**Homicidio Culposo. Inobservancia de las reglas de profesión y prueba pericial. Prescripción de oficio**

Las inferencias probatorias asumidas por el Tribunal Superior, vulneraron patentemente la sana crítica racional. La motivación de la sentencia impugnada no interpretó, en todo su alcance, la prueba pericial y las declaraciones testimoniales del personal médico ya citadas y el análisis de las pericias médico legal no respetaron los conocimientos científicos.

Producida la extinción de la acción penal por prescripción, decae el procedimiento y sus efectos.

**– SENTENCIA DE CASACIÓN –**

Lima, tres de noviembre de dos mil veintiséis

**VISTO:** el recurso de casación interpuesto por el señor Fiscal Adjunto Superior Titular de Ica contra la sentencia de vista de fojas setenta y tres, de veinte de junio de dos mil veintitrés, emitida por la Primera Sala Penal de Apelaciones y Flagrancia de la Corte Superior de Justicia de Ica, en cuanto revocando la sentencia de primera instancia de diez de agosto de dos mil veintidós, absolvió a don [redacted] de la acusación fiscal formulada en su contra por delito de homicidio culposo en agravio de doña [redacted]; con lo demás que contiene.

Intervino como ponente en la decisión el señor **Salas Arenas**, juez de la Corte Suprema.

**FUNDAMENTOS DE HECHO**

**Primero.** Según la acusación fiscal, los hechos penalmente relevantes en orden a la situación jurídica del encausado [redacted] son los siguientes:

**1.** El día diez de septiembre de dos mil dieciséis a las dieciséis horas con treinta y dos minutos, la agraviada doña [redacted], en compañía de su hija doña [redacted], ingresó al servicio de

emergencia del Hospital Augusto Hernández Mendoza de EESALUD - Ica, presentando dolor a nivel de hipocondrio derecho y flanco derecho, con diagnóstico inicial síndrome doloroso abdominal, descarte de hernia incarcerada y descarte de tumoración de colon ascendente. Fue atendida por la médica internista doña [redacted] quien le suministró cloruro de sodio, diclofenaco, ranitidina y metroclopramida, y solicitó interconsulta al servicio de cirugía. A las dieciocho horas con diecinueve minutos del mismo día, se le practicó ecografía abdominal y se solicita tomografía axial computarizada.

**2.** Siendo las diecinueve horas con cinco minutos, del día diez de setiembre de dos mil dieciséis, la agraviada fue atendida por el médico cirujano don [redacted], diagnosticando eventración doble derecha/izquierda encarcerada no reductible, y sugiere sonda nasogástrica, rayos x de abdomen de pie y tomografía computarizada abdomino pélvica. En mérito a ello, se le practicaron los exámenes solicitados aproximadamente a las diecinueve horas con cuarenta minutos, cuyo resultado no pudo ser revisado por el citado médico, debido al cambio de turno.

**3.** Al día siguiente, once de setiembre de dos mil dieciséis, a la una de la mañana, la víctima fue atendida por la médico internista doña [redacted], en el pasadizo de emergencia, quien le realizó una interconsulta, suministrándole insulina, y siguiendo las indicaciones del médico anterior; e indicó que la paciente estaba estable, pero persistía el dolor; por lo que, solicitó nueva interconsulta al servicio de cirugía para valoración y sugerencias en relación a descarte de hernia incarcerada.

**4.** A las dos horas con treinta minutos de la madrugada del mismo día, el medico cirujano don [redacted] absuelve la interconsulta y consigna como hallazgos abdomen blando, globuloso, depresible, ruidos hidroaéreos más eventración en región flanco e hipocondrio izquierdo y otra en flanco izquierdo, no estrangulamiento al momento; sugiriendo

tratamiento médico para corregir la elevación de la glicemia, reclamar informe de tomografía y reevaluación a solicitud.

**5.** Luego de transcurridas cinco horas aproximadamente, la agraviada fue atendida por el médico internista don [redacted], e informó a los hijos de la víctima que presentaba dos hernias en el abdomen, una de ellas atravesaba el intestino, y era la causa de los cólicos, y la otra hernia se encontraba suelta; refirió también que tenía cálculos en el apéndice; solicitando nueva interconsulta al servicio de cirugía para reevaluación de eventración abdominal.

**6.** El mismo día, a las nueve horas, el médico cirujano don [redacted], absolvió la consulta y diagnosticó síndrome doloroso abdominal más eventración abdominal incarcerada no estrangulada, en tomografía axial computarizada, no se aprecian signos de obstrucción intestinal, no abdomen quirúrgico.

**7.** Posteriormente, a las diez horas con doce minutos, el médico internista [redacted] volvió a reevaluar a la paciente, la misma que presentaba dolor abdominal y presentaba HGTP (glucosa) 289 (Hiperglucemia)

**8.** A las trece horas, la paciente fue atendida por el médico internista don [redacted] (médico de cirugía de turno), en el servicio de emergencia, diagnosticando estómago distendido con presencia de dos grandes tumoraciones pericicatrisal, siendo mayor la del lado izquierdo, no reductibles, dolorosas a la palpación con ruido hidroaéreos; la sonda nasogástrica no presentaba drenaje; señala que requería cirugía electiva. Como diagnóstico refirió: síndrome doloroso abdominal, eventración incarcerada más diabetes mellitus tipo II descompensada, más colesistitis crónica calculosa más obesidad.

