

Sentencia N° 53

Min. Red.: Alberto Reyes Oehninger

Montevideo, 17 de mayo de 2016

VISTOS

para definitiva de segunda instancia en estos autos: **“P. G., M. A. CINCO DELITOS DE HOMICIDIO EN RÉGIMEN DE REITERACIÓN REAL. A. A., J. A. DIEZ DELITOS DE HOMICIDIO ESPECIALMENTE AGRAVADOS EN REITERACIÓN REAL. A. T., A. F. UN DELITO DE HOMICIDIO ESPECIALMENTE AGRAVADO (en calidad de cómplice)” (IUE 97-40/2012)**, venidos del Juzgado Ltdo. de Primera Instancia en lo Penal de 10º Turno, en virtud del recurso de apelación interpuesto por la Sra. Fiscal Ltdo. Nacional 3er. Turno Dra. Mónica Ferrero, contra la Sentencia N° 1/2015 de 26/2/2015, dictada por la Dra. Dolores Sánchez.

RESULTANDO

I) La recurrida (fs. 216/239), cuya correcta relación de actos procesales se tiene por reproducida, desestimó la demanda acusación del Fiscal Ltdo. Nacional en lo Penal Dr. Gilberto Rodríguez Olivar (928/965) y absolvió a los tres acusados. Así lo había reclamado la Defensa privada de P. (Dr. Humberto Tescke, fs. 982/1094), la Defensa de A. (Dra. Teresa Garrido, fs.

1009/1024, y la Defensa de A. (Dr. Fernando Posada, fs. 1037/1041 vto.).

II) Al expresar agravios para que se ampare la acusación (fs. 1235/1247), el M. Público (Dra. Mónica Ferrero), sostuvo:

1) La demanda fue clara en imputar a P. y a A. actividades reñidas con sus condiciones de enfermeros, en perjuicio de diversos pacientes con dolencias que comprometían sus estados de salud, algunos en estado terminal, sin claro discernimiento ni consentimiento. El inicio de las actuaciones para P. se verifica con la muerte de S. G. Lemos, en cuya orina se encontraron trazas de morfina, y en lidocaína en sangre. Este encausado admitió haberle suministrado una ampolla de morfina, según dijo, para calmar su dolor (no para darle muerte), sin prescripción médica. A poco que se analicen sus testimonios posteriores el auto de procesamiento, y casualmente después del Informe de la Junta Médica de Peritos, se verá que cobra lógica la connivencia con los restantes encausados para retractarse. El primer agravio lo constituye entonces la descripción de los hechos efectuados en la impugnada, donde se limita a decir lo que dijeron P. y A., y no atribuye hecho alguno a A.. 2) Cuando se dictó el procesamiento existía la confesión detallada, firme y motivada de P., A., y de A., sobre lo ocurrido con el paciente C. (en lo que le tocó intervenir), mientras que para los demás casos manifestó “sus sospechas” sobre la conducta ilícita de los coencausados en forma continuada y anterior a dicho evento. Una vez detenida A., a la cual se llegó por mención de P., al incautársele su celular (fs. 86) se logró

determinar que los tres se conocían, que ella estaba al tanto de las sospechas de la conducta de P. y A., y que participó en la reanimación del paciente J. C., por lo que le envió el mensaje a P., como consta en el celular de éste. A la fecha del enjuiciamiento se contaba también con la autopsia efectuada al cadáver de S. G. L., coincidente con la confesión de P. de haberle suministrado una ampolla de Morfina, para sedarla y que no sufriera, sin prescripción médica. Se contaba únicamente con el informe autopsico de Mederos y el informe de Lerena del ITF; sobre las sustancias detectadas en el examen toxicológico, al cadáver de la paciente del Hospital Maciel, la señora S. G. L.. No existía denuncia de faltante de medicamentos del Hospital Maciel, y luego se dirá que no se constató, en tanto en la Asociación Española, queda la duda de que se pudo obtener de alguna forma sin que se notara el mismo. 3) Teniendo en cuenta que las autopsias de los pacientes cuyo suministro de medicación y aire fueran reconocidos por P. y A., se efectuó sobre el estudio de las historias clínicas (en algunos casos fotocopias, tal como lo reconocieran alguno de los Médicos de la Junta Médica) y no, como en el caso de L., sobre el cadáver, difícilmente se iba a corroborar el suministro de la medicación referida. Ya no era posible analizar sangre ni orina de dichos pacientes fallecidos para detectar drogas y menos aún, aire, que como señalaran Lerena y los integrantes de la Junta Médica, según la cantidad suministrada, puede provocar una embolia gaseosa, y derivar en la muerte. No se analizó la sangre ni al orina en tiempo y forma como para detectar la sustancia, ni tampoco se podía detectar fácilmente el aire. 4) Lo único que podía cambiar

era precisamente las declaraciones, con una retractación fundamentada en el sentido muy bien expuesto por el Fiscal anterior. A. no probó sus dichos respecto a su Defensora saliente, y P. no confrontó sus dichos con la Policía, como a inició petitionó su Defensa, renunciando a dicha probanza. No obstante, la retractación no hace más que reflejar el interés puramente exculpatorio efectuado en forma tardía. La Junta Médica confirmó que no era posible determinar que dichas sustancias hayan provocado la muerte de los pacientes, pero no excluyó que se le hubiera suministrado dicha medicación y aire en su caso. De allí que dicha probanza científica solo puede servir para -como bien señala la sentenciante- para excluir como causa de muerte a dichos medios, aunque en ciertas dosis pueden ser idóneos para provocar la muerte. 5) Sin violentar el principio de indivisibilidad y unidad funcional del M. Público, es necesario analizar el dolo en la conducta de los encausados, y la imputación efectuada conforme la demanda acusatoria. Ni P. ni A. han admitido su intención homicida con sus conductas, pero tanto el Magistrado que los enjuició como el Fiscal que solicitó el inicio de proceso penal contra los mismos, concluyeron que la misma era inferible de sus conocimientos de enfermería. Y según se afirmó a fs. 287 *“aplicaron sustancias que rápidamente llevaban a la muerte”* desechando considerar la aplicación de la situación contemplada en el art. 37 del CP (“Homicidio piadoso”). La inteligencia de la demanda acusatoria fue en el sentido del auto de procesamiento, afirmado que al ser las sustancias idóneas pero no las causantes de la muerte, el suministro de las mismas configura tentativa. En

los dos casos más tangibles - pacientes S. L. y J. C.-, se determinó que las dosis no fueron las causantes de la muerte, pero sí que existió suministro de drogas no prescritas. En los demás casos, al no tenerse el análisis toxicológico es imposible aseverar que no ocurrieron, lo que tampoco se podría relevar mediante exhumación de los cadáveres. 6) No es legal que un enfermero que tiene al cuidado un paciente, le suministre medicación sin prescripción médica alguna. Y si lo hace, se debe determinar el dolo, esto es la intención al hacerlo, lo que es ajeno a la motivación. Por ende, causa agravio que la impugnada establezca como lo formula a fs. 1200, que las confesiones primigenias carecen de convicción por si solas, porque sumadas a la contundente prueba en contrario, no permite condenar. Ello, porque difícilmente la pericia científica iba a corroborarlas, y de hecho no lo hizo por las consideraciones antes expuestas, máxime cuando P. y A. ni siquiera pudieron determinar el número de pacientes a los cuales le suministraron medicación y aire respectivamente. Fue por ello que se dispuso autopsia a S. L., ante la sospecha del accionar ilícito de P., el cual admitió haberle suministrado morfina, y de allí en más confesó todo su accionar; luego se involucró a A. y a A.. Este proceder debe ser valorado de acuerdo a la lógica y máximas de experiencia, sopesando los indicios. 7) Si bien P. y A. no fueron vistos suministrando directamente la sustancia (ellos mismos revelan que lo hacían en solitario, y sabían cómo hacerlo), la prueba testimonial reunida debe ser analizada en su contexto. Quienes declararon en contra de los encausados lo hicieron antes de su enjuiciamiento y reiteraron sus dichos posteriormente.

