral (VO), con o sin alimentos. Se puede aumentar a 20 mg, una vez al día, VO, según la tolerancia. Las dosis más altas (hasta 20 mg/día) se asociaron con mejores efectos del tratamiento. La dosis puede reducirse a 5 mg, una vez al día, en caso de intolerancia a dosis mayores. El tratamiento del TDM generalmente requiere ser realizado durante varios meses.*



**6. Si los pacientes a quienes se les suministra la droga requieren de algún tipo de cuidado especial o supervisión durante las primeras semanas del tratamiento**

*El tratamiento debe estar acompañado de una supervisión estrecha de los pacientes, y en particular de aquellos con alto riesgo, especialmente al principio de un tratamiento y después de un cambio de dosis. Los pacientes (y sus cuidadores) deben ser alertados de la necesidad de monitorizar la aparición de cualquier empeoramiento clínico, comportamiento o pensamiento suicida o cambios inusuales de la conducta, y consultar inmediatamente a un médico si aparecen estos síntomas...”.*

Nótese lo señalado por el Dr. J. C. B. (ver fs.173/179), quien concluyó que: “En mérito a lo expuesto, se elevan las siguientes conclusiones:

**1) El tratamiento indicado es coherente con el cuadro psiquiátrico que se describe;**

**2) La medicación suministrada está indicada para esos casos y aprobada por la ANMAT;**

**3) El medicamento indicado pudo haber potenciado las ideas suicidas que se refieren, por un mecanismo de desinhibición;**

**4) No se refieren en autos elementos de vigilancia, respecto de las conductas observadas en la occisa y descriptas a fs. 14 y 51.-**

Sumado a ello, se cuenta en autos con el informe elaborado por el Dr. N., perito médico propuesto por la parte querellante, en el cual apuntó “...Teniendo en cuenta las características especiales de esta novedosa medicación, como se dijera en el informe del médico forense (al que adherimos) pero que ahora ampliamos por separado, se deberían haber tomado precauciones sobre todo las referidas al comienzo de la administración de la medicación y en el ajuste (aumento o disminución del medicamento). Es decir, se debieron haber dado pautas de alarma de manera fehaciente a la familia, obteniendo la firma de algún familiar cercano y responsable, tal cual como se formula en el Consentimiento Informado. La rotación de la medicación, máxime si se trata de una novedosa y con tantos efectos colaterales y secundarios que superan en gravedad a cualquiera de los otros similares conocidos, hacían imprescindible la fijación de pautas de

*alarma consentidas. Nada de eso ocurrió, es más, como quedó acreditado la profesional interviniente se alejó del país y no dejó a nadie a cargo del paciente con todos los riesgos que ello implicaba. Asimismo, mínimamente algunas cuestiones básicas del deber médico, es responsabilidad del médico, confeccionar la Historia Clínica. Asentar el Consentimiento Informado del paciente, familiar o responsable del mismo. Proporcionar indicaciones claras y precisas. Fomentar la buena relación médico-paciente. La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma...”*

De esta forma de dichas experticias dejan en claro que, si bien la medicación recetada sería adecuada para el cuadro clínico que transitaba la damnificada F. V., entiendo que la encausada H. incumplió su responsabilidad como la médica tratante por el soslayamiento -pese a la condición de riesgo – de los protocolos de contención y debido seguimiento al irse de viaje, sin dejar un reemplazo o persona recomendada para la continuación del tratamiento mientras ella no se encontrara en el país.

En este sentido la prueba reunida da cuenta de que resulta ser que no efectuó ninguna derivación con otro profesional a la familia ni precisó fehaciente en su registro qué profesional dejaba a cargo, sino que se limitó a hacerle saber que podría concurrir a algún hospital u otro colega durante el tiempo que se encontraría en el exterior.

### **III.- Las violaciones a la *lex artis* y la antijuridicidad de las omisiones reprochadas.**

**III.a.-** Como es sabido la actuación inadecuada o incorrecta por parte de los médicos cualquiera sea su especialidad capaz de provocar un daño a un paciente, se conoce como *mala práctica médica*. La mala práctica resultado de acciones negativas se encuadra en las modalidades de negligencia, imprudencia e impericia, mismas que derivan en diversos tipos de responsabilidades que pueden fincárseles a los profesionales de la salud, ya sea de tipo administrativo, civil o penal la cual se determinará en función del daño ocasionado, del disvalor de la acción, de la medida y la elevación del riesgo de causación del resultado y del resultado propiamente dicho.

Los profesionales médicos tienen en esencia el deber de ayuda que se lleva a cabo mediante una relación que se concreta en una *praxis* entre personas donde los actos que se realizan son técnicos - de acuerdo con la norma y la *lex artis*- y necesariamente éticos -por derivar de esa relación humana-

El Código de Hammurabi ya señalaba tales conceptos desde que incluso antes del nacimiento de la medicina ya estaban codificados los deberes morales entre “sufriente” y “sanador” -Código de Hammurabi, Libro Sagrado de Egipto, etc.<sup>14</sup>-, siendo considerados “buenos” los actos del sanador “*cuando respetaban a la persona del sufriente*”. A partir del descubrimiento de la medicina que los actos médicos, debe responder a la *lex artis* o el reglamento profesional propio.