**9.** Finalmente, a las dieciocho horas del once de setiembre de dos mil dieciséis, el médico internista [redacted] fue avisado por una enfermera, que la paciente se encontraba haciendo paro cardiorespiratorio,

procediendo a efectuar la reanimación cardio pulmonar y a pesar de los intentos, la agraviada fallece a las dieciocho horas con diez minutos.

En el escrito de subsanación de la acusación fiscal se estableció que el once de setiembre de dos mil dieciséis, el médico cirujano don [redacted] estuvo de guardia desde las ocho hasta las veinte horas, y fue quien absolvió la interconsulta solicitada por [redacted], y luego de examinar a la paciente diagnosticó: (i) Eventración abdominal encarcerada no estrangulada; (ii) cuadro de hiperglicemia en relación con diabetes mellitus descompensada y (iii) Síndrome doloroso abdominal. Estableció que no se trataba de un "abdomen agudo quirúrgico", descartó la cirugía de emergencia y recomendó tratamiento médico conservador para compensar la glucosa y posteriormente programar una cirugía electiva previa reevaluación.

**10.** Sobre esa base, el Ministerio Público imputó al procesado, la comisión del delito de Homicidio Culposo por inobservancia de reglas de profesión, tipificado en el artículo 111 (primer y segundo párrafo) del Código Penal. Señaló que en su calidad de médico cirujano de guardia, era el profesional con la competencia legal y funcional exclusiva para determinar si correspondía intervenir quirúrgicamente a la agraviada doña [redacted] Solís [redacted]. Así, se inobservó la Guía Práctica Clínica sobre Eventraciones o Hernias Incisionales de ESSALUD, la cual dispone la programación obligatoria e inmediata de cirugía de emergencia en casos de eventración encarcerada asociada a dolor abdominal muy intenso o signos de obstrucción; emitiendo un diagnóstico erróneo de "no abdomen quirúrgico", y omitió ordenar la extirpación urgente de la hernia comprometida con necrosis intestinal para evitar las complicaciones fatales que llevaron a la muerte de la paciente.

**Segundo.** Respecto al trámite del presente proceso, se tiene lo siguiente:

**1.** El señor fiscal provincial de la Fiscalía Provincial Corporativa de Ica por requerimiento de seis de julio de dos mil dieciocho, y mediante escrito de subsanación de ocho de noviembre de dos mil dieciocho, acusó, a

don [redacted], del delito de homicidio culposo en agravio de doña [redacted]. Solicitó se le imponga la pena tres años de privación de libertad.

**2.** El Cuarto Juzgado Penal Unipersonal de Ica profirió, tras el juicio oral, público y contradictorio, la sentencia de primera instancia de diez de agosto de dos mil veintidós, que lo condenó como autor del delito de homicidio culposo por inobservancia de las reglas de profesión en agravio de doña [redacted] a dos años y ocho meses de pena privativa de libertad suspendida en su ejecución por el período de dos años; así como el pago de treinta mil soles por concepto de reparación civil a favor de los herederos legales de quien en vida fue [redacted]. El Juzgado Penal consideró lo que a continuación se indica:

**A.** Se acreditó, con el Protocolo de Necropsia N.° 0149-2016, ratificado pericialmente en juicio oral por el médico legista don Francisco Rubén Brizuela Pow Sang, que la causa del deceso de la agraviada fue un shock de etiología a determinar, necrosis intestinal macroscópica, obstrucción intestinal y hernia abdominal encarcelada.

**B.** El tribunal estableció que la Lex Artis exigible al cirujano de guardia; en este caso, el encausado se hallaba normada en la Guía Práctica Clínica sobre Eventraciones o Hernias Incisionales del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de ESSALUD - Ica (aprobada mediante Resolución N.° 011-DIR-HIV-"AHM"-GRA-ICA-ESSALUD-2015).

**C.** Al absolver la consulta, el médico cirujano [redacted], a las nueve horas del once de setiembre de dos mil dieciséis, incrementó el riesgo para la vida de doña [redacted]; cuando la paciente presentaba un dolor severo y el imputado emitió un diagnóstico equivocado de "eventración no estrangulada / no abdomen quirúrgico" y recomendó tratamiento conservador y cirugía

electiva, omitiendo programar la laparotomía de urgencia exigida por la Guía.

**D.** El certificado médico legal N.º 001346-RM, ratificado en el plenario concluyó que la agraviada no fue intervenida oportunamente, lo que trajo consigo consecuencias producto de las severas alteraciones patológicas halladas, por haber presentado una eventración gigante de larga data en una persona senil y diabética.

**E.** Durante el examen en plenario realizado a los peritos legistas, don Francisco Rubén Brizuela Pow Sang y don Walker Aliaga Siguas concluyeron que el último cirujano que evaluó a la agraviada fue el médico don [redacted], y este se limitó a solicitar informes de los exámenes practicados a la víctima, recomendando tratamiento conservador y omitió programar una intervención quirúrgica; de suerte que la omisión de la cirugía de emergencia en la oportunidad clínica requerida desencadenó el proceso necrótico, el cuadro infeccioso severo y la falla hemodinámica irreversible que ocasionó la muerte de la víctima.