Quienes declararon a favor de ambos -salvo quienes desconocían su proceder, tales como sus superiores-, fueron compañeros y amigos y lo hicieron luego del enjuiciamiento. Alguno de ellos incluso los fue a ver a la cárcel, por ende difícilmente su testimonio no esté consustanciado emocionalmente con su situación y es entendible. En suma, los encausados, de un modo u otro confesaron, y era previsible que salvo los casos de L. y C., para los restantes iba a ser muy difícil la prueba científica.

III) Al abogar por la confirmatoria (fs. 1255/1261), la Defensa de P. (Dr. Teske) contestó, en síntesis:

1) En aras de lograr la absolución se renunció a prueba solicitada por su parte y cuyo diligenciamiento fue parcial, porque al ver que ya estaba probada la inocencia de su defendido, solamente lo perjudicaría la demora. 2) No se puede cambiar el eje de la discusión. El primer Fiscal (Dr. Diego Pérez), solicitó el enjuiciamiento por Homicidio Especialmente Agravado, el segundo Fiscal interviniente (Dr. Gilberto Rodríguez), acusó por tentativa de Homicidio Especialmente agravado; y al ser tan manifiesta la falta de prueba, al fundar su recurso, la Fiscal recurrente (Dra. Mónica Ferrero) desliza la existencia de otro delito. 3) Quedó demostrado que nunca se dio medicamentos sin autorización y no existe dolo como debe de existir para la adecuación típica de una tentativa de Homicidio. En primer momento se pensó que habían aumentado las muertes y luego quedó demostrado que las estadísticas estaban equivocadas. Como el M. Público viene en franco descenso en la tipificación de delitos, intenta en forma muy leve

poner otro delito ya que se refiere a la violencia física y moral, que es imposible e ilegal imputar ahora: la Defensa se opuso a la acusación referida a otro delito; o hay tentativa de Homicidio o nada. Y si se cambia el fallo se estaría decidiendo *extrapetita* porque quien tiene la acción es el M. Público, quien no acusó por otro delito que el Homicidio tentado. 3) Quedó plenamente probado que P. no le dio ninguna medicación a la paciente L., y si le dieron alguna medicación con Morfina, fue suministrada en la sala Gallinal varios días antes de llegar a la sala de la UCC. Esto está demostrado científicamente y por lo tanto da por tierra con lo manifestado por la Sra. Fiscal, que con su inteligencia y agudeza intenta llevar el objeto del proceso a que se discuta suposiciones y no hechos probados. 4) Refiere el M. Público a las tasas de mortalidad, sin solicitar ninguna probanza de que existió un error en la información contraria. 5) Los testigos cuestionados no eran amigos de su defendido sino compañeros de trabajo. 6) Es indiscutible que la fundada Sentencia del Magistrado actuante no ha sido conmovida en lo más mínimo por los agravios y los indicios y pruebas contundente no llevan nada más que a la confirmatoria. No puede descomponerse los indicios, deben analizarse en conjunto; y P. fue mal procesado.

IV) Al contestar los agravios, la Defensa de A. (Dra. Garrido, fs. 1265/1282), se pronunció como la de P.:

1) La apelante ubica el cambio de declaración de A. entre marzo de 2012 y abril de 2013. Debió tener en cuenta que ya en marzo de 2012 (fs. 117), había declarado que jamás vio a los enfermeros

realizar ningún tipo de acto a no ser los comentarios de ellos que reitera en las declaraciones. En el mes de abril de 2013 (fs. 878) aclara que nunca vio que hiciera algo, sino que solo refiere al juego que ya había señalado en la primera declaración y los contactos entre los tres encausados son meras suposiciones. 2) La Junta Médica fue solicitada por el M. Público, que le asigna en esta instancia procesal un valor muy escaso, argumentando las limitaciones de esa prueba por considerar que no se realizó autopsia sobre el cuerpo, sino sobre las historias clínicas. Pasa por alto la opinión del Dr. Hugo Rodríguez, quien descartó la autopsia en el caso del aire porque de realizarse, se encontraría el aire del ataúd. 3) Nadie presenció el suministro de aire por A. y una autopsia nada se aportaría en pro ni en contra. El Dr. Perona reafirma que una inyección de 20 cm³ realizada por una persona en forma consiente es una actividad anómala sin duda. La Dra. Adriana Belloso, Subdirectora del CTI Neurológico de la Asociación Española (fs. 153), añade que los pacientes de esa unidad son críticos y están ventilados con respiradores mecánicos, por lo que es muy difícil darse cuenta si se produce una embolia gaseosa (afirmaciones que refuerzan que no se probó el suministro de aire). 4) El M. Público insiste que no se logró la prueba de una intervención externa en el estado que determinó los fallecimientos, porque no se analizó la sangre y la orina en tiempo y forma. Pasa por alto los informes científicos en las diversas oportunidades en que se hicieron, porque parecerían limitar un reproche penal para A. con la imposición de la pena que se solicitó y ella mantiene como aspiración. Ante la falta de probanza, invoca el cambio de

declaraciones como medio para lograr la incriminación, a través de una retractación donde se observa en la expresión de agravios, no advirtió que el 17/4/12, A. solicitó cambio de abogado lo que sin mucho esfuerzo permite inferir que no estaba conforme con su patrocinio inicial (fs. 581). Se apoya la Fiscal en que A. no probó la influencia de su abogada, con lo que se discrepa absolutamente.

5) La Fiscal parte de la seguridad del suministro de sustancias no autorizadas por prescripción médica, a pesar de que en el decurso del proceso no pudo probarse tal extremo, ya que ello solo emerge sin base en la realidad. No agrega nada nuevo para apoyar su teoría, a tal punto, que a fs. 1243 vta., hace hincapié que en respecto de C. y L. se advirtió el suministro de dosis que no fueron causantes de las muertes.

6) A esta altura no es fácil advertir si se pretende una tentativa de homicidio o violencia privada (con las diferencias que las caracterizan) porque el dolo se puede aplicar a cualquiera de las dos figuras. A falta de prueba, el M. Público aboga por un delito no definido, tal como se consigna en la sentencia apelada. El art. 3 del CP dice que nadie puede ser castigado por un hecho previsto por la ley como delito, si el daño del cual depende su existencia, no resulta ser consecuencia de su acción u omisión.

