



## Poder Judicial de la Nación

CAMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 4

CCC 16744/21/CA5 "Lotocki, A. R. s/ procesamiento" Jdo. Nac. Crim. y Correcc. N° 60

///nos Aires, 17 de octubre de 2021.

### **AUTOS Y VISTOS:**

Le corresponde intervenir a esta Sala con motivo del recurso de apelación deducido por la defensa contra el auto del 6 de junio de 2023, en cuanto amplía el procesamiento de A. R. Lotocki en orden al hecho calificado como homicidio simple.

Se celebró la audiencia prevista en el artículo 454 del Código Procesal Penal de la Nación, con la participación de la Dra. Ileana Elizabeth Lombardo y el Dr. Diego Javier Szpigiel, a cargo de la defensa y la Dra. Verónica Fernández de Cuevas, en representación del Ministerio Público Fiscal. Luego de ello, el tribunal deliberó en los términos establecidos en su artículo 455.

### **Y CONSIDERANDO:**

1. Esta causa se inició tras la muerte de R. C. Z. ocurrida el 16 de abril de 2021 en la clínica (...), sita en Colpayo n° (...) de esta Ciudad. Z era paciente del médico A. R. Lotocki y el primer contacto entre ambos fue el 6 de marzo de 2021, cuando acordaron la práctica de una cirugía estética.

Los estudios prequirúrgicos, realizados de manera particular, ya que el paciente carecía de obra social o prepaga, revelaron que había padecido de COVID-19 y sufría de Diabetes Mellitus II (DM2). Asimismo, se conoció que era asiduo consumidor de tabaco. El galeno le indicó la ingesta de un comprimido de Metformina 850mg con el almuerzo y otro con la cena.

Transcurrido poco más de un mes, exactamente el 15 de abril se concretó la intervención quirúrgica, la que inició a las 9:20 y se prolongó hasta las 14.15 horas, aproximadamente. El propio encausado admitió que, durante ese lapso se retiró a hablar por teléfono por unos cuarenta minutos y que, finalizado el procedimiento, el paciente fue trasladado a una habitación.

Sin embargo, en razón de que, según lo explicó Lotocki, el drenaje despedía una gran cantidad de "líquido" (sic) del cuerpo, ordenó nuevamente su ingreso al quirófano. Al respecto precisó "...lo veo inquieto, movedizo y me llama la atención que salía a través del drenaje mucho líquido, que a mí me pareció mayor al habitual y en función de su estado de desasosiego, somnoliento aún (tres horas después de la cirugía), decidí

*evaluar de forma directa la plicatura del abdomen, pues ahí se encontraba insertado el drenaje y ver si ahí había algún vaso sangrante de manera activa. ... retiré los puntos del medio de la herida quirúrgica, observamos que no había ningún sangrado activo y que todo se hallaba normal y decidimos inmediatamente volver a cerrar la porción de la herida que habíamos abierto y bajarlo nuevamente a la habitación”.*

Tras ello, otra vez en una habitación, quedó a cargo de la médica S. M. F. y la enfermera G. D. M. M. y Lotocki se retiró de la clínica, a la cual regresó recién a la mañana siguiente.

Se ha registrado que entre las 5.30 y 6:00 AM, el paciente habría referido tener sueño y que presentaba una saturación baja, de manera que se le suministró oxígeno por varios minutos hasta lograr un promedio de 97%. Durante el cambio de guardia de enfermería acaecido aproximadamente a las 9:20, según explicó J. S. V., supo que Z. se quejaba de dolores, no había cenado, desayunado ni tampoco dormido durante la noche.

La nueva enfermera explicó que entró a la habitación que aquél ocupaba, lo vio dormido y que no saturaba adecuadamente, por lo cual nuevamente le aplicó oxígeno, pero aun así no logró despertarlo. A indicaciones del anestesiólogo, J. P. F., le aplicó “Flumazenil”, droga utilizada para que la persona vuelva en si tras la anestesia, pero sin tampoco conseguirlo y reclamó auxilio al médico.

Finalmente, le quitaron la faja, observaron el drenaje y F. requirió un kit para intubación. Luego, se decidió transfundirle sangre y llamar a una ambulancia para su traslado a un centro de mayor complejidad, pero al llegar la ambulancia a las 10.34, el médico se negó a hacerlo por el cuadro que exhibía y que la unidad no era de alta complejidad como para contenerlo. Así, fue convocada otra con terapia intensiva móvil, que arribó a las 12:10:27, con la Dra. Andrea Laura Caamaño.

En ese interín, además de la transfusión sanguínea practicada en la emergencia, se iniciaron las maniobras de reanimación a Z. ya que había entrado en paro cardíaco y antes de su traslado falleció.



## Poder Judicial de la Nación

CAMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 4

CCC 16744/21/CA5 "Lotocki, A. R. s/ procesamiento" Jdo. Nac. Crim. y Correcc. N° 60

Se ha podido verificar que la clínica en que se desarrolló la cirugía carecía de director médico responsable, estaba habilitada únicamente para las catalogadas ambulatorias y no contaba con un contrato vigente con otro centro médico con unidad de terapia intensiva.

En ese entonces también existían las restricciones derivadas de la pandemia mundial por COVID-19, cuya consecuencia en el territorio de la Ciudad de Buenos Aires y sus alrededores, entre otras, era la de una ocupación de entre un 95 al 100% de las camas destinadas para personas que requerían de ese tipo de alojamiento hospitalario (Según lo especificado por la junta médica del 22/06/21).

2. La cuestión a dilucidar es si, en las circunstancias descriptas, la muerte de Z. es atribuible al accionar del médico Lotocki.