Estos deberes de atención están determinados por un conocimiento técnico que consiste en *saber qué debe hacerse y por qué*, contra el padecimiento o enfermedad -ya desde la época hipocrática a partir de Galeno, la regla de la relación médico-paciente era definida como “*hacer todo por el paciente, contra la enfermedad*”-, lo que en psiquiatría debe ser comprendido por el aumento del riesgo creado a partir de la acción u omisión.

Ello en razón del incumplimiento del deber técnico de diagnóstico y de tratamiento que incluye el deber de seguimiento e información.

En términos de incumplimiento del deber exigido puede decirse entonces que la imputada violó las obligaciones cuyo cumplimiento le incumbían emergente de la ***Ley de Derechos del Paciente nro. 26.529*** cuanto aquellas propias de la *lex artis* correspondientes a su profesión al adoptar un tratamiento médico sin los adecuados recaudos y omitir brindar a la paciente y su familia la adecuada información conforme el cuadro y el tratamiento prescripto.

La normativa mencionada expresa lo siguiente:

**“ARTICULO 5° — Definición.** *Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:*

- a) Su estado de salud;*
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;*
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;*
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;*

*e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;*

**ARTICULO 6°** — *Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.*

*En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.*

*Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.*

**ARTICULO 7°** — *Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:*

- a) Internación;*
- b) Intervención quirúrgica;*
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;*
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;*
- e) Revocación...”*

Por su parte el **Decreto reglamentario n° 1089/2012**, expresa lo siguiente:

**ARTICULO 5°.- Definición.** *Entiéndese como parte del consentimiento informado al proceso cuya materialización consiste en la declaración de voluntad a la que refiere el artículo 5° de la Ley N° 26.529 modificada por la Ley N° 26.742, a través de la cual luego de haberse considerado las circunstancias de autonomía, evaluada la competencia y comprensión de la información suministrada referida al plan de diagnóstico, terapéutico, quirúrgico o investigación científica o paliativo, el paciente o los autorizados legalmente otorgan su consentimiento para la ejecución o no del procedimiento.*

*ARTICULO 6°.- Obligatoriedad. La obligatoriedad del consentimiento informado resulta exigible en todos los establecimientos de salud públicos y privados alcanzados por la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742, este decreto y sus normas complementarias.*

*ARTICULO 7°.- Instrumentación. Entiéndase que el consentimiento informado se materializa obligatoriamente por escrito en los casos contemplados en el artículo 7° de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742. El consentimiento informado escrito constará de una explicación taxativa y pautada por parte del profesional del ámbito médico-sanitario de las actividades que se realizarán al paciente y estará redactado en forma concreta, clara y precisa, con términos que el paciente o, ante su incapacidad o imposibilidad, su familiar o representante o persona vinculada habilitada, puedan comprender, omitiendo metáforas o sinónimos que hagan ambiguo el escrito, resulten equívocos o puedan ser mal interpretados.*

**III.b.-** En este sentido la prueba reunida me lleva a considerar que la imputada violó la *lex artis* propia a su profesión en ocasión de prescribir un tratamiento, en sus obligaciones de seguimiento y control, y en cuanto a la debida comunicación a los pacientes y familiares sobre los tratamientos prescritos y sus consecuencias o contraindicaciones.

No dejo de observar sobre esto último que la historia clínica no ha sido hallada en el consultorio de la profesional médica psiquiatra donde atendía frecuentemente a la occisa.

Con el objeto de graficar las afirmaciones realizadas resulta de interés resaltar la indicación contenida en la prescripción médica suscripta por la aquí imputada, hallada en el domicilio de la occisa, en la cual se lee **“...se indica cambio de medicación-plan de discontinuación de la medicación actual-pasaje a vortioxetina 10 mg/día. Comunicarse al celular ante cualquier duda o inquietud o a la guardia de PAMI o de hospital público u otro colega”.**

Asimismo remitido que fue el caso al Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional a fin de que se expidan respecto a la naturaleza imperativa y/o sostén normativo de la obligación de una comunicación escrita y firmada de las pautas de alarma que debió asentar la aquí imputada respecto de los riesgos de la medicación que le recetó a la damnificada, se indicó que “...no existe dentro de la normativa legal en el aquí y ahora.” (fs. 299), en tanto (fs. 300/302)“(...) es el médico, quien posee los conocimientos de la ciencia que ejerce, el que debe informar adecuadamente al paciente (...)”.