V) Por último, la Defensa de A. (Dr. Posadas, fs. 1285/1288), contestó de la siguiente manera, en lo medular:

1) El elenco probatorio que aparentemente sustentaba el procesamiento fu esfumado en el transcurrir del sumario hasta dejar huérfana cualquier pretensión condenatoria, por lo que la

Sede con buen juicio decidió absolver a los encausados. La base de los agravios es el hecho de que su defendida supuestamente sabía del proceder ilícito de sus compañeros, hecho que carece de cualquier tipo de fundamento probatorio, porque A. no los vio ni estaba al tanto. 2) No es cierto que cambiara de versión. En su primera declaración hizo referencia al hecho de que era testigo de juegos, humor negro, comentarios, etc., y cuando volvió a declarar en abril de 2013 expresó que cuando en el mensaje de texto dijo que “el puto limpió” a un paciente, se refería a la limpieza que realizan los practicantes de la religión umbandista. 3) Como se expresó oportunamente, el accionar de A. sería atípico aún en el caso que se hubiese probado la culpabilidad de A. y P., que el dictamen de la Junta Medica descartó sin lugar a dudas. El informe de dicha Junta se encargó de aclarar cada una de las muertes que en principio se les atribuyó a los encausados y en ninguna de ellas se pudo probar la existencia de elementos exógenos que hayan coadyuvado a las muertes de los pacientes, las cuales se debieron a la propia involución de las patologías que los habían llevado en primer lugar a la internación. La conclusión general del propio informe es igual de contundente, por lo que la Sede, como marca la lógica, se apoyó el informe de especialistas que no deja lugar a dudas acerca de que no hubo intervención externa en las muertes analizadas. 4) A la contundencia de la prueba pericial, se suma la falta de certeza de los testimonios, que de ninguna manera dan por probados los hechos imputados, sino que tal como sostiene la propia A quo, algunas declaraciones se inclinan hacia un lado y otras hacia otro. 5) Por lo tanto, diligenciada toda la prueba

dispuesta de oficio y a solicitud de las partes, no se pudo desvirtuar la presunción de inocencia.

VI) Recibidos los autos, previa integración del Tribunal (sucesivamente, por impedimento y discordia), se citó para sentencia, y ésta se acordó por intermedio de mayoría legal.

CONSIDERANDO

I) La Sala integrada, por unanimidad (superada la discordia inicial tras arduo debate), no estima de recibo los agravios del M. Público, por lo que confirmará la absolución.

II) En el aspecto sustantivo, liminarmente cabe destacar que la demanda-acusación, para fundar su pretensión de condena, consideró acreditados de manera plena, los siguientes hechos: 1) P., quien se desempeñaba como enfermero en la Unidad de Cuidados Coronarios del H. Maciel hacía 7 u 8 años, desde más de un año atrás a la fecha del procesamiento estuvo suministrando a diversos pacientes que individualizó, y que se encontraban con dolencias que comprometían su estado de salud -algunos en estado terminal- sin claro discernimiento, ni consentimiento prestado, Midazolam (Dormicum) y Morfina, medicación que no estaba indicada en sus historias clínicas.

Su accionar quedó expuesto a partir del deceso de S. G. L. (74), que había sido internada en la Sala Gallinal de Cuidados

Moderados del H. Maciel el 01.03.2012, a causa de convulsiones tónico generalizadas en episodio de hipoglicemia, que revirtió sin aparentes secuelas neurológicas.

El 12.03.2012 se le firmó el resumen de alta a domicilio con control en Policlínica de Nefrología y de Neurología; pero a la hora 14.00, familiares alertaron que había empeorado, planteándose como posibles diagnósticos, trombo embolismo pulmonar o síndrome coronario agudo. Ingresó entonces a la hora 15.45 a la unidad cardiológica, indicándose estudios complementarios (hemogramas, monograma, radiografía de tórax y ecocardiograma transtorácico). A la hora 19.25 presentó depresión de conciencia con bradicardia y paro cardio respiratorio. Las medidas de reanimación no revirtieron su estado y falleció.

P. reconoció haberle suministrado por vía intravenosa Morfina (fs. 107-108), ya que al ver el sufrimiento de la gente estaba decidido a terminar con su dolor. Dijo sedar a pacientes que tenían un mal pronóstico vital, con sufrimiento y sin resolución de vida, sin autorización médica, pero al mismo tiempo, sin ánimo de matarlos, solo para que no sintieran el dolor.

En la autopsia practicada por el Dr. Mederos se estableció “*muerte de causa natural. Indeterminada*” (fs. 32), lo que fue confirmado por la Junta Médica (fs. 776), que si bien constató trazas de un metabolito de Morfina, aclaró que ello no guardaba relación con la evolución y el fallecimiento de la paciente: “...*cualquiera haya sido el momento de la administración de la morfina, desde el punto de vista médico legal, no se puede plantear una incidencia de esa*

medicación en el fallecimiento ...” (fs. 778). Sin embargo llamó la atención de los peritos la “detección de lidocaína” (Mederos, fs. 162) en una “concentración terapéutica” en la sangre de la fallecida, ya que no constaba que dicho fármaco hubiese sido suministrado, o estuviese indicado durante su internación: “... En el supuesto de que la lidocaína hubiera sido administrada luego de que la paciente instaló la bradicardia extrema y el paro cardio respiratorio, habría tenido una incidencia negativa sobre el éxito de los intentos de reanimación y en consecuencia, hubiera contribuido a la muerte ...” (fs. 778 in fine). P. negó haber aplicado la lidocaína (fs. 193 vto.), dijo que no la empleaba y en el acta de incautación llevada a cabo, solo se constató la presencia de ampollas de Dormicum, Morfina y Tramadol.

En audiencia de fs. 180-182 le fueron exhibidas fotografías de personas fallecidas en similares circunstancias en el H. Maciel y la Asociación Española, donde también se desempeñaba (en este caso confesó haber dado Dormicum o Morfina a dos o tres pacientes). Expresó no recordar a la paciente A. S. (fallecida el 21.11.2011, fs. 4), negó suministrar sustancia alguna a I. R. (fallecido el 30.11.2011, fs. 5), confesó que le suministró Dormicum o Morfina a M. L. T. (fallecida el 27.12.2011, fs. 6), lo mismo respecto de C.. Cree haber hecho lo propio con el paciente Y. y no recordó a R. V. (fallecido el 24.12.2011, fs. 3), pese a que le sonaba su apellido (aunque luego de ver su historia clínica, no lo recordó). A la paciente N. M. le suministró Morfina. No reconoció, ni aseguró, su acción respecto de L. D. R. y A. R.. A J. C. negó suministrarle medicación, pero estuvo relacionado con la maniobra

de A. (fs. 179); aunque la Junta Médica estableció que la muerte fue *“...previsible en el contexto de un paciente portador de una patología crónica a la cual se le agregan complicaciones intracraneales. De la historia clínica no surge la existencia de otros factores exógenos intervinientes en la muerte del paciente...”* (fs. 796vto.- 797).

P. manifestó que le era difícil recordar solo viendo las fotos, ya que debido al tiempo y al estado de los pacientes, presentaban apariencias diferentes a las de las fotografías, sin perjuicio de lo cual, confesó.