**F.** Se rechazó la tesis defensiva del encausado que pretendía justificar la no intervención por el nivel elevado de azúcar en sangre. No obstante, acogiendo lo expuesto por los legistas, la sentencia determinó que la hiperglicemia no constituía una contraindicación absoluta ante una emergencia vital; contrario sensu, la práctica médica prevé esquemas terapéuticos de insulinoterapia de acción rápida e hidratación de emergencia para estabilizar los niveles glucémicos en quirófano de forma paralela al acto quirúrgico.

**TERCERO.** Enviadas las actuaciones al Tribunal Superior, declarado bien concedido el recurso de apelación, y cumplido el procedimiento impugnatorio, la Primera Sala Penal de Apelaciones y Flagrancia de Ica, emitió la sentencia de vista de veinte de junio de dos mil veintitrés, mediante la cual se revocó en todos sus extremos la sentencia de primera instancia, y

absolvió a don [redacted] de la acusación fiscal formulada en su contra por delito de homicidio culposo. Estimó lo siguiente:

**A.** El acusado a lo largo del proceso negó los cargos que se le atribuyen, bajo el argumento que la agraviada fue evaluada en momentos diferentes, y ninguno de los médicos que la examinaron encontró criterios o motivos para catalogar el caso como una emergencia quirúrgica.

**B.** No se encuentra acreditado que por infracción al deber de cuidado materializado en no cumplir el mandato contenido en la norma infringida (Guía Práctica Clínica sobre Eventraciones o Hernias incisionales-Rubro Eventraciones) se creó un riesgo no permitido que produjo el resultado típico (muerte de la agraviada); en tanto, la conclusión del encausado ("*eventración no estrangulada / no abdomen quirúrgico*") resultaba técnicamente coherente con las evaluaciones previas de otros cirujanos y, de manera determinante, con el informe de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) practicada a la paciente

**C.** El médico radiólogo don Carlos Enrique Carlos Candia afirmó en el plenario que en las imágenes tomográficas tomadas a la paciente no identificó signos de estrangulamiento ni obstrucción intestinal; por lo que la Sala razonó que no se creó un riesgo no permitido en dicho instante clínico.

**D.** El encausado absolvió la interconsulta solicitada a las nueve horas, consignado expresamente en la historia clínica "reevaluación a solicitud"; es así, que desde esa última intervención hasta las dieciocho horas (lapso en que sobrevino el paro cardiorrespiratorio y deceso), la paciente permaneció bajo la custodia y manejo del servicio de Medicina Interna, sin que los médicos internistas volviesen a solicitar una nueva interconsulta o advirtieran al cirujano sobre un deterioro de la sintomatología abdominal. En consecuencia, no existió omisión

imputable al cirujano al no habérsele requerido una nueva intervención.

**E.** Al existir una contraposición insuperable entre los exámenes por imágenes/registros clínicos concomitantes al acto médico y los hallazgos de la necropsia post mortem, se configuró un estado de duda razonable sobre el momento exacto en que sobrevino la necrosis

- Contra la referida sentencia de vista el señor Fiscal Adjunto Superior de Ica, interpuso recurso de casación por escrito de once de julio de dos mil veintitrés.

**CUARTO.** El señor fiscal superior de Ica, en su recurso de casación de once de julio de dos mil veintitrés, invocó el motivo de casación de inobservancia de precepto constitucional -artículo 429, inciso 1 del Código Procesal Penal-. Señaló que no se realizó un análisis exhaustivo e individual de las pruebas de cargo presentadas durante el juicio; que se omitió valorar los exámenes de los peritos de medicina legal don Francisco Rubén Brizuela Pow Sang y don Walker Aliaga Siguas, en la que concluyeron que la paciente presentó una eventración gigante que constituía un factor agravante y requería acción quirúrgica inmediata; que el Tribunal Superior valoró inadecuadamente las pruebas, y se incurrió en una motivación insuficiente, bajo el argumento que no se probó que el acusado vulneró el deber de cuidado; empero, la prueba actuada revela que la agraviada presentó dolor abdominal intenso, como un síntoma mandatorio de obstrucción, emitiéndose un diagnóstico errado, además no se evaluó racionalmente los resultados de necropsia en el que se advirtió presencia de necrosis intestinal y signos de estrangulamiento, y omitió evaluar la declaración de los médicos internistas.

- Como desarrollo de doctrina jurisprudencial, propuso se precisen los criterios de valoración individual y conjunta de la prueba pericial y los medios de prueba actuados en primera instancia.

**QUINTO.** En el presente caso, inicialmente se declaró improcedente el recurso de casación, pero este Tribunal Supremo amparó el recurso de queja

y posteriormente mediante Ejecutoria Suprema de diecisiete de marzo de dos mil veintiséis, concedió el recurso de casación. Al respecto, se ha planteado, de un lado, defectos de motivación; y de otro lado, se examine el juicio de imputación objetiva y lo relacionado con las reglas de valoración probatoria; en tanto, no se habría tomado en cuenta la prueba pericial, los exámenes practicados por los peritos médicos legistas; así como la declaración de los médicos internistas. El análisis casacional debe realizarse en función del motivo de inobservancia de precepto constitucional.