Uno de los galenos intervinientes expuso que "(...) **Es un derecho del paciente recibir información veraz, concreta y en lenguaje comprensible por ellos y por sus representantes legales, con relación al diagnóstico médico, así como del tratamiento que se pretenda aplicar (...) El paciente debió saber con certeza y de manera concreta que su salud mental puede cambiar de maneras inesperadas al tomar vortioxetina.** A quien se le indica la medicación, su familia o su encargado del cuidado deben llamar a su médico inmediatamente si experimentan algunos de los síntomas siguientes: (...) comportamiento agresivo, irritabilidad, actuar sin pensar(...)" -el resaltado es propio-

Por último concluyó que "(...) **existe una conexión causal, absoluta, única y determinante desde la óptica médico — legal, entre el accionar de la demandada (profesional) y el resultado dañoso sobreviniente (muerte),** independiente de la existencia o no de la Naturaleza Imperativa y/o sostén normativo de la obligación de comunicaciones escritas de las pautas de alarma, las que por otra parte se subsumen en la obligación del ejercicio profesional, teniendo en cuenta que no había cuestiones agregadas que impidieran el estricto cumplimiento de lo que por deber de cuidado, debió hacerse y se omitió, con las consecuencias conocidas".

En ese sentido, entiendo que los cuestionamientos relativos al soslayamiento de los efectos adversos de la medicación en una paciente bajo su cuidado, cuanto en la carente comunicación de las pautas de alarma y contraindicaciones de la última medicación que la imputada le recetó a la víctima, a ella o a su familia permiten demostrar la negligencia típica atribuida.

Sobre esto último no puedo soslayar que sin perjuicio que la normativa vigente autoriza el consentimiento informado verbal, lo cierto es que obliga al profesional a dejar asentado por escrito dicha cuestión, indicando además los posibles síntomas o pautas de alarma que deben tenerse en cuenta.

También deben valorarse las actuaciones remitidas por el Ministerio de Salud- Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos ANMAT, así como también por el Cuerpo Médico Forense (fs. 83/118) de donde surgen las precauciones que debe tomar el encargado del tratamiento del paciente al momento de recetar la droga: "(...) **la depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesión y suicidio (acontecimientos relacionados con el suicidio).** Este riesgo

***persiste hasta que se produce una remisión significativa(...)*los pacientes deben ser estrechamente monitorizados hasta que tenga lugar dicha mejoría (...) el riesgo de suicidio puede aumentar durante las primeras fases de la recuperación (...)**".

Vuelvo a resaltar que en el mencionado informe se hace especial hincapié en que ***"(...) el tratamiento se debería estar acompañado de una supervisión estrecha de los pacientes, y en particular con alto riesgo, especialmente al principio del tratamiento y después de un cambio de dosis. Los pacientes (y sus cuidadores) deben ser alertados de la necesidad de monitorizar la aparición de cualquier empeoramiento clínico, comportamiento o pensamiento suicida o cambios inusuales de la conducta, y consultar inmediatamente a un médico si aparecen estos síntomas"***. -los resaltados son propios-

Las afirmaciones que vengo exponiendo se ven respaldadas además por otras pruebas.

En primer lugar, se le recibió declaración testimonial a una paciente de la imputada, N. S. R., (fs. 311/312), quien explicó que en el año 2016 concurría a un psicólogo que le recomendó que se empiece a atender con una psiquiatra para que pueda recetarle medicación, llegando así a atenderse con la Dra. H. quien le diagnosticó depresión y la medicó con "Venlafaxina". Refirió que concurría a su consultorio todas las semanas, y que cuando tenía una recaída, la médica le aumentaba la dosis de la droga indicada.

A su vez, cuando se le preguntó a R. qué referencias le daba la encartada respecto de la droga que le suministró, respondió que *"(...) no le dio referencia alguna respecto de esa medicación. Que nunca firmó ningún papel, ni le mencionó ningún tipo de contraindicación o efecto secundario del medicamento (...) cuando iba al consultorio le contaba cómo había estado en esa semana y en relación ella, la psiquiatra decidía como continuaba con el tratamiento (...) en ese contexto le contaba situaciones que vivía o cosas que le habían pasado en la semana y que la médica en función de eso le decía si era "normal por la medicación que estaba tomando o no"*.

También narró que luego del fallecimiento de F. V., decidió no atenderse más con H. y que cuando se lo comunicó, recibió un único llamado telefónico que R. no atendió, no teniendo más comunicación con esa psiquiatra.

Finalmente, la nombrada explicó que terminó en la clínica "D.", donde ingresó en estado de shock y le refirieron que debían

internarla porque no había otra manera de desintoxicarla de la medicación que venía tomando.

Dicho testimonio refuerza aún más todo lo expuesto por la familia de F. V. y el resto de la prueba colectada, en cuanto demuestra que no existía por parte de la encartada comunicación clara de las contraindicaciones y efectos secundarios de la medicación psiquiátrica que les recetaba a sus pacientes.