En relación a los reconocimientos, al informe de la Junta Médica (fs. 794-797vto.) y al proporcionado por la Dirección del Hospital Maciel -en comparecencia de su Director y Abogada de la Institución, fs. 381-383- dijo:

Si bien P. admitió haber suministrado las sustancias a la paciente T. C., la Junta establece que *“la fallecida era portadora de una patología cardiovascular crónica, a lo que se agregó un infarto agudo de miocardio ... Muerte natural de etiología cardiovascular secundaria a un IAM. No se encontraron otras causales de muerte”* y por su parte el informe del Maciel referido expresó: *“... fallecida en UCC el día 14 de febrero de 2011 a la hora 1:40 hora. Ante la probabilidad de que en ese día el funcionario hubiera omitido registrar su asistencia en el reloj del hospital, se concurre al Servicio donde se corrobora que efectivamente ese día el funcionario no fue a trabajar y que tampoco lo hizo, los dos días anteriores por tratarse de sus descansos ...”* (fs. 382); b) respecto

del paciente Y. no asegura haberle suministrado tal medicación, informándose por las autoridades del H. Maciel “... Otro caso que llama la atención, refiere al paciente Sr. E. P. ... también reconocido por P., quien fallece el día 8 de Julio de 2011 a la hora 21:15, siendo que P. ese día inició su labor a la hora 6:00, retirándose a la hora 11:51, por tanto el paciente falleció 9 horas 24 minutos después de la salida de P. del servicio. Razón ésta determinante para que la Dirección del Hospital Maciel considerara la improcedencia de convocar a los familiares de las 5 presuntas víctimas, tal como tenía planificado hacerlo ...” (fs. 382 num. 8 y 9). La Junta Médica expuso sobre el paciente: “... Falleció 08/07/2011 a las 21:15 horas. Conclusiones: se trataba de un paciente portador de una patología cardiovascular grave descompensada, en un paciente con un mal terreno biológico previo, que falleció en momentos en que se le realizaba una maniobra invasiva como es la colocación de un marcapaso por VVC. La muerte durante este tipo de procedimientos es una complicación factible, especialmente en la grave situación clínica que atravesaba. Nada indica que intervinieran otros factores exógenos como coadyuvantes de la muerte. En suma: no existen pruebas para plantear otras incidencias en la causa de muerte ...” (fs. 795).

2) A., quien se desempeñaba desde hacía 18 años en el CTI Neuroquirúrgico de la Asociación Española, admitió haber aplicado con una jeringa por vía intravenosa 20 cm³ de aire a diversos pacientes que se encontraban en su sector de trabajo en etapa terminal, sin previamente elegirlos. Manifestó que lo hizo por humanidad, y que no tolerar tanto padecer lo llevó a hacer que la

gente dejara de sufrir, permitiéndoles descansar, lo que hizo sin colaboración de tercero y por espacio de unos dos años aproximadamente. Añadió que los pacientes no necesariamente podían morir, ya que tan luego de 5 minutos ingresaban en un *disconfor* cardíaco y se seguía el protocolo, dando aviso al médico.

Mediante exhibición de fotografías reconoció haber efectuado tal procedimiento sobre un total de diez pacientes (J. C., L. S., S. L., C. E., B. A., A. M., S. R., C. R., B. F. y N. A.), demostrando su imputabilidad penal conforme a la pericia psiquiátrica practicada.

Malgrado su confesión, la Junta Médica concluyó respecto de C.: *“..La patología traumática sobrevenida en un paciente con importantes alteraciones previas produjo la muerte. En suma: muerte previsible en el contexto de un paciente portador de una patología crónica a la cual se le agregan complicaciones intracranealas. De la historia clínica no surge la existencia de otros factores exógenos intervinientes en la muerte del paciente..”* (fs. 797). R.: *“portador de una gravísima lesión neurológica de causa vascular ...La muerte ocurrió como desenlace natural, esperable e inevitable de compromiso neurológico reseñado. En la historia clínica se dejó constancia del pésimo pronóstico vital inmediato ... el cual era evidente...”* (fs. 797). A.: *“... sufrió en vida un TEC grave secundario a una precipitación desde cuatro metros de altura. Las graves lesiones intracranealas eran idóneas por si mismas para provocar la muerte... En suma: se trató de una muerte violenta secundaria a un TEC grave con importante agravio*

encefálico a consecuencia de una precipitación. La muerte es un resultado esperable. No se comprobaron otro tipo de violencias o circunstancias que pudieran haber provocado la muerte...” (fs. 797).

Sin embargo -a su juicio- lo informado no determina “*la imposibilidad de atribuir el resultado material muerte, a la acción desarrollada (inyectar aire por vía intravenosa) tal como lo expusieron los facultativos*”. Las circunstancias médicas preexistentes no se constituyen en concausas (art. 4 del CP) que inciden en la relación de causalidad material (art. 3), porque el resultado no fue la consecuencia directa e inmediata de la acción ilícita puesta en ejecución. Se trata de un evento causal de simultánea concurrencia, pero que afecta no como forma de interrumpir el nexo de causalidad principal, sino como una “*razón extraña, o exógena*” a la voluntad desarrollada, volitiva e intelectivamente por los encausados, la que de no haberse operado, hubiera finalmente permitido la concreción del proceso iniciado, ya que los medios utilizados para alcanzar las “*humanitarias muertes*” invocadas eran idóneos para su producción, no “*absolutamente inidóneas*” como exige el art. 5 (CP) para perfilar un “*homicidio imposible*”.

3) A. se desempeñaba en el CTI Neuroquirúrgico de la Asociación Española, desde hacía 18 años. Conocía a P. y A., quien era padrino de su hija, sabiendo, por presumir certeramente, que ambos se dedicaban a estas ilícitas actividades de suministrar sustancias a pacientes en etapa terminal; lo que corroboraba

mediante sospechas del accionar de los mismos, de la actitud que mostraban cuando estaban próximos a estos pacientes y de las expresiones que realizaban en cuanto a que *“había que darles una ayuda”*.

El 11.12.2011, la tarde que falleciera en dicha Institución el paciente C., sabiendo que A. le había suministrado algo, le envió un mensaje de texto al celular de P. (que fue incautado) a las 16.56 hs., diciendo *“El p... limpió al 5 y se fue a la farmacia. Todos reanimando”*, seguidamente, a las 17.03 hs. le envía otro: *“El t culpa a tí”*, contestándole A.: *“No me inculpes maldito!!!”*. El 13.12.11 a las 13.21 hs. le dice A. a P.: *“Ok. Pero no me limpies a nadie”* (fs. 91 a 94).

A., conociendo la realización de un delito, tanto por P. como por A., ocultó dicha información a las autoridades médicas, manifestando que no creía que fuera verdad, lo que debe descartarse por el contenido del mensaje, y su relación con los otros imputados.

4) En función de dicha plataforma pidió la condena de P. y A. como autores de reiterados delitos de Homicidio especialmente agravados en grado de tentativa, a 16 años y 14 años de penitenciaría, respectivamente; y de A., por la comisión por omisión de un delito de Encubrimiento a título de dolo eventual, como autor, a 24 meses de prisión.

III) La sentencia (fs. 1125-1206), en consonancia con lo pretendido por las Defensas (fs. 969-1004, 1009-2004, 1037-

1041vto., 1109-1114, 1117-1122vto.), no comulgó con tal enfoque, y dictó la absolución de los acusados. Argumentó:

No está plenamente probado que éstos hayan cometido ilícito alguno, si bien al comienzo del proceso se reunieron elementos de convicción suficientes (art. 125 del CPP).

Para el caso, la prueba técnica es la más apta -por no decir la única- para determinar la causa de muerte y existencia de concausas, que puedan haber incidido en la muerte de los pacientes.

El proceso de estudio y explicación de la Junta ha resultado indubitable. Más allá de todas las hipótesis que se les plantearon cada vez que se les solicitó acudir a la Sede, sus conclusiones fueron contundentes: no hay indicios que sugieran, conforme a la autopsia, a los resultados toxicológicos o a las historias clínicas, que las muertes fueron sorprendidas, o no esperables. El desenlace devenía lógico de acuerdo a la patología que presentaban y no se advierte -en ninguno de los casos - una peoría inesperada y súbita de la situación clínica y la evolución seguida por el paciente, lo que excluye cualquier concausa.