Durante su exposición, la defensa afirmó que tal resultado no fue consecuencia de la actividad de su pupilo, sino que derivó de patologías previas que lo afectaban, que eran desconocidas y, por ello, no pasibles de ser detectadas con los estudios prequirúrgicos de rigor que, remarcó, estuvieron a cargo de otros profesionales, en particular de un cardiólogo que habría avalado la cirugía. Asimismo, como argumento principal, *que a dos años de la muerte todavía no se había determinado su causa*, más allá de la congestión meningo-encefálica y el edema pulmonar consignados en el informe de autopsia.

En apoyo de su postura citaron a su perito, para aseverar que la víctima presentaba una obstrucción del 75% de la arteria coronaria izquierda, no detectada por el cardiólogo, ni susceptible de serlo con los estudios preoperatorios habituales, más la preexistencia de una cirrosis hepática, que pudo haber desencadenado una absorción irregular de las drogas anestésicas.

Negaron que su defendido hubiera abandonado a su paciente, pues intervinieron en su atención otros profesionales de la salud, incluso cuando se retiró a su domicilio. Se agraviaron porque el juez no hubiera analizado la eventual responsabilidad que podría haber cabido a aquellos, a los que recién convocó al proceso con el dictado del procesamiento en examen.

En punto a la segunda intervención quirúrgica a la que fue sometido Z., aunque cuidándose los letrados defensores de manera reiterada de calificarla como tal, insistieron en que se concretó porque el

médico detectó “muchísima pérdida de fluidos” y, ante la sospecha de un “sangrado interno” porque eran de color marrón (ver video de la audiencia, minuto 0:54, donde lo señala la defensa a preguntas del tribunal); que ello tuvo lugar el mismo día de la cirugía, en horas de la tarde, de modo que lo volvió a subir al quirófano para revisarle las heridas.

Agregaron que Z. desconocía que (...) no contaba con convenio vigente con otra clínica que le proveyera una unidad de terapia intensiva de manera inmediata y que, a todo evento, en la emergencia obtuvo una cama en un establecimiento ubicado en la Ciudad de Avellaneda, provincia de Buenos Aires. Destacaron que demoró el arribo de la ambulancia adecuada y que cuando lo hizo el paciente inició el paro cardíaco que precipitó su muerte.

En función de ello y de otras críticas vertidas en la audiencia, solicitaron que se revocase la decisión y se disponga el sobreseimiento. En caso contrario y subsidiariamente solicitaron una falta de mérito a la espera que las personas convocadas a prestar declaración indagatoria en la causa brinden su versión de los hechos. También promovieron un cambio de calificación jurídica, argumentando que se ponía de esa manera en igualdad al cirujano con el autor de cualquier homicidio doloso.

**3.** A su turno, la representante del Ministerio Público Fiscal, requirió la confirmación del decisorio, pues a su juicio el médico provocó la muerte de Z., sustentando la afirmación en las conclusiones de la junta médica citada.

En primer lugar, porque no existía urgencia para la operación, la cual, además, por las múltiples incisiones para extraer tejido, descriptos en el informe de la autopsia, excedía el carácter de ambulatoria y debía enmarcarse en aquellas que requieren internación y mayores recaudos.

Agregó que allí también se había indicado que el médico a cargo no realizó los controles que ameritaba la diabetes grado II detectada, a pesar de haberlo medicado en respuesta a tal hallazgo, así como por su padecimiento previo de Covid-19 y condición de tabaquista, todo lo cual le proporcionó un cuadro de especiales recaudos, no atendidos debidamente antes de la cirugía. En suma, que los galenos habían destacado además la ausencia de un adecuado monitoreo de la salud del paciente.



## Poder Judicial de la Nación

CAMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 4

CCC 16744/21/CA5 "Lotocki, A. R. s/ procesamiento" Jdo. Nac. Crim. y Correcc. N° 60

Adunó a ello la pérdida de líquidos, sangre, electrolitos y *un desequilibrio hemodinámico que fue causa de la muerte* en tanto el encausado no tomó medida alguna para cambiar la dirección que, desde los primeros instantes posteriores a la internación, se advertía que estaba tomando el caso.

4. Expuestos así de modo sucinto los hechos, las posturas de los interesados y efectuada la deliberación, concluimos en que es posible, con el grado de certeza exigido para esta etapa del proceso, atribuirle responsabilidad penal al imputado por la muerte de Z. por cuanto su conducta resultó indiscutiblemente la causa determinante del resultado, que no se hubiera producido si no hubiera intervenido quirúrgicamente a R. C. Z., o adoptado mayores cuidados durante el control posterior a su práctica.

Así, desde un principio se advierte que Lotocki aceptó tomar conscientemente riesgos -para el paciente, obviamente- por sobre lo que postulan las buenas prácticas de su profesión y el conocimiento de las circunstancias generales y específicas que se presentaron y de las que tuvo pleno conocimiento a lo largo de la atención de Z.

A pesar de que ese ha sido el argumento defensivo principal en la audiencia, no se le ha reprochado que no se ocupara en absoluto de tomar recaudos frente a la cirugía estética, ni tampoco la intención directa de causarle la muerte a su paciente, sino en realidad la cadena de decisiones que adoptó en ejercicio pleno de su voluntad y que sumieron a la víctima progresivamente en la agonía que condujo a su fallecimiento. Pero todo ello con una *manifiesta indiferencia* (art. 1724 del Código Civil y Comercial de la Nación) por los intereses de su prójimo que, a pesar de que no hemos de profundizar en la discusión sobre la relevancia típica de la imputación, satisface la razonabilidad del encuadre legal propiciado por el juez *a quo*.