**SEXTO.** Instruidas las partes de la admisión del recurso de casación, materia de la resolución anterior, se expidió el decreto de veintitrés de setiembre de dos mil veintiséis, que señaló fecha para la audiencia de casación el día veintiuno de octubre último. Según el acta adjunta, la audiencia pública de casación se realizó con la intervención del señor fiscal superior de Ica.

**SÉTIMO.** Concluida la audiencia, a continuación, en la misma fecha, se celebró el acto de deliberación de la causa en sesión secreta. Producida la votación; en su oportunidad, corresponde dictar la sentencia casatoria pertinente, por unanimidad, cuya lectura se programó para la fecha.

## CONSIDERANDO

### PRIMERO. SUSTENTO NORMATIVO (en adelante S. N.)

#### En la Constitución Política del Perú

**1.1.** El artículo 139, numeral 3, garantiza «La observancia del debido proceso y la tutela jurisdiccional»; y su numeral 5 exige «La motivación escrita de las resoluciones judiciales en todas las instancias, excepto los decretos de mero trámite, con mención expresa de la ley aplicable y de los fundamentos de hecho en que se sustentan».

#### En el Código Procesal Penal (en adelante C.P.P.)

**1.2.** El artículo 409.1 establece: «La impugnación confiere al Tribunal competencia solamente para resolver la materia impugnada, así como para

declarar la nulidad en caso de nulidades absolutas o sustanciales no advertidas por el impugnante». El artículo 432.2 dispone: «La competencia de la Sala Penal de la Corte Suprema se ejerce sobre los errores jurídicos que contenga la resolución recurrida. Está sujeta de manera absoluta a los hechos legalmente comprobados y establecidos en la sentencia o auto recurridos».

**1.3.** El artículo 429, numeral 1, prevé la casación por «inobservancia de algunas de las garantías constitucionales de carácter procesal o material».

**1.4.** El artículo 433.1 permite, declarado fundado el recurso, «decidir por sí el caso, en tanto para ello no sea necesario un nuevo debate, u ordenar el reenvío del proceso»; su numeral 2 ordena señalar el órgano competente y el acto que debe renovarse.

**1.5.** El artículo 504.2 del CPP prescribe: «Las costas serán pagadas por quien interpuso un recurso sin éxito o se desistió de su prosecución. Si gana el recurso, las costas se impondrán a quien se opuso a su pretensión impugnatoria, en la proporción que fije el órgano jurisdiccional. Si no medió oposición al recurso que ganó el recurrente, no se impondrán costas».

**En relación a la prescripción de la acción penal.**

**1.6.** La Ley n.° 31751 del veinticuatro de mayo de dos mil veintitrés modificó el segundo párrafo del artículo 84 del Código Penal en los siguientes términos: "La suspensión de la prescripción no podrá prolongarse más allá de los plazos que se disponen para las etapas del proceso penal u otros procedimientos. En ningún caso dicha suspensión será mayor a un año". Asimismo, también modifica el artículo 339. 1 del Código Procesal Penal, cuyo texto es el siguiente: "la formalización de la investigación suspenderá el curso de la prescripción de la acción penal, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 del Código Penal". Luego, siendo el citado artículo un precepto material, puede ser aplicado retroactivamente si resulta más favorable al reo.

## ANÁLISIS CASACIONAL

**Primero.** El análisis de la censura casacional, desde la causal de inobservancia de precepto constitucional, estriba en determinar si la motivación de la sentencia de vista presenta un defecto constitucionalmente relevante; si la conducta del médico encausado creó un riesgo importante que dio lugar al resultado producido, y si el Tribunal Superior valoró la prueba pericial en un caso de presunta mala praxis médica, en concordancia con la documentación hospitalaria.

**Segundo.** El recurso de casación, por su naturaleza extraordinaria, no permite la valoración autónoma del material probatorio disponible; es decir, no puede reconstruirse los hechos declarados probados; que es materia funcional del recurso de apelación. En ese sentido, sustanciada la doble instancia con un contenido revisor plenamente devolutivo, solo corresponde al Tribunal Supremo, atento al principio de seguridad jurídica y al principio de derecho de igualdad (uniformidad de las decisiones judiciales), fiscalizar si la corrección de la sentencia de vista, circunscripta al control de racionalidad de los estándares empleados para decidir por el Tribunal Superior, se ajusta a los motivos de casación invocados y aceptados.

En consecuencia, el presente recurso de casación abarca dos ámbitos específicos: (i) el análisis de las pericias médicas, y su relación con el conjunto de material probatorio; es decir si desde los hechos declarados probados se respetó la valoración racional conjunta del material probatorio legítimamente incorporado al juicio; y si el encausado vulneró el deber objetivo de cuidado, sin que conste alguna situación que niegue la imputación objetiva.