Agregan que la morfina, en caso de haberse suministrado, no provoca la muerte. Respecto del aire supuestamente suministrado en el torrente sanguíneo, dijeron que no existe prueba científica de ello, ni que avale que es idóneo para ser causa de muerte, y que en forma hipotética se plantea como posible, pero en volúmenes muy superiores a los que se manejan.

No existe prueba pericial, ni siquiera de igual o mejor convicción que la vertida en autos: los fallecimientos producidos e informados no son a causa ni del suministro de morfina, ni de aire. Y los reconocimientos que se hicieron a través de fotografías, generan más dudas que certezas.

Se declaró haber suministrado aire a S., pero éste falleció al quitarse la entubación. P. declaró haber suministrado morfina a pacientes en momentos en que ni siquiera había ido a trabajar (C.), o que fallecieron en el momento en que el equipo médico le estaba colocando un marca paso (Y.).

Tras los enjuiciamientos, habiendo cambiado las defensas, P. y A. se retractaron. Y sin llegar a afirmar la *A-quo* que sus declaraciones primigénias son nulas, sí -dijo son válidas sus retractaciones, al haberse acreditado el error de hecho sobre las que acaecieron, conforme surge de la prueba pericial que detalla, y del contexto de los interrogatorios: reconocimiento por fotos, admisión de hechos en días en que ni siquiera estaba en el Nosocomio, todo lo que hace perder la credibilidad a la confesión.

De la prueba testimonial se nota la existencia de dos grupos: uno a favor de los encausados y otro en contra, con un denominador común: NADIE LOS VIO HACER NADA A NINGUN PACIENTE.

Quienes sospechan, hablan de rumores y de aumentos de tasas de mortalidad en el Maciel, que finalmente no fueron tales.

El inicio de la investigación se debió a la sospecha de una enfermera de que la tasa de mortalidad del Centro del Hospital Maciel se había “*disparado*” y que todos los rumores sindicaban a P. como responsable.

La prueba diligenciada -concluyó- examinada racional y legalmente, de forma individual y en su conjunto entonces, no permite llegar al grado de certeza necesaria de que P. y A. hayan efectuado maniobras sobre los pacientes institucionalizados en las unidades en las que trabajan, ni mucho menos haber pretendido darles muerte.

IV) Estima la Sala que la clave para dilucidar el caso gira en torno al valor convictivo a asignar a la “*confesión*” que al comienzo brindaron P. y A.. Si se concluye que son ciertas, y por ende, que sus retractaciones carecen de fundamento, se impone la absolución, lo que es del caso.

Desde larga data es valor entendido en el proceso penal que la confesión es insuficiente, por sí sola, para establecer -con certeza- que el delito fue cometido por quien la brinda. Su relevancia jurídica aflora en el instante en que la alegada participación del confesante logra el respaldo de otras pruebas que la tornan verosímil, y permiten sostener, con propiedad, que el suceso ocurrió de la manera como libre y voluntariamente, lo narró: “...*la objetividad de la sentencia requiere que una condena se base en algo más que la mera confesión del reo, acto esencialmente subjetivo. En consecuencia, se estima que en aplicación de la norma del art. 174 del C.P.P. esto es, la recta aplicación de las*

reglas de la sana crítica, aconseja absolver al confesante cuando solamente obra ésta, sin otra prueba' (de la Sala, S. 47/2004).

V) Está claro que la situación de autos comenzó a gestarse a partir de comentarios que paulatinamente se fueron instalando entre el personal de enfermería en la Unidad del Hospital Maciel donde P. se desempeñaba, que hacía suponer a algunos que se hallaba involucrado en maniobras clandestinas directamente vinculadas con el deceso de varios pacientes; que se vio alimentada -es indudable- por algunas expresiones y actitudes inadecuadas -o poco claras- de éste (también de A.).

Ello se desprende de un número importante de testimonios, que dieron cuenta del estado en el que se encontraba la *interna* de los sectores asistenciales (en especial la del Maciel), donde los nombrados se desempeñaban.

Así se desprende de lo declarado por A.: *"... verlos, jamás los vi, escuchaba cosas, M. decía que hoy le íbamos a dar una ayuda a tal o cual paciente, pero lo decía, y ocurría algunas veces y otras no. Respecto a A. hacían juego de palabras entre ellos dos en cuanto a este tema, pero en ningún momento a ninguno de los dos vi personalmente nada...Y supongo que les pasarían medicación, supongo porque nunca lo vi ... Me enojaba tremendamente y les decía que no, aunque todo esto, el principal era M., A. como que se sumaba al juego ... un poco para cubrirlo, pero no sé si llegó o no a oídos ... no tenía pruebas, solo comentarios ... fue un paciente de cama cinco, yo no vi lo que estaba haciendo. Me dice M. que llamara que estaba en paro, me doy vuelta y estaba con su*

bandeja de medicación, no sé ni quién llama al médico, se comienza la reanimación y ese paciente no salió, eran 17.30 horas, reanimamos con el Dr. D y estuvimos reanimando como por 20 minutos ... me molestaba porque eran pacientes míos yo les decía que no, con los míos o no, era igual ... (fs. 117-19): "... éste es el paciente del mensaje referido, C. B., J. A., me doy cuenta porque era mi paciente, la hora del paro fue 17.30 ... desaparecieron los dos, porque habían estado comentando entre ellos de ese hombre en el área, pero nunca vimos nada ... Esos comentarios de humor negro lo hacían delante de todos, no sabíamos si iba a pasar o no, y al otro día de esto se culpaban los dos, y entonces nunca supe quien fue y si fue alguien ..." (fs. 178/vto.).

Y también de lo manifestado por varios testigos. S. (fs. 14-15): "... Esto comienza con una corrida, un comentario de todo el personal, enfermería, parte médica, porque se dan determinadas muertes que generan dudas, sobre todo dentro del personal de enfermería y hoy también de los médicos ... y lo que pasaba en el H. Maciel es que se inician esos comentarios ... Lo que supuestamente le administra causa ronquidos, falta de aire, y la bradicardia en el monitor, siempre es lo mismo, y ocurre estando él solo en el sector del paciente, y es el que alerta de la situación ... Todos los pacientes que fallecen con estas características tenían una vía intravenosa colocada por indicación médica ... la tasa de fallecimientos de la sala que era baja subió notoriamente ... tanto es así que tiene relación con esta persona que en enero/febrero ... estuvo con 45 días de licencia certificado, en ese mes y medio

solo falleció un paciente y por causas justificadas, se reintegró, y a los 26 días fallece un paciente con todas las características y relatadas en los fallecimientos ... Él había comentado que en la Española donde trabaja hizo ese comentario que relaté de que mataban pacientes delante de otros compañeros ... ya no recuerdo los nombres de las personas que allí estaban ... Del 22 de noviembre al 27 de Diciembre, sí estoy segura que fueron 4 ... Sí se hizo por noviembre, diciembre del año pasado, pero no dio ningún resultado del motivo, no encontraron elementos acusatorios de nada, estaba a cargo de la misma la adjunta a la Dirección, la Licenciada A. R. ... ante el fallecimiento de la última paciente, y ante las sospechas que se tienen de lo que está pasando, con un resto de sangre que se había extraído para un examen de rutina luego que el paciente entró en descompensación, lo entregó a un Sub Oficial de Policía"; G. (fs. 17-19): "... Se corren rumores de que pacientes mueren de manera extraña, porque son pacientes que fallecen con las mismas características, son pacientes añosos, pueden o no dados de alta, porque ha ocurrido con pacientes que están dados de alta y se quedan un día más, pacientes que demandan más cuidado y vigilancia de enfermería, además siempre la misma persona es la que da la alerta de la descompensación, esta persona se llama M. P., él es auxiliar de enfermería ... el paciente de la cama 8 V. que grita "que hacés hijo de puta, estoy enfermo pero sé lo que hacés", todo eso en el oscuro. Este enfermero luego de eso sale del lado izquierdo del paciente donde tenía colocada la vía venosa, yo miro el monitor y el paciente estaba estable ... me voy y el paciente queda estable.