En definitiva, no está controvertido que la operación no revestía urgencia, ni la animaban motivos terapéuticos de algún tipo. Tampoco que Lotocki desconociera que Z. era muy fumador y no han ensayado él, ni sus defensores, argumentos que supongan aventurar un rechazo o descarte de los condicionamientos que tal hábito provoca en la función pulmonar, entre

otras posibles afecciones. A su vez, realizados los estudios prequirúrgicos, como ha sido reconocido, supo que presentaba otras comorbilidades, tales como haber sufrido COVID y diabetes grado II.

Incluso, como lo ha destacado la Fiscalía General en su réplica, lo medicó en virtud de esa última evidencia, pero no dispuso estudio alguno para establecer el resultado de tal iniciativa, aunque evidentemente implicó la adopción de un recaudo a la vista de la cirugía en ciernes.

Aquí debe quedar claro que la insistencia de Z. de someterse a la operación, mencionada por la defensa, no supone ningún atenuante ni condicionamiento para las decisiones que adoptó Lotocki. Se trata de una esfera exclusiva del médico, no puede aceptarse seriamente que el paciente hubiera contribuido en la formación del riesgo de ser operado en tal condición, aún de saberse tabaquista, infectado de COVID o diabético grado II. No cabe esperar de su parte ninguna estimación de los peligros en los que se estaba embarcando, al menos nada relevante que pueda modificar y menos atenuar la responsabilidad del médico, originando cursos causales que la descarten o, que ni siquiera la modifiquen sustancialmente (art. 1719, primer párrafo del Código Civil y Comercial).

Lo mismo debe decirse de la decisión de practicar la cirugía en el contexto mundial de la pandemia por COVID-19, pues su formación y desempeño indudablemente lo puso al tanto de la altísima ocupación de los espacios adecuados para que los pacientes (especialmente los propios) pudieran recibir cuidados intensivos ante cualquier complicación derivada de las intervenciones que programaba.

Análoga reflexión merece el haber estado dispuesto a seguir adelante y operar en un establecimiento médico preparado -y autorizado- sólo para intervenciones simples, ambulatorias, sin previsión razonable de una posible internación en la que la vida del paciente se encontrara en riesgo. Peor aun cuando la clínica en cuestión tenía muy serias dificultades para atender una eventual derivación de casos a unidades de terapia intensiva, ya que no las tenía contratadas y así quedaba a la suerte el hallar disponibilidad en cualquier centro, con el agravante de las limitaciones de esa época.

Es indiferente si no contaba con tal reaseguro en absoluto o, como alega la defensa, si alguna vez lo había contratado, pero no se hallaba



## Poder Judicial de la Nación

CAMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 4

CCC 16744/21/CA5 "Lotocki, A. R. s/ procesamiento" Jdo. Nac. Crim. y Correcc. N° 60

vigente. En todo caso, que Lotocki no tuviera certezas al respecto supone también la voluntaria asunción de otro riesgo para la vida de su paciente, con más razón a la vista de las condiciones particulares de salud de Z.

Como lo hemos de destacar más adelante, la excusa de todas formas se diluyó de inmediato; porque, si realmente no lo sabía al decidir operar de todas formas en las mencionadas circunstancias generales y particulares -lo que puede ponerse en duda en perspectiva de toda su conducta-, la gravedad de tal ignorancia consciente se hizo cada vez más patente e inexcusable. Ello por cuanto, prácticamente de inmediato a la operación, se iniciaron las alarmas y la propia recurrente reconoce que el imputado estuvo al tanto de sus implicancias. Para esto basta con recordar la segunda intervención quirúrgica y las preocupantes razones expuestas por el propio médico para realizarla. Todo lo cual se fue profundizando y extendiendo en el tiempo hasta promediar el día siguiente.

La defensa reiteradamente destaca la inquietud del imputado por asegurar una unidad de cuidados intensivos recién a las 10:00 de la mañana del día 16 (ver video de audiencia 0:57:00), cuando por primera vez solicitó una ambulancia para el traslado, aunque soslaya las circunstancias que la convertían en una iniciativa prácticamente inútil, estéril porque, de ser cierta su disponibilidad, estaba ubicada en Avellaneda y Z. se hallaba en franco tránsito de muerte -ocurrida poco después-.

De tal manera, la parte consigue sólo esbozar un difuso argumento, a lo sumo emparentado con el rechazo de una intención directa de matar, que no se compadecería con quien, aunque muy tarde, busca impedir el evidente desenlace.

Sin embargo, tal aparente buena fe, que pretende colocar a Lotocki en una situación a lo sumo fronteriza con un obrar negligente, resulta insostenible si se atiende a toda la evidencia reunida, en particular que la unidad de cuidados intensivos y el resto de las provisiones a las que estaba obligado por el estado de salud de Z., previo y posterior a la operación - como la disponibilidad de un laboratorio de estudios para el debido seguimiento de su evolución-, constituyeron una necesidad certera desde los primeros instantes posteriores a la cirugía.

Porque, como se dijo, el propio Lotocki se alarmó por los primeros indicios de un desequilibrio en los líquidos del cuerpo del paciente, que lo convencieron de reingresarlo a la sala de operaciones que, sugestiva y comprensiblemente, se ha buscado en todo momento soslayar o minimizar. El resultado de tal exploración, además, supuso necesariamente otra incuestionable pauta de alarma, porque a pesar de la referencia meramente descriptiva a que no pudo encontrarse un derrame de sangre a la vista que explicara el caudal de pérdida de fluidos; ello, lejos de suponer una merma en los riesgos, implicaba todo lo contrario puesto que, además del síntoma preocupante, no había podido determinarse el origen.