~~Por ello resulta difícil sostener entonces, como lo pretendió la Dra. H., que la familia de la damnificada tenía pleno conocimiento de todas las contraindicaciones y efectos colaterales de la nueva medicación y que aun así no hicieron nada para ayudar a la víctima.~~

No cabe dudas así que la imputada tenía deberes positivos de acción en el marco de su atención a una paciente con el grado de depresión evidenciado en autos, y lejos de cumplir con los mismos, desoyó varios de los mandatos de su *lex artis* de forma tal que, en casa omisión contribuyó típicamente en la causación del irremediable resultado final.

De tal forma, entiendo que la inculpada tuvo la posibilidad real de conocer la situación de peligro objetivo que creaba su comportamiento omisivo, apareciendo el resultado como previsible y en virtud de ello, evitable en el supuesto de que H. hubiera observado el deber objetivo de cuidado y actuado conforme las normas, cánones y costumbres de su profesión.

Se desataca al respecto la doctrina del fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación del 24-10-89, AMANTE, L. c. A.M.T.A." -1, en el cual se sentó el principio por el cual *"encontrándose comprometidos los derechos esenciales a la vida y a la dignidad de la persona, preexistentes a todo ordenamiento positivo, no cabe tolerar ni legitimar comportamientos indiferentes o superficiales que resultan incompatibles con el recto ejercicio de la medicina"*.

#### **IV.- Relevancia Jurídico Penal de tales omisiones.**

##### **Calificación legal.**

**VI.a.-** Recapitulando, se encuentra probado en autos que el día 8 de febrero de 2021, luego de que la encausada H. cambiara la medicación a la damnificada F. V., omitió tomar los debidos recaudos médicos correspondientes, violando el deber objetivo de cuidado, en su carácter de médica psiquiatra, elevando de tal forma el riesgo jurídicamente desaprobado, especialmente no realizó la supervisión de la paciente y no



avisó a sus familiares de los posibles efectos colaterales del nuevo medicamento, dejándola librada a su suerte.

De igual modo, se encuentra acreditado, con el grado de provisionalidad que hubo una relación directa entre el accionar riesgosa de la imputada y el resultado típico, en el caso el fallecimiento de la damnificada.

El problema a resolver en este apartado consiste en determinar, si la prenombrada H. deberá responder, por la conducta realizada, a título de dolo o de culpa.

Desde ya se descarta la hipótesis que la acusada haya perseguido, y en consecuencia dirigido sus acciones, hacia el fatal resultado. No existe circunstancia alguna que, siquiera mínimamente, deje entrever tal posibilidad.

Por ello, el interrogante gravita en establecer si H. se comportó de modo tal que aun previendo el resultado de su proceder mostró desprecio por el mismo o, por el contrario, no se representó dicho resultado.

En función de lo recién expuesto he de comenzar por explicar que, según nuestra formulación legal, por culpa debe entenderse una forma de obrar: la de quien actúa con imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de los deberes que le incumbían concretamente, resultando ellos siempre modos de violar el deber de cuidado que le es exigido al autor a lo que se suma su actitud anímica respecto del resultado.

Así pues, como la ley no puede enumerar la infinita cantidad de acciones que serían calificadas como negligentes, apenas es posible establecer que actúa de esa forma quien omite la diligencia que exige la naturaleza de la acción emprendida, como podría ser el supuesto de autos.

En cualquier caso cuando la conducta se encuentre reglada o sujeta a deberes específicos determinados por una norma legal el dejar de acatarlos puede ser la razón de su adecuación al tipo; de esta forma, como cuestión atinente al análisis de la culpa, la inobservancia de los reglamentos debe estar conectada con el resultado al que la ley se refiere. Siendo ello así, no sería suficiente que el reglamento haya sido violado, sino que el resultado típico debería acontecer por falta de dicho acatamiento.

A lo expuesto debe sumarse que, a los fines de evitar los resabios del *versari in re ilícita*, debe haber una conexión de antijuridicidad entre la acción y el resultado y no simplemente un nexo

causal del cual derivaría la imposición al autor de todas las consecuencias del caso.

Para solucionar tales cuestiones parte de la doctrina entiende que el deber de cuidado tiene *facetas objetivas y subjetivas* que se refieren a la actitud interna y a la atención impuesta por las circunstancias externas vinculadas a la vida en sociedad. Desde este punto de vista sólo una vez constatada la falta de observancia al deber de cuidado, se plantea el problema de la culpabilidad, es decir hasta qué punto le puede ser reprochada al autor la falta de observación a un deber de cuidado objetivo.

En tal sentido, se ha dicho que: *“Aun en el supuesto de que no se pueda comprobar si la conducta prohibida ha creado un peligro mayor que el que hubiera supuesto la observancia del riesgo permitido, el ordenamiento jurídico no tiene ningún motivo para tolerar siquiera una conducta que posiblemente rebase los riesgos dados en caso de observar las normas de cuidado (\*)*. La omisión de cuidado imputable al profesional que se exhibía como garante inmediato de la *lex artis*, constituye la conducta que habría podido de manera probable o posible evitar el peligro de descompensación y muerte de la paciente, en un marco de avance de su dolencia sin arbitrarse a tiempo tratamiento alguno. Por ello, corresponde confirmar la resolución mediante la cual se decretó el procesamiento del imputado en orden al delito de homicidio culposo.” (C.N.Crim. y Correc. Sala VII “HOSPITAL MILITAR CENTRAL.” rta. 30/06/06 c. 29.290. Se citó: (\*) Claus Roxin, *Derecho Penal, Parte General*, Civitas, Madrid, Traducción de la 2º edición alemana, t. I, p. 382).