**Tercero.** Se declaró probado que [redacted] ingresó el diez de setiembre de dos mil dieciséis, a emergencia del Hospital Augusto Hernández Mendoza de EESALUD Ica, presentando dolor a nivel de hipocondrio derecho y flanco derecho, abdomen batraciano, asimétrico y con masa dolo[redacted] a nivel de flanco y fosa iliaca derecha, con diagnóstico inicial síndrome doloroso abdominal, descarte de hernia incarcerada y descarte de tumoración de

colon ascendente. Ella fue atendida por la médica internista doña [redacted] quien le suministró cloruro de sodio, diclofenaco, ranitidina y metroclopramida, y solicitó interconsulta al servicio de cirugía. A las dieciocho horas con diecinueve minutos se le practicó ecografía abdominal y llegaron los resultados de laboratorio que se anexaron a la historia clínica, los cuales revelaron que [redacted] presentaba colecistitis calculosa, infiltración adiposa hepática y se solicitó tomografía axial computarizada.

Luego, a las diecinueve y cinco horas, del mismo día, fue revisada por el médico cirujano [redacted] y absolvió la consulta diagnosticando eventración doble derecha/izquierda encarcerada no reductible y sugiere sonda nasogástrica, rayos X de abdomen de pie y tomografía computarizada abdomino pélvica. Recién, a la una de la madrugada del once de septiembre de dos mil dieciséis, la agraviada es examinada por la médico internista doña [redacted], quien solicitó nueva interconsulta al servicio de cirugía para valoración y sugerencias en razón a descarte de hernia encarcerada.

- A las dos y media de la madrugada, el médico cirujano don [redacted] Guevara, absolvió la interconsulta y consignó como hallazgos abdomen blando, globuloso, depresible, ruidos hidroaéreos más eventración en región flanco e hipocondrio izquierdo y otra en flanco izquierdo, no estrangulamiento al momento.

- Transcurridas varias horas, a las ocho horas con cuarenta y dos minutos del once de setiembre de dos mil dieciséis, el médico internista don [redacted] atendió a la paciente, y solicitó nueva interconsulta al servicio de cirugía para reevaluación de eventración abdominal. En esta ocasión la paciente fue atendida por el encausado quien diagnosticó síndrome doloroso abdominal, más eventración abdominal incarcerada no estrangulada; en tomografía axial computarizada no se aprecian signos de obstrucción intestinal, no abdomen quirúrgico.

➢ Como a las diez horas y doce minutos aproximadamente del mismo día, la agraviada fue evaluada por el médico internista [redacted], y consigna dolor abdominal. Y en esta última ocasión, la paciente fue atendida por el médico internista don [redacted], siendo ilegible sus indicaciones. Luego, aproximadamente a las dieciocho horas, la paciente presentó paro cardiorespiratorio, y el citado médico practicó reanimación cardio pulmonar avanzada; sin éxito alguno; asimismo, se certificó el deceso de la agraviada a las dieciocho horas con diez minutos.

➢ Todo ello se encuentra descrito en la Historia Clínica, que fue apreciada por los peritos médicos legistas. El protocolo de necropsia estableció que la víctima padecía de una patología de herniaria abdominal que comprometía asas intestinales y epiplon, las mismas que, por su evolución devino en hernia encarcerada, que se necrosó, produciendo un cuadro mixto de obstrucción intestinal, así como proceso infeccioso severo que genera un shock de etiología a determinar y produce su muerte. La causa del deceso fue i) Shock de etiología a determinar, (ii) Necrosis intestinal macroscópica; (iii) Obstrucción intestinal y iv) Hernia Abdominal encarcerada.

**Cuarto.** Con independencia de la prueba personal, a partir de lo que han declarado los familiares de la agraviada, el médico imputado y diversos médicos que la auscultaron, enfermeros; etc; lo más relevante en casos como el presente, de presunta mala praxis médica, es la prueba pericial y la historia clínica correspondiente como prueba documental, ambas por su propia naturaleza, de apreciación integral por los jueces de revisión, sin límites legales derivados del principio de inmediación. Debe resaltarse que la prueba pericial es una prueba compleja, que está formada por el informe o dictamen pericial y las explicaciones del perito. Desde luego, estas explicaciones en sede sumarial, o más comúnmente en sede plenarial, no constituyen testimoniales ni prueba personal, sino que son parte de la prueba pericial; y esta última contribuye a que la motivación de la sentencia se forme debidamente.

**Quinto.** Sobre esa base, es necesario precisar que, en sede de apelación, el examen de la prueba personal debe efectuarse atendiendo a criterios de racionalidad, tales como el contenido y la exactitud de la narración del declarante, su coherencia, la ausencia de vacíos, las relaciones que mantiene con los intervinientes en el hecho juzgado; y, fundamentalmente, su contraste con el conjunto del material probatorio. Tales elementos permitirán determinar la atendibilidad de la declaración, y establecer si el juicio valorativo efectuado sobre ella merece confirmación o, por el contrario, debe ser desestimado. Este examen resulta particularmente relevante cuando el Tribunal Superior debe pronunciarse sobre los cuestionamientos relativos a la quaestio facti.