Téngase en cuenta que Lotocki empleó en tal procedimiento, que resultó infructuoso, un lapso superior a la hora y media (videos reingreso Z. 17:37 y salida 19:11), con lo que resulta absurda la pretensión de calificar la situación como normal y ordinaria. Al salir del quirófano el paciente llevaba ya 10 horas desde el inicio de la primera intervención, en notable y creciente contraste con los tiempos autorizados en ese establecimiento y el plan original de una cirugía estética ambulatoria.

Incluso, como lo precisaron los peritos forenses, el sangrado o pérdida de líquido -que ellos mencionan, a partir de las notas de enfermería, sin los eufemismos del recurrente, como *hemático* y en el orden de 400 centímetros cúbicos en apenas 90 minutos desde la operación-, no constituía entonces la única pauta de alarma, pues entre la primera y la segunda cirugía, se consignaron “signos y síntomas de hipotensión, taquicardia, taquipnea, excitación y tendencia al sueño” (junta médica del 22 de junio del 2021, respuesta a la pregunta 10). Inmediatamente después de la inicial -17:30, indican los peritos-, la saturación de oxígeno había descendido del 100 al 94% y requirió “cánula nasal con oxígeno a 2 litros”.

De allí que su explicación se torna inverosímil. No puede aceptarse que no supiera o no hubiera percibido Lotocki que la situación de Z. empeoraba y que debía ser trasladado de inmediato o, cuanto menos, gestionar de manera certera mayores recaudos ante una emergencia en ciernes. De tal manera, pretende colocarse en los márgenes de un error, que incluso quiere presentar como insalvable, pero las pruebas y su interpretación lógica demuestran lo contrario. En definitiva, dispuso que Z. pasara la





## Poder Judicial de la Nación

CAMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 4

CCC 16744/21/CA5 "Lotocki, A. R. s/ procesamiento" Jdo. Nac. Crim. y Correcc. N° 60

noche en la clínica, cuando eso suponía la escalada por sobre los márgenes previsibles de los riesgos propios de una cirugía ambulatoria que, como la indicaba la naturaleza del establecimiento, no debía superar las 6 horas de recuperación hasta el alta médica.

Todo sugiere, por tanto, que Lotocki tuvo certeza de que Z. ingresaba con tales incógnitas, en un estado de riesgo de vida considerablemente elevado. Pero decidió asumir las probabilidades de que finalmente no requiriese una derivación a centros complejos, que incluso al presentarse las primeras adversidades, debió haber dispuesto esa misma noche o previsto lo necesario para tenerla de inmediato a su alcance y con plena certeza de concreción. No lo hizo, aceptando que la situación empeorara; y eso fue lo que pasó.

En toda la noche, además, no procuró estar al tanto de manera cierta y constante de la evolución del cuadro, que ya sabía a ciencia cierta que se había complicado y podía requerir respuestas urgentes.

Cuando volvió a la clínica a continuar operando en tan precarias condiciones, Z. ya llevaba más de 20 horas en el lugar, había cuadruplicado la permanencia autorizada tras una simple cirugía ambulatoria. Incluso lo vio y se enteró -si es que no lo supo antes- de otros síntomas de mayor alarma aún, como la reiteración de los cuadros de baja saturación y requerimiento de oxígeno que se mantenían, como hemos visto, desde los síntomas análogos del día anterior. Al respecto, los peritos señalaron claramente que a las 8:30 del 16 de abril, como en el día anterior, el damnificado presentaba "taquipnea, taquicardia, hipotensión".

Muestra claramente su indiferencia a la recuperación de Lotocki que, con pleno conocimiento de las complicaciones en aumento, se limitara a observarlo -como se destacó en la misma audiencia -, sin siquiera examinarlo personalmente con la sola excusa de no querer molestarlo y dejarlo dormir. Nada más lejano en la actitud esperada en un profesional competente.

Pese a tal panorama, indiferente a la posibilidad de que la situación ingresara en una pendiente causal irreversible, Lotocki operó a otra persona y permitió que sus colaboradores revisaran a Z. Es decir que

voluntariamente se abstuvo de asegurarle la inmediata disponibilidad de cuidados intensivos que pudieran, si todo seguía el camino que ya se hacía evidente, salvarlo de la muerte.

La enfermera J. V. arribó a su trabajo a las 9 y aseguró que registraba saturación baja y no lo podía despertar, dando cuenta así de las diversas contingencias de esa mañana, cuando Z. exhibía un manifiesto empeoramiento de su salud que los auxiliares procuraron transmitir a Lotocki y su equipo. Incluso, V. recuerda que “todo esto ocurrió a cuarenta minutos o una hora de su llegada” y que “tuvo que insistir dado que no le creyeron que el paciente estaba verdaderamente mal”.

Habría sido recién cuando recibió la confirmación de la falta de respuestas de Z. -refiere el imputado que por intermedio de la Doctora Georgina Pilar Binachi- y del intento con medicación para “salir de la anestesia” a más de 24 horas de la primera operación, que Lotocki dice haberse representado la necesidad de sacarlo de allí de inmediato. Se trata, en realidad y a nuestro juicio, de una versión mendaz, aun cuando supondría de su parte aceptar su responsabilidad por mala praxis médica.

Pero no es cierto; el imputado conocía la extrema gravedad advertida por quienes estaban en la clínica, solo que voluntariamente lo mantuvo en una espiral de riesgo extremo, echando suertes a su providencial recuperación. Todavía lo hizo esa mañana aceptando las altísimas probabilidades de un curso fatal, apostando a que la víctima volviera en sí y superase el trance. Siguió sin reconocer la emergencia, a consciencia y con plena voluntad, a pesar de haber iniciado ya una transfusión de sangre -con dudoso procedimiento por su premura- que por ventura pudiera revertir el cuadro.