Que si bien estas argumentaciones deambulan entre los aspectos referidos a la autoría, a la previsibilidad y a la culpabilidad, lo cierto es que no solo el resultado debe ser la consecuencia de la imprudencia, de la negligencia, de la impericia o de la violación reglamentaria o de los deberes a su cargo, sino que a la comprobación del resultado como causalidad natural del episodio ocurrido, ***debe analizarse si la acción o la omisión en este caso ha creado un peligro jurídicamente desaprobado y si el resultado es producto cabal de ese peligro creado por la acción.***

Esa conexión será descartada además frente a distintas variantes: si el resultado producto de una acción que disminuye el riesgo; si se trata de conductas que no crean riesgos y, si la acción ya estaba expuesta a un peligro o el peligro aparece en el de curso de la acción. De ahí en más deberá determinarse si resultado es probable –nexo causal

hipotético- en tanto habrá imputación si hubo aumento del riesgo, o si el resultado es seguro –en tanto habrá imputación si se adelanta su producción – aceleración del nexo causal- y no será imputable cuando el resultado se hubiera producido en el mismo instante en que el autor realizó su acción (causación de reemplazo). Finalmente, las normas jurídicas no prohíben las lesiones a bienes respecto de los cuales el titular tiene la posibilidad, jurídicamente admitida, de consentirlas.

En el caso de las actividades regladas o con normas propias conocidas como *lex artis* como el caso de autos deberá estarse a su cumplimiento u omisión típica para luego trazar desde la prueba del caso dar andamiaje del resto de la construcción jurídica.

**IV.b.-** A lo expuesto desde la consideración general de la dogmática penal se ha estudiado en particular la situación de los profesionales de las artes de curar, ahondando en aquellas situaciones que desde la medicina son capaces de generar *mala praxis*. Tales situaciones pueden clasificarse de la siguiente forma:

-La falta de información adecuada: que implica el consentimiento informado como derecho del paciente a recibir información adecuada y el deber del médico a brindar dicha información de manera prolija y pormenorizada los riesgos y complicaciones que entraña una determinada práctica médica, la técnica médica que se va a emplear, las posibilidades de curación y cuáles serán los cuidados a tener en cuenta para el período post-tratamiento.

-La prescripción imperita o errónea de drogas o medicamentos a personas alérgicas o sin informar los efectos colaterales o contraindicaciones.

-El actuar sin atender a su propia especialidad; al no efectuar consultas cuando el problema médico supera los conocimientos o no derivar al paciente a otro centro de salud concreto cuando no se cuenta con la tecnología requerida para el tipo de práctica.

-No efectuar seguimiento adecuado del paciente al que se ha tratado, recordándose al respecto del deber diagnóstico, el deber de tratamiento y el deber de atenciones y cuidados.

-Errores sobre la identidad de los pacientes o de los órganos o miembros a operar o tratar.

-Tratamiento no recomendado para la afección y publicidad engañosa.

De esta forma la prueba reunida permite afirmar la existencia de varios de los indicadores o circunstancias generadoras de mala praxis médica en el caso de autos que, como vengo sosteniendo en esta resolución se corresponden con la falta de adecuada información, negligencia en el control del tratamiento farmacológico prescripto, desatención a un efectivo reemplazo al momento de su ausencia programada y conformación al menos desaprensiva de las atenciones brindadas y su contenido.

Asimismo, tales omisiones han implicado en el contexto de la acción una verdadera elevación del riesgo existente de tal forma de ser nexo causal directo del resultado ocurrido, el que no puede ser considerado interrumpido por la conducta de la víctima o de sus familiares en consideración a la situación de salud mental de la primera, su edad, su condición personal y extrema vulnerabilidad en la toma de decisiones autónomas. Al mismo tiempo tampoco puede considerarse el rol de su familia como determinante de la interrupción del nexo causal habida cuenta el principio de confianza sobre el que reposaron el cuidado de la salud mental en la profesional médica tratante.

Para concluir este acápite, y en base a los argumentos señalados, concluyo que la conducta omisiva por la que deberá responder **S. L. H.** constituyó un comportamiento con impericia en su profesión que causó un riesgo jurídicamente desaprobado que a la postre derivó en el resultado luctuoso y por ende, encuentra adecuación típica en el delito de homicidio culposo, en orden al cual deberá responder “prima facie” en calidad de autora (arts. 45 y 84 párrafo 1° del Código Penal de la Nación).