Sin embargo, tal tratamiento no puede extenderse indiscriminadamente a la prueba pericial pues esta presenta características y una estructura distinta de la prueba personal. En efecto, las restricciones derivadas del principio de inmediación, contempladas en el artículo 425, apartado 2, primera oración del CPP, no impiden que el Tribunal Superior examine el mérito de la prueba pericial y controle la racionalidad de su valoración, sin que la ausencia de inmediación constituya, por sí misma, un obstáculo para ello.

**Sexto.** Así las cosas, es de resaltar, para su debido análisis lo siguiente:

- **Primero,** lo que fluye del protocolo de necropsia (0149-2016), de doce de setiembre de dos mil dieciséis, del pronunciamiento médico forense (Certificado Médico Legal N.º 004421-RM (o 004421-R) de fecha 05 de mayo de 2017 y Certificado Médico Legal N.º 001346-RM de fecha 09 de febrero de 2018) y de las explicaciones formuladas por los médicos legistas Dr. Francisco Rubén Brizuela Pow Sang y Dr. Walker Aliaga Siguas.

- Según la prueba pericial anatómica se concluyó que la agraviada padecía en vida una patología herniaria abdominal de gran tamaño que comprometía asas intestinales y epiplón. Por su evolución clínica y la falta de resolución quirúrgica oportuna, dicho defecto anatómico devino en una hernia encarcelada; la misma que sufrió una alteración circulatoria irreversible que derivó en necrosis intestinal macroscópica, constatándose la

muerte celular del tejido intestinal por falta de irrigación sanguínea. La evolución de la necrosis desencadenó un cuadro mixto caracterizado por obstrucción intestinal y un proceso infeccioso severo (sepsis) que se extendió sistémicamente; lo que condujo a un shock irreversible, desencadenando la muerte de la paciente.

- **Segundo**, el dictamen pericial y las explicaciones de sus autores, dan cuenta que se encontró en la víctima una patología herniaria abdominal de larga data que comprometía asas intestinales y epiplón, la cual evolucionó hacia una hernia encarcelada; pero existía la posibilidad que ésta no fallezca. No obstante, el médico cirujano que atendió a la paciente, el doctor [redacted], catalogó el cuadro como "eventración encarcerada no estrangulada" y sugirió tratamiento médico conservador, y no dispuso una intervención quirúrgica inmediata; pese a que mediaba las opiniones de médicos internistas quienes sugirieron una intervención y reiteraron diversas interconsultas. Asimismo, sostuvieron que los hallazgos post mórtem demostraron fehacientemente la existencia de estrangulamiento y necrosis intestinal, lo cual determinaba que la paciente requería obligatoriamente la programación de una cirugía de emergencia inmediata; y, aunque la agraviada tenía elevada la hiperglicemia; ello no constituía un impedimento insalvable para abstenerse de operar.

➢ Precisaron que en la ciencia médica existen esquemas y tratamientos de insulinoterapia de aplicación inmediata para reducir los niveles de glucosa cuando se dispone intervenir a un paciente de urgencia; y, que corresponde al cirujano indicar y programar dicho tratamiento insulínico junto con el riesgo quirúrgico; sin embargo, en la historia clínica no constaba ninguna indicación para bajarle la glucosa, optándose erróneamente por un manejo conservador de no intervenirla.

➢ Asimismo, a las preguntas formuladas por la defensa del investigado, los peritos médicos enfatizaron que los médicos internistas no poseen la facultad ni la atribución normativa para programar intervenciones quirúrgicas, recayendo la decisión y responsabilidad de ordenar y programar una cirugía

de manera exclusiva en los médicos cirujanos especialistas; que, en el caso en concreto, los médicos internistas cumplieron con los parámetros de atención exigibles al haber realizado reiteradas interconsultas a la especialidad de Cirugía al advertir la gravedad del dolor abdominal de la paciente.

➢ De acuerdo a la hipótesis fiscal, la norma específica infringida en el proceso es la Guía Práctica Clínica sobre Eventraciones o Hernias Incisionales (aprobada mediante Resolución N.º 011-DIR-HIV-"AHM"-GRA-ICA-ESSALUD-2015 del Servicio de Cirugía General del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de ESSALUD Ica). En el rubro de "Eventraciones", bajo el acápite específico de "Cirugía de emergencia", la guía establece textualmente lo siguiente: *Son todos los pacientes que ingresan con eventración asociada a obstrucción intestinal o eventración encarcelada con signos de compromiso de estrangulamiento de víscera (dolor muy intenso). a) El tratamiento es igual al de una obstrucción intestinal. b) La reparación del defecto debe ser definitiva.*

**Sétimo.** El Tribunal Superior consideró que no se encuentra acreditado que por infracción al deber de cuidado materializado en no cumplir el mandato contenido en la norma infringida se haya creado un riesgo no permitido que produjo el resultado típico (muerte de la agraviada); en tanto, la conclusión del encausado ("*eventración no estrangulada / no abdomen quirúrgico*") resultaba técnicamente coherente con las evaluaciones previas de otros cirujanos y, de manera determinante, con el informe de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) practicada a la paciente.