Pero no fue así. Z. continuó su agonía y evidentemente acorralado por las circunstancias, llamó a una ambulancia que justamente por falta de previsión, siquiera era la adecuada para la emergencia y debió entonces desesperadamente cambiarla por una equipada con unidad de terapia intensiva. En ese entorno el paciente ingresó en paro cardiorespiratorio del que no pudo salir y murió.

No fue por tanto un resultado cuya indagación causal pueda agotarse en una culpa derivada de meras inobservancias o impericias de



## Poder Judicial de la Nación

CAMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 4

CCC 16744/21/CA5 "Lotocki, A. R. s/ procesamiento" Jdo. Nac. Crim. y Correcc. N° 60

Lotocki. No es así dado que las pruebas y su derivación razonada permiten sostener que la muerte de Z. derivó del accionar consciente -de riesgos asumidos- y voluntario de Lotocki.

Aunque en este estado procesal no debe profundizarse al respecto, el encuadre en el art. 79 del Código Penal escogido por el juzgador no consiguió ser deslegitimado por el recurrente, pues en el terreno del obrar doloso, es indistinto que se haya querido matar o que se haya querido hacer todo lo que llevó a la víctima a la muerte. Ello, aunque no fuera lo que Lotocki en su fuero íntimo buscaba o pretendía conseguir -ni lo que más le convenía-, pero aceptándolo como una probabilidad y desenlace natural de la línea de actos que resolvió extender al máximo, seguramente abrigando la posibilidad de escapar -de ser finalmente necesario- a sus consecuencias, al amparo de la complejidad y multiplicidad causal de la muerte de un ser humano, que dificulta frecuentemente las imputaciones y su juzgamiento.

Contribuye a derribar la teoría de la defensa, la actitud de Lotocki al presentarse la policía en el lugar, cuando se embarcó en el alocado intento de fraguar la historia clínica, reproche este parcial por el que ha sido ya procesado. No hay nada en ese despliegue que pueda emparentarse con la buena fe alegada, mucho menos con lo que se quiere presentar como una loable -y súbita- preocupación frente a una evolución *fortuita* de los acontecimientos que recién habría explotado para desesperación de Lotocki y su equipo en el funesto mediodía del 16 de abril de 2021. Pero no es cierto, tampoco lo es que Lotocki de esa manera procurara mejorar su situación frente a reproches formales vinculados con la integridad de las historias clínicas a las que obliga la ley, o evitar o atemperar imputaciones por mera imprevisión o desatinos profesionales. En realidad, ratificaba de esa manera el conocimiento que en todo momento había tenido de los riesgos cada vez mayores en los que fue introduciendo a Z., en una apuesta a la ventura de una recuperación que nunca llegó; es decir, a una providencial mejoría que le permitiera dejar atrás, como contingencias irrelevantes, lo que en realidad había supuesto exponerlo al azar del agravamiento de su estado y la muerte.

Por lo demás, con la dogmática y errónea afirmación de la falta de determinación de la *causa de la muerte de Z.*, la defensa no consigue más que repasar los gravísimos indicios que proporciona en orden al reproche

formulado. Porque, como lo manifestó la fiscalía desde el principio de su réplica, no es cierto que permanezcan arcanas las causas de la muerte, ni que la hipótesis más lógica -y dotada de mayor fundamento científico- sean las conjeturas del perito de parte sobre el estado de las arterias del paciente o una fortuita y letal interacción entre la cirrosis y la anestesia.

En verdad, pudo establecerse que el paro cardio respiratorio y sus consecuentes edemas irreversibles y mortales, reconocieron como causa inmediata más probable el desequilibrio de líquidos o shock hipovolémico en Z. No sólo eso; la causa identificada guarda relación lógica con los acontecimientos previos y las alarmas de mayores riesgos que ellos necesariamente implicaban, así como con la decisión de Lotocki de negar voluntariamente a su paciente la respuesta que exigían.

Entre los tramos que se exhiben vinculados o connaturales con el resultado, contamos con las evidencias iniciales mismas de su condición de tabaquista, de haber padecido de Covid y de ser diabético. Lo mismo que las precoces advertencias de complicaciones con un sangrado que, como hemos oído de boca de los recurrentes, no pudo encontrar respuesta en las heridas de la operación. Así como de los padecimientos que exhibiera Zarate en la madrugada, el repetido déficit en la saturación de la mañana que había registrado antecedentes en la tarde del día anterior, en el estado de inconsciencia inmediato posterior y en las manifestaciones de falla hemodinámica que el propio Lotocki no tuvo más remedio que poner en evidencia al intentar la transfusión.

Las circunstancias mismas de ésta última práctica ilustran ya sobre la justicia del alcance dado al reproche. Pues la recurrente no ha tenido más remedio que reconocer que, ni aún a la vista de los acontecimientos del 15 de abril, Lotocki procuró tener cuanto menos la certeza de la disposición inmediata de reservas de sangre para Z., a quien de manera tardía y a poco de morir se le suministraron recién al día siguiente las previstas para otro paciente.