A los días yo llego y me entero que el paciente había fallecido esa misma mañana en que él ofreció quedarse ... una paciente de nombre L. ... él se queda controlando a la señora L.. En eso él me llama a los gritos que fuera a donde estaba él con la paciente porque la misma estaba hipotensa, yo voy, le tomo la presión, tenía 6 y digo que había que llamar al médico y vuelvo a seguir controlando el resto de los pacientes. En eso comienzo a escuchar un ronquido fuerte, dos o tres segundos, algo de una de las camas, y veo que él tiene las luces apagadas y que estaba del lado derecho de la señora donde tenía la vía venosa central, yo me meto de nuevo al box donde estaba y salgo y le pregunto qué era ese ruido, qué había pasado, él ya en ese momento tenía las luces encendidas y me dice que estaba haciendo un paro respiratorio ... comienza a reanimar ... Él estaba allí, se le notaba nervioso y con tartamudeo al hablar. Quiero agregar que cada vez que pasa este tipo de cosas pasan cuando determinados médicos están de guardia, no es que pasa con todos ... cuando pasan estas cosas son médicos sin experiencia que están de guardia ... D. S. era su apellido, la misma fallece estando de guardia P., todos los fallecimientos, o son en su turno ... o media o una hora después que él se va ... Lo que sé, lo que se dice es que en la Española los pacientes del CTI donde trabaja se van a los 15 días, o se van de alta o se mueren a los quince días, los pacientes que tienen accidentes graves, que están graves, que están vegetal, los sacan"; S. (fs. 37-37vto.): "...No vi que le diera algo, que inyectara algo en particular, pero una actitud extraña, manipular una vía central de una paciente que estaba en cama uno, con luz

apagada, ya habíamos terminado de bañarla, cuando vuelvo a la enfermería él se queda como acomodando las cosas, yo sabía que me había olvidado algo, doy media vuelta y lo veo desde enfermería manipulando la vía, yo le dije que me había olvidado de eso, y me dice ya está, ya está, y cuando me estoy dando vuelta el guarda algo en el bolsillo, no sé lo que era, estaba con la luz apagada ... de pronto vuelve y nos dice, no escucharon ese ronquido, esto que es, miro, y la paciente de la cama uno ... estaba en paro respiratorio ... ese fallecimiento me parecía muy raro porque hacía minutos yo la había controlado y estaba bien ... Esa paciente estaba asignada a mí antes de lo ocurrido, reitero, estaba estable, habla conmigo, se reía, no había algo que pronosticara lo que ocurrió ...”; N. (fs. 38-39): “... estando yo en la enfermería y él en la unidad de cama uno, escuché un ruido de cuando se parte una ampolla, cuando se abre, miré y no había ninguna medicación en ese horario, minutos después el paciente, que era un señor que no recuerdo quién era, hace un paro cardíaco y fallece. En ese momento no me llamó la atención, como que fue algo que pasó ... he escuchado por parte del personal, que era llamativo, sobre todo en el último año, que cada vez que fallecía un paciente que estaba estable, estaba P. en la guardia, o entregaba la guardia ...”; L. (fs. 40-41 vto.): “... sospechas sobre una persona que se desempeña allí, M. P., soy enfermera, porque sé cómo se trabaja, porque las coincidencias son muchas, porque aumentó en poco tiempo la tasa de mortalidad, ya que veníamos de años de baja mortalidad ... son pacientes añosos y pacientes que la autodefensa es baja y que dan mucho trabajo desde el punto de

vista de enfermería ... actitudes de la persona nombrada cambian cuando va a hacer el tipo de hecho que sospecho hace, Peñarol pierde, hay mal humor, tenso sueño, hay mal humor, se me rompe algo en casa, hay mal humor, o sea, hay que matar a alguien, para ser claro ... yo encontré una ampolla de Dormicum del laboratorio Roche, un original, esa ampolla la encontré un día en que falleció un paciente de éstos que no tenían que morir, yo me enojé mucho, por lo que fui al lugar donde se desechan los envases vacíos de la medicación intravenosa y me lo llevé a mi escritorio, comienza a buscar para ver si existía algún tipo de medicación que hubiera sido suministrada a esa paciente que no estuviera indicada, y pude encontrar entre esos restos una ampolla vacía de Dormicum, esa medicación no es comprada por el Hospital hace años, por lo cual ante mi sospecha di cuenta a mi Jefatura A. C. R.”; C. (fs. 74-74vto): “... nunca vi nada de eso, lo que se rumorea, hay compañeros que han visto al mismo manipular las vías de pacientes en forma extraña, sin justificación, pacientes que posteriormente fallecen ... Yo vi una que me tocó y generalmente es respiratorio lo que les pasa, y lo extraño es que los pacientes de nuestra unidad cuando fallecen son por causas cardiológicas, que es la especialidad de nuestra unidad ... escuché comentarios ...”; B. (fs. 75-75vto.): “... lo vi que se acerca a la cama de un paciente que en ese momento estaba estable, estaba con la luz apagada, era a media mañana, pero cuando se trabaja con el paciente en general se prenden luces, yo lo que vi concretamente es que se acerca al paciente, le toca la mano, estuvo allí un ratito y se retiró para afuera de la sala. Cuando

volvió, a los quince o veinte minutos, pasó por frente a la nurse y de mí y fue hasta la cama del paciente con el que había estado hacía un ratito y entonces llama a la nurse y le dice que el paciente estaba en paro o algo así le dijo, se hizo reanimación, pero cuando el médico llegó el paciente ya había fallecido ... comentarios existen, yo nunca lo vi manipular medicación controlada que fuera de él ...”; D. (fs. 1073-1076): “... M. ... le decían El Fúlmine, porque siempre pasaba algo con algún paciente, algún paciente paraba cuando estaba ...”; L. (fs. 1077-1079): “... Yo no lo vi hacer eso en concreto, pero somos enfermeras y sabemos lo que pasa a nuestro alrededor con nuestros pacientes, P. no lo hacía en un principio ... Sí, que P. ya lo venía haciendo en la Española en el CTI Neuroquirúrgico de la Española ...”.

VI) Este particular estado de cosas coincidió con otro dato que supuestamente corroboraba esas sospechas con axiomática certeza: el llamativo -y al parecer inexplicado- aumento de la tasa de fallecimientos que se había estado registrando por esos tiempos en la Unidad Coronaria del Hospital Maciel. Al punto que se entendió justificada la designación de una Comisión Investigadora para examinar a fondo el tema.