**Octavo.** Sin embargo, es de tener presente, tres datos que fluyen de la prueba personal allegada a la causa:

1. El médico internista, el doctor [redacted] en sede plenarial, refirió que al ingresar a su turno de guardia constató que la paciente continuaba internada en el pasadizo del servicio de emergencia desde el día anterior (acumulando más de 12 horas en dicha condición), por lo que procedió a reevaluar su estado; que

emitió la orden de interconsulta urgente al servicio de Cirugía General para que el médico cirujano especialista determinara si el cuadro correspondía a una intervención quirúrgica de emergencia o tratamiento conservador/electivo. A las preguntas formuladas por el fiscal respondió que insistió en una cuarta interconsulta porque la paciente persistía con dolor abdominal por las tumoraciones.

**2.** El médico internista, el doctor [redacted], manifestó, durante el plenario que encontró a la paciente con dolor abdominal, abdomen distendido con dos grandes tumoraciones pericicatriciales (siendo de mayor dimensión la del lado izquierdo), eventración amplia y diabetes mellitus descompensada; que el cirujano, el doctor [redacted] evaluó a la paciente por la mañana y determinó que el cuadro correspondía a una cirugía electiva (programada sin urgencia), descartando el abdomen agudo quirúrgico de emergencia. Enfatizó que, si el cirujano hubiese indicado una "cirugía de emergencia", de inmediato se habría tramitado el riesgo quirúrgico sin inconveniente por el nivel de glucosa (140 mg/dl); sin embargo, él no tenía la facultad ni la atribución normativa para programar ni ordenar intervenciones quirúrgicas por no ser cirujano.

**3.** Por su parte, la médico radióloga, la doctora Giselle de Fátima Rivas Herrera, declaró haber practicado el examen de ecografía abdominal a la agraviada el diez de setiembre de dos mil dieciséis; que la ecografía arrojó como diagnóstico ecográfico: colecistitis calculosa e infiltración adiposa hepática, y ante las preguntas formuladas por la defensa técnica sostuvo que los diagnósticos por imágenes (ecografía y tomografía) son únicamente diagnósticos presuntivos y herramientas de ayuda complementaria para el médico tratante; que dichos estudios no son definitivos por sí solos, sino que sirven para orientar y ayudar al médico clínico o cirujano a arribar a un diagnóstico final.

**Noveno.** La prueba personal, pericial y documental permite reconstruir lo sucedido con la agraviada, y, específicamente, la conducta profesional del

médico encausado. Es relevante, que la agraviada tuvo una eventración encarcerada abdominal de larga data y síndrome doloroso abdominal, que fue el motivo de su ingreso al Hospital Augusto Hernández Mendoza de EESALUD Ica. No existe controversia que producto de la hernia abdominal encarcerada, la paciente sufrió una alteración circulatoria irreversible que derivó en necrosis intestinal macroscópica, y desencadenó un cuadro mixto caracterizado por obstrucción intestinal y un proceso infeccioso severo que se extendió sistémicamente y produjo el deceso de la víctima; que fue lo que se determinó precisamente en el protocolo de necropsia.

**Décimo.** Los médicos legistas, a partir de los informes médicos, los resultados de la historia clínica, y el protocolo de necropsia, apuntaron que los hallazgos post mórtem demostraron la existencia de estrangulamiento y necrosis intestinal, lo cual determinaba que la paciente requería obligatoriamente la programación de una cirugía inmediata de emergencia; que el médico cirujano encausado se limitó a solicitar informes de tomografía sin definir una conducta quirúrgica activa, dejando a la paciente bajo el manejo puramente metabólico de Medicina Interna, lo que facilitó las complicaciones patológicas fatales, resaltando que esa era incluso la opinión de los propios médicos internistas, quienes promovieron las interconsultas dado que consideraban que era necesaria una intervención quirúrgica. Todo indica que el tratamiento realizado por el médico de turno doctor [redacted] no habría sido certero y dio lugar a un progresivo agravamiento en la condición de la agraviada [redacted].

**Décimo primero.** Es inocultable el largo proceso que siguió la agraviada desde que se iniciaron los síntomas hasta su fallecimiento-de pleno conocimiento del médico tratante-; así como el hecho que presentaba síndrome doloroso abdominal severo constante que motivó reiteradas interconsultas por parte de los internistas. Pese a ello, el procesado de manera negligente no habría tomado en cuenta este factor como criterio orientador que justificaba la cirugía inmediata; máxime si la Guía Práctica Clínica sobre Eventraciones o Hernias Incisionales, prescribe obligatoriamente la programación de una cirugía de emergencia para todo paciente con

eventración encarcerada que presente signos de compromiso de estrangulamiento de víscera, indicando la referida norma que dicho signo de alarma se manifiesta clínicamente mediante el "dolor muy intenso". Así lo señalaron los médicos legistas en las explicaciones que proporcionaron en el plenario.

Es patente, entonces que las pruebas personal, pericial y documental no han sido valoradas en orden al contenido de aportes fácticos introducidos, especialmente de lo que observaron en la sintomatología de la paciente. La prueba pericial revela un examen muy exhaustivo de lo que realmente sucedió con la víctima.