Vale al caso recordar el precedente de la sala VI en el caso “L,R y otros” c 36446 del 13 de marzo de 2009 suscripto los Camaristas Mario Filozof y Julio Lucini en tanto entendieron -en eventos de similar especie a los tratados en autos- que respecto al médico tratante que se había alejado del paciente por las razones ventiladas en aquel expediente “...de mediar una ruptura en el vínculo médico-paciente, debió alertarse a quienes tenían a su cargo la internación y, fundamentalmente, debió asegurar la

*continuidad del tratamiento en manos de otro especialista que contara con todos los antecedentes de tan aguda patología...” que “El tema era no dejarlo hasta que otro profesional lo suceda, fundamentalmente porque la propia adicción podía llevarlo a tomar decisiones inconsultas y que justamente agraven el padecimiento del cual un facultativo debe hacerse cargo.”*

*Que “La cuestión a dilucidar entonces debería circunscribirse en determinar si las infracciones al deber objetivo de cuidado en las que habría incurrido...por su calidad de garante respecto de su paciente, se encuentran unidas por un nexo de evitación con el resultado finalmente acontecido: el fallecimiento de ....Todo esto nos convence que una correcta atención por parte del Dr....hubiese indudablemente evitado el irregular traslado que luego se hizo del paciente desde la clínica "Santa Rosa" al sanatorio "Otamendi", principalmente porque las decisiones que se tomaban en relación a quien tenía de base una adicción a las drogas que aconseja/ron su alojamiento para encausar su cura, no hubiesen sido adoptadas sin ningún control médico de cabecera o judicial por el entorno de ... y la prepaga "Médicus".*

*Asimismo se sostuvo que “..Si bien no existían posibilidades físico-objetivas (poder de hecho) por parte de ...de realizar la acción de impedir consistente en que.. y ...dispusieran el traslado de ... al "Otamendi" para efectuarse estudios clínicos, esa sola circunstancia no alcanza para eximirlo de responsabilidad.*

*Como conclusión de lo expuesto, puede afirmarse que el Dr...**infringió los deberes a su cargo al no suministrar a su paciente el tratamiento y cuidado exigido por la lex artis**, y al no haberse conducido como correspondía ante el repentino relevamiento telefónico por parte de su paciente -cuya capacidad intelectual sabía que estaba disminuida por su consumo de cocaína- de su carácter de médico tratante”*

*“Se advierte en el sub examine un nexo de determinación y/o de evitación entre esas infracciones al deber objetivo de cuidado, consistente en la creación de un riesgo jurídicamente desaprobado, y el resultado finalmente acontecido, aún ante las sucesivas y posteriores intervenciones de profesionales de la misma especialidad que asumieron de una u otra manera el tratamiento psiquiátrico del paciente y que luego serán tratados. (...) ... basta con tener por acreditado con la provisoriedad que caracteriza a este estadio del proceso que el comportamiento evidenciado por (...)aumentó el riesgo por encima de lo permitido tornándolo jurídicamente relevante (...) los tres pasos preventivos esenciales: internación, terapia y*

*vigilancia...". Las omisiones observadas en su actuación profesional, atento al rol que desempeñaba, provocaron el desenlace fatal de .."*

En ese sentido, entiendo que la imputada H. no cumplió con el cuidado exigido por la *lex artis* en su posición de médica psiquiatra de la damnificada, pues omitió poner en conocimiento de los familiares de ésta los recaudos que debían tener con el cambio de medicación, circunstancia que seguramente hubiese ocasionado una mayor atención y control por parte de ellos a su respecto.

Por último, entiendo pertinente que, una vez firme la presente, se ponga en conocimiento de lo resuelto en autos al señor Ministro a cargo Ministerio de Salud de la Nación.

### **Medidas cautelares**

#### **La cautela personal. Libertad**

i. En lo concerniente a la libertad de la imputada, he de comenzar por recordar que el encarcelamiento preventivo solo puede ser fundado en el proceso en función de los riesgos procesales previstos en el artículo 280 del C.P.P.N. y los artículos 210, 221 y 222 del C.P.P.F., que patentizan en nuestro derecho procedimental las garantías constitucionales de presunción de inocencia, y siempre y cuando las medidas de coerción estipuladas en los incisos a) hasta j) del art. 210 del C.P.P.F. no fueren suficientes para asegurar la comparecencia del imputado o evitar el entorpecimiento de la investigación.

En este sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, ha considerado dentro de las facultades conferidas al legislador por la Constitución Nacional, la de establecer un régimen general de excarcelación y fundado en la posibilidad de que el imputado eluda la acción de la justicia (CSJN, Fallos 321:3630), agregando que tales normas no constituyen sino una razonable reglamentación del derecho constitucional de obtener la libertad en tanto no medie sentencia penal condenatoria (CSJN, Fallos 322:1605).

Sin perjuicio de ello, no resulta ocioso precisar que el derecho a gozar de la libertad ambulatoria durante el proceso no constituye una regla absoluta pues, como sucede con otros derechos constitucionales, su ejercicio se encuentra sometido a las leyes que lo regulan.