**5.** Las conclusiones de la junta de expertos del Cuerpo Médico Forense incorporadas al Lex100 el pasado 1 de junio, dan soporte a estas consideraciones lógicas y jurídicas. Allí señalan que “Una de las actividades del cirujano plástico (especialista certificado para este tipo de



## Poder Judicial de la Nación

CAMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 4

CCC 16744/21/CA5 "Lotocki, A. R. s/ procesamiento" Jdo. Nac. Crim. y Correcc. N° 60

procedimientos) además de tener la pericia técnica en lo que realiza, es *buscar buenos resultados promoviendo por sobre todo la seguridad del paciente*. Desde que evalúa los antecedentes y características anatómicas del paciente, evalúa la factibilidad del procedimiento. Uno de los aspectos más importantes antes de indicar en un paciente una lipoaspiración, es evaluar su condición física ya que la lipoaspiración de abdomen, cintura, tórax más dermolipectomía más bioplastia de brazos son cirugías electivas (planificada, con preparación), que deben ser realizadas en centros habilitados con internación y/o unidad de cuidados intensivos en caso de necesidad. *Pacientes con comorbilidades asociadas como tabaquismo ( en este caso severo), coronariopatía, alteraciones hepáticas, DBT o trastornos metabólicos (todas situaciones presentes en el paciente de referencia) son condiciones que obligan a realizar un screening prequirúrgico más cuidadoso, extremando los cuidados intra y post operatorios, como: el monitoreo continuo, profilaxis antitrombótica, antibióticos, dispositivos de compresión en miembros inferiores, y nuevamente pensar en centros habilitados para cirugías mayores con internación y/o unidad de cuidados intensivos (UCI)*. Todas estas medidas de cuidado en una cirugía planificada se tornan difíciles de cumplir en contexto de una pandemia, donde los recursos humanos, tecnológicos y terapéuticos (UCI) estaban saturados al servicio de la necesidad existente. *El plan operatorio en Z., un paciente con comorbilidades, era de por sí un procedimiento largo y riesgoso*" (el destacado en cursiva es nuestro).

También resaltaron, la necesidad de un monitoreo permanente, ya que el "...cirujano debe estar *consciente de los riesgos de la presente cirugía para alertar en caso de presentarse y darle las mejores oportunidades de recuperación al paciente*. Esta describió un mayor índice de complicaciones con la asociación de dermolipectomía más lipoaspiración en pacientes con riesgo quirúrgico aumentado como son los pacientes con DBT mellitus (cualquier tipo), besos y fumadores (pacientes como el de referencia). Entre las complicaciones de anestesia se encuentran el laringoespasma, la hipotermia, dolor, la hiper o la hipotensión, arritmia cardíaca, manejo insuficiente o sobrecarga de fluidos. El MONITOREO intraoperatorio y postoperatorio inmediato son fundamentales para detectar esos eventos. Otros que pueden aparecer en forma inmediata son:

Tromboembolismo pulmonar (TEP) o embolia grasa, shock hipovolémico por alteración en el manejo de fluidos, fascitis necrotizante por infección brusca y agresiva, perforaciones de vísceras macizas o huecas, coagulación intravascular diseminada (CID) y shock toxico. *Todas estas complicaciones requieren de MONITOREO de signos vitales para su detección temprana y en especial cuando se está trabajando con pacientes con comorbilidades como el de referencia*” (el resaltado en cursiva es nuestro).

En línea con ello, además de destacar que “En caso del paciente Z. con plan quirúrgico de dermolipectomía abdominal con lipoaspiración de abdomen HD con marcación y la bioplastía de brazos-pectorales con injerto graso autólogo es considerada una cirugía mayor con internación. El centro (...) NO estaba autorizado para cirugías MAYORES CON INTERNACION”, se dictaminó que la “cirugía efectuada impone pérdida de líquidos, electrolitos, sangre (no especificada ni cuantificada) y voluminosa proporción de tejido graso. En este contexto, sus antecedentes clínicos, metabólicos, reposición insuficiente de fluidos, ausencia de controles médicos y de laboratorio, enfermería y sin de correcciones ni controles de glucemia, electrolitos, fluidos y dolor postoperatorio, *se produce un desequilibrio hemodinámico que no logra ser compensado y es seguido de muerte*”.

Finalmente, explicaron que, según el video aportado “...el monitoreo intraoperatorio de la primer(a) cirugía fue deficiente debido a la falta de control de la presión arterial y diuresis. La anestesia local NO fue aplicada por los cirujanos descritos en el protocolo quirúrgico. El tiempo quirúrgico probablemente hubiese sido menor si la cirugía hubiera sido realizada sin ausencias y movimientos de cirujanos intervinientes. Los cuidados suministrados NO impresionan ser acorde a los que requiere un paciente que ingresa a quirófano intubado”.

Tales conclusiones, se complementan con las del informe del 22 de junio de 2021, en que los integrantes de la junta médica destacaron, precisamente, las particulares condiciones del paciente, que debieron haber exigido del médico tratante un compromiso mayor, en particular con las cuestiones vinculadas con su diabetes, tabaquismo y el previo padecimiento de COVID-19. Incluso, debió haber suspendido la cirugía para efectuar un control más profundo, particularmente teniendo a la vista el contexto sanitario



## Poder Judicial de la Nación

CAMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 4

CCC 16744/21/CA5 "Lotocki, A. R. s/ procesamiento" Jdo. Nac. Crim. y Correcc. N° 60

global y que no se trataba de una intervención quirúrgica que demandaba urgencia por no se reparadora.

Sobre el punto los "...antecedentes metabólicos de una persona que presenta en la evaluación preoperatoria como en el caso de autos valores aumentados de glucemia, amerita realizar estudios complementarios, entre los cuales se debe repetir, estudio de laboratorio de glucemia en ayunas, determinar valores de insulinemia, hepatograma, a fin de poder determinar un diagnóstico diferencial entre diferentes cuadros que cursan con aumento de glucosa en la sangre ( hiperglucemia) : insulinoresistencia, síndrome metabólico, diabetes II".