Así se desprende de lo declarado por: el Director del Hospital Maciel Dr. R. H. G. (fs. 22-22vto.): “... me comunican la inquietud por el aumento de la mortalidad de sus pacientes durante el 2011. Al cual instruyo una pericia técnica para evaluar las historias de los pacientes fallecidos durante el 2011...”; M. B. H. (fs. 24-25): “... La investigación administrativa está en marcha desde el punto de

vista técnico...”; A. C. R. (fs. 65-67): “... Se me disparó la tasa de moralidad ...”; C. S. (fs. 14-15): “... la tasa de fallecimientos de la sala que era baja subió notoriamente ...”; así como la Jefa de la Unidad Coronaria de dicho Hospital, A. B. D.: “... La mortalidad de la unidad coronaria es un indicador que se usa en medicina para obtener los resultados del trabajo de la unidad coronaria, desde su creación, ese porcentaje fue de un 3 a un 4 por ciento anual ... En el año 2011 esa tasa se encontró que pasó a tener un valor del 10% ... se concluyó primero que todos los fallecidos eran enfermos graves, pero que entraban dentro del promedio de gravedad de los pacientes que ingresaron a la unidad desde su creación...Dentro de su gravedad, no esperábamos que tuvieran un desenlace agudo. Este grupo de pacientes no era un grupo distinto al promedio de los ingresos desde la creación de la unidad coronaria, en conclusión no debería haber aumentado la tasa de mortalidad de la forma que aumentó, fue esto una de las cosas que nos llamó la atención, y otra cosa que llamó la atención, el fallecimiento de los pacientes que ingresan a la unidad coronaria se produce por dos motivos, el primero y más frecuente, por una desorganización eléctrica y total del corazón (fibrilación ventricular), y en forma menos frecuente ocurre que la frecuencia de latidos comienza a bajar y se pierde totalmente la actividad eléctrica del corazón, con paro de la función respiratoria concomitantemente llegando a un paro cardio-respiratorio; este grupo de pacientes que aumentó la tasa moría de esta forma como dije es la menos frecuente”; G. G. P. (fs. 626/628): “... El objetivo era ver la causa del aumento de mortalidad”.

VII) Y bien, una vez que esa serie de comentarios se unió con lo que parecía un dato cierto y fidedigno (el desmesurado, injustificado y repentino aumento de muertes inexplicadas de pacientes en el sector), de alguna manera nació la idea de que alguien estaba asesinando pacientes, y que el homicida no era otro que P..

VIII) Fue por ello que cuando en el Maciel se produjo el fallecimiento de S. G. L. considerado sospechoso por algunos integrantes del *staff* de la Enfermería; deciden pasar a la acción, con el resultado conocido: *“...Estaba en paro respiratorio, con una bradicardia en el monitor, y sin pulso carotideo ... la intubé y se inició el masaje cardíaco por parte de un enfermero de la unidad, estuvimos tratando de recuperarla unos 30 minutos, hasta que finalmente...decido cesar las medidas de reanimación ... indiqué que se suministrara Atropina, simultáneamente aumentar el goteo de Dopamina, y suministra en ese momento ampollas de Adrenalina y suero fisiológico ... Después, lo que sí me llamó la atención, es que una enfermera nurse tuvo intención de sacarle sangre a la paciente, pero no podía porque no tenía buenas venas y yo me ofrecí para sacarle en un tubo y se la entregué a ella”* (Dr. G. Y. a fs. 128-128vto.).

IX) Por tal razón, examinar con rigor este caso resulta de capital importancia para ponderar la verosimilitud de la confesión de P.; pues allí sí se realizó autopsia, y sus resultados pueden servir de base para confrontarlos con su versión.

X) Éste dijo que, como lo hacía con cierta frecuencia, a la paciente le inyectó -sin indicación médica- morfina: *“...le suministré una ampolla de morfina, no con el fin de matarla, sino con el fin de sedarla, anestésicarla un poco”,* y que a partir de allí: *“La Sra. se deprimió, hizo un paro respiratorio, no un paro cardíaco, sino un paro respiratorio. No recuerdo bien, pero yo sentí un ronquido...se lo suministré en forma intravenosa. Ella tenía vía central. Se lo inyecté acá arriba, en la yugular derecha o subclavia derecha. ..el efecto podía ser deprimir la conciencia, que se dormía y que eso también podía provocar un paro respiratorio ... Mi fin no era matar a nadie, sino sedarlos, analgesciarlos. Yo no ando por la calle matando gente...Mi intención era que tuviera una muerte digna...Por yo haberle suministrado morfina al paciente no muere. Si yo suministro una ampolla de morfina no mato al paciente. El paciente lo que hace es deprimir la conciencia, lo saca de ambiente ... Hace veinte años que estoy en esto y he visto una cantidad de cosas. Yo no me estoy justificando. Sé que lo que hice es incorrecto. Pero no lo hice con el fin de matar a nadie....”* (fs. 107-111).

XI) Sin embargo, el peritaje de la Junta Médica (fs. 774-778), dio una visión muy diferente: *“...se trató de una muerte de causa natural ... La autopsia confirmó el trombo-embolismo pulmonar en silla de montar, obstruyendo la bifurcación de la arteria pulmonar, lo que resulta concordante con toda la información recibida. El hallazgo de “trazas” de “un metabolito de morfina” en un segundo análisis de la muestra de orina (en el primero había dado resultado negativo), no guarda relación con la evolución y el fallecimiento de*

la paciente. Si bien la morfina no aparece indicada en ningún momento de los doce días de internación, el hallazgo tuvo lugar únicamente en la muestra de orina y en cantidades indosificables (trazas). Por ello, con la información disponible no es posible establecer en qué oportunidad ... pudo haberle sido administrada (incluso pudo haber sido administrada varios días antes). No obstante, cualquiera haya sido el momento de la administración de la morfina, desde el punto de vista médico-legal no se puede plantear una incidencia de esa medicación en el fallecimiento. Llama mucho la atención la detección de Lidocaína en una "concentración terapéutica" en la sangre de la fallecida, ya que no consta que éste fármaco haya sido administrado, ni estaba indicado en ninguna etapa de su internación. En el supuesto de que la Lidocaína hubiera sido administrada luego que la paciente instaló la bradicardia extrema y el paro cardio-respiratorio, habría tenido una incidencia negativa sobre el éxito de los intentos de reanimación y, en consecuencia, hubiera contribuido a la muerte. En todo caso, con los elementos disponibles (clínicos, anatómo-patológicos y toxicológicos), se puede concluir que la causa básica de la muerte fue el trombo-embolismo pulmonar".

Por ende resulta relevante señalar que a partir de allí puede descartarse que haya sido P. quien suministró la morfina que apareció en trazas en su orina: "...En la sangre no surge morfina, es porque no fue administrada en forma reciente...pero dos o tres días podría haber sido ... más allá de todas las conjeturas que se puedan hacer desde el punto de vista médico, que tuviera traza en

la orina, de morfina y o en sangre no tiene ninguna relación con la evolución y el fallecimiento...” (Dr. R. a fs. 1083-1085, 1087-1089).

Como así también, que a partir de lo que sostuvo el Médico que practicó la autopsia cuando se le preguntó acerca de si para hacer una vía venosa central se debe administrar lidocaína: “... *Generalmente sí, se puede inyectar, es previsible y de buena práctica, lo que no significa que en la Historia clínica se deje asentado específicamente...*” (Dr. M. -fs. 1080-1082); la probabilidad de que dicha sustancia le fuera administrada antes del ingreso de la paciente a la Unidad de Cuidados Cardiológicos (donde se desempeñaba P.), tiene bastante más sustento que la hipótesis contraria.