Desde esa perspectiva es dable sostener que el legislador ha reglamentado su ejercicio al establecer el régimen general que

regula la libertad durante el proceso y que contempla los supuestos impeditivos de la excarcelación, resultando razonables tales pautas que, valorando políticas de interés general, limitan la facultad de los jueces para liberar a las personas durante el proceso con el propósito de asegurar la efectiva aplicación de la ley.

Así, el encarcelamiento preventivo, y toda otra medida coercitiva de carácter procesal, sólo puede proceder para asegurar los fines del proceso penal; esto es, la averiguación de la verdad, la aplicación de la ley, la comparecencia del imputado y evitar el entorpecimiento de la investigación.

A ello propende la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, incorporados a nuestro texto constitucional por el art. 75 inc. 22 de nuestra Carta Magna y desde el punto de vista del ordenamiento procesal el artículo 280 del C.P.P.N. y el art. 210 del C.P.P.F.

En igual sentido, deben valorarse entre otros los parámetros de la doctrina plenaria fijada por la Cámara Nacional de Casación Penal en los autos “Díaz Bessone”, y en ese sentido se ha dicho que *“...la gravedad del delito y la seriedad de la pena en expectativa, como lo establece el art. 316 del CPPN, resultan siempre parámetros válidos para decidir sobre la procedencia, o no, de mantenerse en libertad a lo largo del proceso...”*.

ii. Los principios rectores respecto de la libertad durante el proceso, se encuentran establecidos en el artículo 280 del C.P.P.N..

A su vez, la prisión preventiva se encuentra regulada en el artículo 312 del C.P.P.N. y los artículos 221 y 222 del Código Procesal Penal Federal (Ley 27.063).

iii. Ahora bien, partiendo de tal base, si bien es cierto que, en el presente caso, ni la Representación del Ministerio Público Fiscal ni la querella han solicitado la prisión preventiva de la imputada, debe destacarse que las facultades conferidas a las partes en el art. 210 del C.P.P.F. no resultan excluyentes y exclusivas; cuanto menos hasta la plena vigencia de la totalidad del ordenamiento.

En efecto, en materia de excarcelación, como así también en aquellas vinculadas a la “*Situación del Imputado*” –ver Título IV, Capítulo I, del C.P.P.N.-, continúan vigente las previsiones del Código Procesal Penal de la Nación Ley 23.984 de consuno con las normas incorporadas por el Código Federal.

En ese sentido, puede colegirse con meridiana claridad que aún con la implementación del art. 210 del C.P.P.F., en base al sistema actual que rige nuestro proceso penal, las medidas de coerción allí establecidas pueden ser dispuestas de oficio por la judicatura, sin por ello violar el derecho de defensa en juicio del imputado o los principios de autonomía y acusación del Ministerio Público Fiscal.

**iv.** Sentado lo expuesto y comenzando el tratamiento de la situación de la imputada S. L. H. a la luz de la normativa constitucional, convencional y procesal señalada precedentemente, debo decir que a criterio del suscripto se dan a su respecto los presupuestos que imponen el dictado de la prisión preventiva.

En primer lugar, advierto que, a partir de un análisis de las circunstancias del caso, de recaer condena en el presente proceso, la misma podrá ser de ejecución condicional –art. 27 del C.P.N.-.

Ello debido a que la imputada no posee antecedentes condenatorios y el mínimo de la pena para el delito enrostrado es de un año.

**v.** Sin embargo, en virtud de lo que surge del inciso 2 del art. 312 del digesto ritual, otros factores a tener en cuenta son aquellos previstos por el art. 319 del ritual, en cuanto impone al juez valorar objetiva y provisionalmente las características del hecho, las condiciones personales de la imputada, y otros elementos que deriven en una presunción fundada de que la persona sometida a proceso intentará eludir la acción de la justicia o entorpecer la investigación –arts. 221 y 222 del C.P.P.F.-.

Se tiene en consideración, en este orden de ideas, que la nueva normativa regula en forma precisa y concreta los supuestos de peligro de fuga o de entorpecimiento al proceso que pueden requerir la restricción de la libertad en el proceso en los arts. 221 y 222; siendo función de la judicatura analizar aquellos a la hora de expedirse en punto a los riesgos procesales.

En relación a ello, no puedo obviar que si bien el análisis que debe efectuarse sobre cada una de las situaciones enunciadas



en los artículos resulta clarificador de lo que otrora era una construcción jurisprudencial, gran parte de ellos ya venían siendo ponderados por el suscripto a la hora de resolver los pedidos de excarcelación impetrados ante esta Magistratura.

**vi.** En lo que respecta al peligro de fuga, previsto en el art. 221 del C.P.P.F., la imputada se encuentra a derecho y constituyo domicilio junto a su letrado defensor, como así también que, del análisis de sus condiciones personales, no se advierten de forma evidente facilidades para abandonar el país o permanecer oculta (inciso a).