A juicio de los forenses, y en una ratificación del obrar desaprensivo y no meramente imprudente del galeno, sino dispuesto a embarcar a consciencia a Z. en gravísimos riesgos, los estudios iniciales debieron haber sido múltiples y extendidos en el tiempo, con controles periódicos antes de aventurar una operación. Nada de ello se hizo, al punto que indicaron que "No se encuentra en la documental aportada, controles de los valores de glucemia del Sr. Z. durante los días 15 y 16 de abril de 2021, correspondientes al pre y postoperatorio".

Asimismo, que en el "[...] entorno perioperatorio la diabetes es un factor de riesgo que aumenta posibles complicaciones post operatorias, incluidos eventos cardiacos, la lesión renal aguda, y las infecciones de la herida quirúrgica" y que los "...fumadores activos aumentan el riesgo de muchas complicaciones perioperatorias, como mortalidad, complicaciones cardiacas, complicaciones pulmonares, accidentes cerebro vasculares agudos e infecciones en el sitio quirúrgico". Otro antecedente de relevancia además de ser tabaquista es haber padecido COVID-19, "[...] por lo que ameritaba una evaluación previa por un especialista en neumonología".

No puede llamar la atención, en el marco de manifiesta ilegalidad de la conducta de Lotocki, que ninguno de esos riesgos le fuese informado al paciente y que no se encontrara nada al respecto en la documental secuestrada.

Lo expuesto por los expertos ilustra un panorama que desalentaba a viva voz a la cirugía a la que fue sometido Z., en las condiciones en que se materializó. La conducta del médico practicante, en conocimiento de los peligros en que los peritos forenses afirman que sumió a

la víctima, evidencia que se hizo cargo -como lo hemos dicho antes- de las consecuencias que podría implicar en la salud y la vida de su paciente.

Además, remarcaron que la operación efectivamente se realizó en un lugar que no reunía las condiciones para ese tipo de cirugía, que calificaron como *mayor*, es decir, que debían tomarse los recaudos para el monitoreo que era aconsejable se practicase en diversas etapas.

Así, se precisó que “[...] De acuerdo al tipo de cirugía realizada, el estado prequirúrgico, las pérdidas intraoperatorias y postoperatoria, es de suma importancia vigilar diferentes valores de laboratorio, hemograma completo, incluye hematocrito, recuento de glóbulos rojos y plaquetas, además de otros dosajes de glucemia, ionograma plasmático. *No consta en la documental aportada solicitud de estudios complementarios ni informes de laboratorio en el posoperatorio*” (el resaltado en cursiva nos pertenece). Además, agregaron en el mismo sentido que “De la lectura del informe de la autopsia de Q.E.V.F. R. Z. surge que fue sometido a distintos procedimientos quirúrgicos, con múltiples vías de abordaje. Por estos hallazgos, la duración de la intervención y el estado general del paciente era médicamente aconsejable efectuar los distintos procedimientos, a los que fue sometido, en diferentes etapas o actos quirúrgicos.”

A esto se añade que el propio imputado admitió haberse retirado del quirófano dejando a su paciente en manos de otras personas, pese a que él había asumido la responsabilidad del acto.

En ese contexto, la disposición del imputado a mantenerse voluntaria y conscientemente al margen de la legalidad debida a los derechos de su paciente, se confirmó y puso de manifiesto en mayor medida con su conducta posterior a la cirugía. Hemos consignado ya que los forenses hicieron hincapié en que la intervención debió haberse practicado tomando los recaudos que Lotocki resolvió omitir y que imponían las particulares características del paciente, las condiciones del establecimiento y las circunstancias históricas elegidas para concretarla. Sin embargo, se ha destacado ya que Lotocki evitó a sabiendas brindar al paciente una mejor perspectiva o esperanza de una atención adecuada a la situación que comenzó





## Poder Judicial de la Nación

CAMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 4

CCC 16744/21/CA5 "Lotocki, A. R. s/ procesamiento" Jdo. Nac. Crim. y Correcc. N° 60

a quedar en evidencia poco después de operar. El riesgo asumido desde un principio a costa de Z., fue refrendado y prolongado al mantenerlo internado en el mismo lugar.

En ese sentido, y basando sus reflexiones en las notas de enfermería, la junta de peritos se ocupa del panorama de cosas en la tarde del 15 de abril de 2021, individualizando como relevantes los siguientes acontecimientos: *“Se registran los valores del débito recogido en el drenaje, 400ml hemático sin coágulos en 90min. Posteriores a la primera cirugía y previo a la segunda intervención quirúrgica, signos y síntomas hipotensión, taquicardia, taquipnea, excitación, tendencia al sueño. -El 15/4/2021 17:30 hs. (día quirúrgico). Es relevante: - el dolor, no existiendo registro de indicaciones médicas con un el plan reglado de analgesia instaurado en el posoperatorio (requirió morfina, entendemos por la dilución escrita en la Historia Clínica que administraron 4 mg.) - el descenso en la saturación de oxígeno (94% respecto del 100% de las 17 hs.) se coloca cánula nasal con oxígeno a 2 litros y el drenaje de 100ml. de líquido hemático sin la presencia de coágulos. Si bien se refiere en la Historia Clínica que el paciente se encuentra Hemodinámicamente estable, no hay registros que reflejen cuales eran los valores de: Frecuencia cardiaca, Tensión arterial, frecuencia respiratoria”* (el resaltado en cursiva nos pertenece).