Si aparte de ello se considera: a) que la autopsia no confirmó la presencia de marca alguna en el sitio en el que P. supuestamente inyectó a la paciente;

b) la presencia de lidocaína en una “*concentración terapéutica*”;

c) que no se constató dicho medicamento al alcance de P. en la Unidad donde trabajaba;

e) su negativa a haber suministrado la lidocaína;

f) la no constatación de faltantes de medicamentos;

La cuestión en debate -ciertamente- se torna aún más sinuosa, por lo que, *in dubio pro reo* resulta difícil poder dividir su confesión, y

sindicarlo como el responsable de su suministro a la paciente en cuestión.

XII) Si a todo ello todavía se añade que el llamativo aumento de las muertes en el sector de P. -como finalmente quedó demostrado- no era real; la cuestión se complejiza aún más: “... *Evaluamos la mortalidad en los años anteriores desde que se creó la unidad hasta el 2011, con los datos aportados por el Depto. de Registros Médicos del H. Maciel, no habiendo podido constatar un aumento significativo de la mortalidad del 2011 con respecto al 2010, ya que el número de egresos del 2011 fue mayor que el del 2010. Dejamos constancia que la preocupación fue generada por el aumento de número de fallecidos y no se constató el aumento de la tasa de mortalidad del 2011 con respecto al 2010 con forma significativa ...*” (H. B. -fs. 573-576 vto); “... *Los comentarios que existían era absolutamente infundados, sin fundamento alguno, nadie vio que a los pacientes se les administrara algo que no estuviera en la indicación médica, o que se omitiera de administrar algo que estaba en la indicación médica, nadie vio nada, no tuve nunca pruebas de que se les viera administrar algo, yo no puedo hacer una denuncia infundada...La presencia del Sr. M. P. en la unidad determinó durante todo el período desde marzo 2011 hasta el hecho, un clima de mal relacionamiento entre las nurses y enfermeros, que no es para nada aconsejable en ningún otro trabajo...relacionaban a P. con alguna muerte, que lo vieran, no, pero eran suposiciones, se lo quería vincular a alguno de los fallecimientos, sin haberlo visto administrar algo a los pacientes que no estuviera indicado por el médico ... A la comisión*

investigadora, no se le pidió que analizara los comentarios realizados no fundados, se le pidió que dado que había un aumento de la mortalidad en la unidad en el año 2011 que analizara las H. Clínicas para determinar las causas en relación a la patología presente que pudieran haber causado la muerte del paciente...” (J. P. P. -fs. 577-579vto.).

XIII) Ahora bien, si el caso de L. genera fundadas dudas en relación a la veracidad de su confesión, los demás en los que se lo involucra, quedan sin sustento.

Las conclusiones de la Junta (más allá de las notorias dificultades que sus miembros tuvieron para analizar los casos), no respaldan la hipótesis acusatoria, en tanto no corroboran la veracidad de su admisión “... *de las cinco personas que nos comunicaron que habían sido víctimas de P., de ellos uno correspondía a un paciente en el que no pudimos constatar que ese funcionario hubiera trabajado ese día, y en el segundo paciente, que el fallecimiento era casi doce horas después de que el funcionario se retiró de su función. La paciente involucrada en el hecho del 12 de marzo constatamos que la autopsia confirma el diagnóstico médico realizado en el certificado de defunción ... Con respecto a la distribución y manejo de los fármacos, incluidos la morfina y otros opeacios, la investigación del proceso del manejo de estos medicamentos no vuelca errores significativos al respecto, no hay faltantes, el proceso de retiro de medicación en farmacia, y el manejo de los mismos por parte de la ecónoma es el correcto, está también detallado en el informe del comité auditor, todo el*

recorrido en el manejo de psicofármacos de la unidad con farmacia central ... Se hizo un relevamiento de todos los pacientes fallecidos desde el 2005 a la fecha, y si tuvieron alguna relación con P. a pedido del jdo. Y de esto surge lo manifestado, es decir, que la Sra. T. C. no hay marcas de su reloj el día del fallecimiento, y el Sr. E. Y. M. con fecha de fallecimiento 8.7.11 a la hora 21.15 las marcas del reloj son entrada 06.00 y salida a la hora 11.51 ...” (H. B., fs. 573-576 vto.).

XIV) El derrumbe de la confesión de P. genera, por añadidura, serias dudas en cuanto a la certidumbre de la brindada por A..

Porque como se señaló, aquí tampoco hay indicios de peso que sugieran que las numerosas muertes frustradas que se le atribuyeran no hayan sido producto del lógico desenlace de los graves cuadros que los pacientes cursaban; sin que se constate ni siquiera en relación a C., según la Junta Médica y la acusación, un empeoramiento inesperado e inexplicado.

Decididamente no resulta convincente que A. -que supuestamente se había erigido en una suerte de asesino en serie por ese entonces- para matar a los pacientes les inyectara cantidades de aire notoriamente insuficientes para generar siquiera un ínfimo contratiempo en su salud. En especial si se considera que era un enfermero diplomado con vasta trayectoria en el ámbito de la Salud, y por ende estaba en inmejorables condiciones de ilustrarse sobre la dosis adecuada para terminar con la vida de cada una de sus víctimas. Y máxime cuando en su computadora se encontraron

abiertas publicaciones sobre dosis mortalmente adecuadas con aire.

Por de pronto, también emerge en el caso del paciente de apellido S. (otro supuesto inyectado con aire por A.), que nada tuvo que ver éste en su deceso, pues simplemente murió cuando de manera accidental se le retiró la intubación: “...*Se trató de una muerte esperada, en un paciente con pésimo pronóstico funcional y vital, al que se sobre agregó un neumotórax en el curso de la colocación de una vía venosa central y el posterior retiro accidental por el propio paciente del tubo de drenaje, tras lo cual se descompensó y falleció ... no existe ningún elemento para plantear otras incidencias en la causa de muerte fuera de las referidas ...*” (fs. 825-834).

XV) En el marco reseñado, el M. Público ha venido paulatinamente claudicando en sus posiciones: primero imputando con gran precisión a P. cinco delitos de homicidio y diez a A., consumados, que luego quedaron en “*tentados*” (bajo el supuesto extraordinario del inciso tercero del art. 5 CP: tentativa relativamente inidónea), para finalmente sugerir la incursión en figuras aún más leves (Violencia privada y Suministro de estupefacientes).

En igual sentido, no puede sostenerse que se esté en presencia de asesinos seriales (ver pericia psiquiátrica de P. a fs. 695-789), y a la vez, concluir que ninguno haya podido matar a nadie, como inconsistente e incoherentemente, pretende el M. Público que se condene.

Si bien al comienzo se contó con los elementos que exige el art. 125 del CPP para disponer el procesamiento de ambos encausados; las falencias señaladas diluyeron la plena prueba legal, y en todo caso, atan a la Sala a efectos de dictar un fallo condenatorio contra los enfermeros P. y A..

Y es claro, por lo demás, que al caer la imputación de los anteriores, la de A. debe seguir la misma suerte.

Por cuyos fundamentos y lo previsto en arts. 12, 15, 18, 22, 26 y cc. de la Constitución de la República; arts. 174, 251 ss. y cc. CPP; 53, 85, 86 y cc. CP; el Tribunal,

FALLA:

***CONFÍRMASE LA RECURRIDA. OPORTUNAMENTE
DEVUÉLVASE.***

***Dr. William Corujo Guardia Dr. Alberto Reyes Oehninger
Ministro Ministro***

***Dr. Ángel Cal Shabán
Ministro***

Dr. Sergio Torres Collazo
Ministro

Dra. Ma. Rosario Abalde
Secretaria