De manera positiva, también se pondera el comportamiento de la imputada durante el procedimiento en cuestión, ocasión donde se identificó correctamente, proporcionó su domicilio, como así también que no registra antecedentes condenatorios (inciso c).

**B)** En lo que respecta al entorpecimiento de la investigación, previsto en el art. 222 del C.P.P.F., debe recordarse que debemos tener en cuenta la existencia de indicios que justifiquen la grave sospecha de que la imputada entorpezca el proceso.

En este sentido, si bien podría ponderarse de forma positiva que no existen indicios de que la imputada hostigará o amenazará a testigos (inciso c), o que influirá para que testigos o peritos informen falsamente o se comporten de manera desleal o reticente (inciso d), o que inducirá o determinará a otros a realizar tales comportamientos, aunque no los realizaren (inciso e), lo cierto es que la circunstancia de no haber sido hallada la historia clínica de la occisa en el domicilio de la imputada al momento del allanamiento, sumada al hallazgo de gran cantidad de cenizas de papel, hacen suponer que la imputada destruyó prueba que podría ser utilizada en su contra, lo que comprueba el entorpecimiento de la investigación por su parte, con consecuencias actuales y a futuro en el marco de estas actuaciones.

**viii.** De la totalidad de lo expuesto, se infiere que la medida de coerción prevista en el inciso k) del art. 210 del C.P.P.F. resulta indispensable para garantizar su sujeción a la causa y garantizar la aplicación de la ley sustantiva.

Así las cosas, evaluados los parámetros objetivos establecidos en la normativa citada, considero que corresponde el dictado de la prisión preventiva de la imputada (Art. 210, Inc. k), CPPF).

### **III.b.- Las cautelas reales**

Establecida la materialidad del suceso pesquisado y la consecuente responsabilidad criminal que en principio incumbe a la imputada, y adelantada ya la decisión que se adoptará en el presente decisorio -en el sentido de agravar su situación procesal disponiendo su procesamiento-, párrafo aparte merece la cuestión vinculada con la consecuente medida de cautela real que habré de dictar a su respecto.

Sabido es que el embargo es una medida cautelar de tipo económico, que tiene como destino asegurar la ejecución de la pena pecuniaria, la indemnización civil derivada del delito, y las costas del proceso.

Analizadas dichas cuestiones en el presente caso, se observa que el presupuesto mencionado en primer término (pena pecuniaria) no resultaría una variable a tener en cuenta, toda vez que no está prevista en la pena contemplada para el delito que se atribuye a la imputada.

Así las cosas, el monto dinerario que conformará la medida cautelar en cuestión, deberá fijarse teniendo en cuenta la indemnización civil derivada del delito y las costas del proceso.

En cuanto a lo primero, teniendo en cuenta las características del hecho ventilado, es posible estimar, provisoriamente, para cubrir una eventual indemnización que corresponde por el resultado muerte de la damnificada, en la suma de cinco millones de pesos (\$5.000.000).

En cuanto a la segunda circunstancia a ser valorada, esto es las costas del proceso, dicho concepto, de acuerdo a la letra del art. 533 del Código Procesal Penal de la Nación, se encuentra integrado por el pago de la tasa de justicia, los honorarios de los abogados, procuradores y peritos, y finalmente, los demás gastos que se hubieran originado por la tramitación del presente legajo.

Sentado ello, corresponde mencionar que teniendo en consideración las pericias ordenadas en autos, para responder a las costas del proceso corresponde estimar la suma de un millón de pesos (\$1.000.000).-

Así, a tales fines, estimo suficiente fijar el embargo para el imputado en la suma total de seis millones de pesos (\$6.000.000).-

#### **IV.- Epílogo.**

En base a lo expuesto, y en aplicación de lo normado por los artículos 45 y 84, 1° párrafo del Código Penal de la Nación, y los arts. 306, 310 y 518 del Código Procesal Penal de la Nación, estimo ajustado a derecho y por ende así;

**RESUELVO:**

**I.- DECRETAR EL PROCESAMIENTO CON PRISIÓN PREVENTIVA** de **S. L. H.**, ya filiada en autos, por considerarla “*prima facie*” autora penalmente responsable del delito de **homicidio culposo** (arts. 306, 310 y ss. del Código Procesal Penal de la Nación y arts. 45 y 84 párrafo 1° del Código Penal de la Nación), mandando a trabar embargo sobre su dinero y/o bienes hasta alcanzar la suma de seis millones de pesos (\$6.000.000) (art. 518 del ordenamiento de rito).

**II.- NOTIFIQUESE** a las partes en forma electrónica y una vez reanudados los plazos procesales, **PROSÍGASE** con el trámite. Déjese constancia.

**III.-** Una vez firme, comuníquese y **LIBRESE OFICIO** al señor ministro a cargo del Ministerio de Salud de la Nación junto con copias de la resolución dictada en autos.

**Fdo.: Justo Balanza. Juez**

Ante mí: **Caterina Fulop. Secretaria.**