La permanencia de Z. con esas condiciones en la clínica (...), no era sostenible más que en el empecinamiento de Lotocki por aventurar una franca mejoría que nunca llegó y que se evidenciaba cada vez más lejana. La defensa insiste en sostener que, a pesar del análisis de los peritos y su explicación sobre las características y extensión de la práctica, la cirugía era ambulatoria. Pero aun cuando se lo aceptara a modo de hipótesis, la supuesta liviandad o categoría menor de la intervención había dejado de existir y, por ende, el paciente debió haber sido trasladado de inmediato. Lotocki no lo hizo ni procuró siquiera, como lo hemos resaltado en pasajes anteriores, tener la certeza de la disponibilidad de mayores reaseguros.

Se sostiene también en el recurso, como vimos, que integraba un equipo de trabajo de manera que el reproche no habría valorado adecuadamente su responsabilidad. Pero aun cuando pudiera ser ello tenido como hipótesis de tratamiento futuro, siempre el imputado tuvo el control y la

dirección de todo lo acontecido en la cirugía y el postoperatorio. Por otra parte, es en definitiva su situación la que se somete en esta oportunidad a estudio y no se advierte dato relevante que permita inferir que los reproches que se le han dirigido hubieran devenido intrascendentes por interrupciones del curso causal atribuibles a otras personas. Ello no supone que no deban de aquí en adelante dilucidarse adecuadamente todas las contribuciones posibles que gravitaran en el desenlace.

En cuanto al confronto que la asistencia técnica realizada entre las conclusiones de su perito y las de los miembros del Cuerpo Médico forense, hemos subrayado ya la solidez de sus fundamentos científicos y logicidad. En particular la evidenciada en el correlato y denominadores comunes de la situación del paciente, desde las contingencias previas a la operación, pasando por las manifestaciones de su evolución posterior, hasta arribar al desequilibrio hemodinámico explicado como causa determinante de la muerte.

A ello podría agregarse, en consonancia con la naturaleza provisoria de este tramo del proceso, que cabe asignar mayor valor en el orden de la convicción a los dictámenes de los expertos oficiales. Ello, en tanto “...su informe no es sólo el de un perito, ya que se trata del asesoramiento técnico de auxiliares de la justicia cuya imparcialidad y corrección están garantidas por normas específicas y por medio de otras similares a las que amparan la actuación de los funcionarios judiciales...” (CSJN, Fallos 327:6079 y 319:103).

Concluimos este apartado poniendo de resalto los hallazgos cruciales del Cuerpo Médico Forense, que echan por tierra el argumento primordial del recurrente y sus especiales esfuerzos dirigidos a afirmar que la causa de la muerte no ha sido esclarecida. Así, en respuesta a la pregunta número 17, que rezaba “Cuáles serían los acontecimientos médicos relevantes que determinaron el fallecimiento del señor Z.”, los peritos oficiales dictaminaron que “Se realizó una autopsia sobre el cuerpo de una persona que fue sometida a un acto quirúrgico con múltiples vías de abordaje. La cirugía efectuada impone pérdida de líquidos, electrolitos, sangre (no especificada ni cuantificada) y voluminosa proporción de tejido graso. En este contexto, al que se adiciona antecedentes clínicos, metabólicos, reposición insuficiente de



## Poder Judicial de la Nación

CAMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL - SALA 4

CCC 16744/21/CA5 "Lotocki, A. R. s/ procesamiento" Jdo. Nac. Crim. y Correcc. N° 60

fluidos, ausencia de controles médicos y de laboratorio, enfermería y sin de correcciones ni controles de glucemia, electrolitos, fluidos y dolor postoperatorio se produce un *desequilibrio hemodinámico* que no logra ser compensado y es seguido de muerte”.

5. Para finalizar, señalamos que no hemos de abordar aquí los agravios relativos a la significación jurídica postulada por el juez *a quo*. Ello sin perjuicio de las someras referencias que hemos realizado antes para poner de resalto que no se advierte que sea arbitraria o constituya un manifiesto error en la aplicación de la ley de fondo, aunque se avizore al respecto un debate extenso y profundo en las etapas posteriores del proceso.

En definitiva, así como el encuadre legal y su motivación resultan eminentemente provisorios, el imputado se encuentra en libertad y no tiene tampoco incidencia en otras cuestiones relativas a la vigencia de la acción o la competencia del tribunal (*in re*, causa n° 44.419/21 “G.”, rta. 2/11/21 y 11578/22/5 “Papadopulos”, rta. 11/10/22), entre muchas otras).

Por lo expuesto, se **RESUELVE**:

**CONFIRMAR** el auto de procesamiento traído a estudio.

Notifíquese y devuélvase a la primera instancia. Se deja constancia de que los jueces Julio Marcelo Lucini y Hernán Martín López integran esta sala conforme a la designación efectuada en los términos del artículo 7 de la Ley N° 27.439.

IGNACIO RODRÍGUEZ VARELA

JULIO MARCELO LUCINI

HERNÁN MARTÍN LÓPEZ

Ante mí:

HUGO SERGIO BARROS

Secretario de Cámara

Signature Not Verified  
Digitally signed by HERNAN  
MARTÍN LÓPEZ  
Date: 2023.10.17 08:56:51 ART

Signature Not Verified  
Digitally signed by IGNACIO  
RODRÍGUEZ VARELA  
Date: 2023.10.17 09:26:22 ART

Signature Not Verified  
Digitally signed by JULIO  
MARCELO LUCINI  
Date: 2023.10.17 12:18:39 ART

Signature Not Verified  
Digitally signed by HUGO  
SERGIO BARROS  
Date: 2023.10.17 12:22:46 ART



#35445703#387698940#20231017071412214