**Décimo Segundo.** El delito negligente o imprudente se configura por la concurrencia de cinco elementos: (i) una acción u omisión voluntaria no intencional-resultado no querido ni aceptado-referida a la acción inicial; (ii) negligente actuación por falta de previsión del riesgo-comportamiento descuidado; (iii) infracción del deber objetivo de cuidado concretado en normas reglamentarias o impuesto por otras normas de contenido socio cultural o dictadas por la profesión-médica en este caso: leges artis; (iv) producción de un resultado nocivo; (v) adecuada relación causal entre el proceder descuidado desatador del riesgo y el daño o mal sobrevenido, dentro del ámbito de la imputación objetiva.[1]

La esencia de la conducta imprudente se encuentra en la infracción del deber de cuidado y el tipo objetivo se configura con la realización de una acción que supere el riesgo permitido y la imputación objetiva del resultado; éste debe ser evitable conforme a un análisis "*ex ante*", lo que importa preguntarse qué hubiera sucedido si el sujeto hubiera actuado conforme a la norma –previsible y evitable–[2]. La evitabilidad individual, además, constituye el criterio propio de la interpretación subjetiva a título de imprudencia. Su

[1] [cfr.: STSE 143/2024, de 15 de febrero].
[2] [cfr.: STSE 425/2020, de 23 de julio].

límite está dado por la regla solo puede infringir un deber el que tiene la posibilidad de cumplirlo.[3]. Ello debió ser evaluado en la Sala Superior.

**Décimo Tercero.** En el presente caso, no debió pasar por alto el agravamiento de dolor abdominal en la víctima, y que en mérito a ello se promovió reiteradas interconsultas por parte de los internistas. Además, se dispuso, sin mayores actuaciones médicas, únicamente un tratamiento conservador, lo que provocó una acentuación del padecimiento de la agraviada y una acentuación de la patología herniaria abdominal que presentaba, que derivó en su fallecimiento. No fue una muerte totalmente desconectada del diagnóstico inicial- síndrome doloroso abdominal por hernia encarcerada, que padecía y debió preverse; todo lo cual determinó, directa o indirectamente, la necrosis intestinal que desencadenó un cuadro mixto caracterizado por obstrucción intestinal y el paro cardio respiratorio del que no pudo ser rescatada. Si se tiene en cuenta estos factores, es razonable inferir que el encausado no actuó como era debido.

**Décimo Cuarto**. Sin perjuicio de las deficiencias de motivación y valoración probatoria advertidas en la sentencia de vista, corresponde a este Tribunal Supremo, verificar, aun de oficio, la vigencia de la acción penal. La prescripción, constituye una causa de extinción de la potestad punitiva del Estado; y, por su naturaleza de orden público, debe ser declarada de oficio, con independencia de que hubiese sido alegada por los sujetos procesales.

**Décimo Quinto.** En tal sentido, a efecto de verificar el cómputo de plazo de la prescripción, se deberá tener en cuenta las disposiciones contenidas en los artículos 80, 83 y 84 del Código Penal; así como la modificación introducida por la Ley n° 31751, en cuanto resulte aplicable al caso concreto conforme al principio de retroactividad benigna.

**Décimo Sexto.** En ese contexto, el delito de homicidio culposo materia de acusación, previsto en el artículo 111, primer y segundo párrafos del Código Penal, sanciona al agente con una pena privativa de libertad no mayor de

[3] [SILVA SÁNCHEZ, JESÚS-MARÍA: Derecho Penal - Parte General, Editorial Civitas, Madrid, 2025, pp. 937, 961].

cuatro años. Ello permite afirmar que el plazo de la prescripción extraordinaria es de seis años. A dicho lapso, se debe adicionar un año, tiempo en cual los plazos de prescripción estuvieron suspendidos, al haberse formalizado la investigación preparatoria. Por tanto, los hechos prescriben al transcurrir siete años desde la fecha de comisión de los hechos.

En el sub lite, el hecho se cometió el once de setiembre de dos mil dieciséis; en consecuencia, la acción penal prescribió el diez de septiembre de dos mil veintitrés; y por ello corresponde emitir decisión en ese sentido, ya que la acción penal perdió vigencia.

**Décimo Sétimo.** Finalmente, en relación a la reparación civil, extremo que no fue materia de cuestionamiento; este Tribunal Supremo, no puede emitir pronunciamiento sobre una pretensión resarcitoria que no ha sido sometida a conocimiento mediante los recursos correspondientes; sin perjuicio de ello, queda a salvo el derecho de los herederos de quien en vida fue doña [redacted] para que reclamen lo pertinente en la vía y conforme a las reglas legales correspondientes.

## DECISIÓN

Por estos fundamentos, impartiendo justicia a nombre del pueblo, los jueces y las juezas de la Sala Penal Transitoria de la Corte Suprema de Justicia de la República **ACUERDAN:**

I. **DECLARAR** de oficio, **EXTINGUIDA POR PRESCRIPCIÓN** la acción penal incoada al encausado don [redacted] por delito de homicidio culposo en agravio de doña [redacted]; con lo demás que contiene.

II. **ORDENAR** que se archive la causa definitivamente, que se anulen los antecedentes policiales y judiciales generados, para lo cual han de cursarse los oficios y las comunicaciones correspondientes.

III. **DISPONER** se lea esta sentencia en audiencia pública, se notifique inmediatamente y se publique en la página web del Poder Judicial.

Hágase saber a las partes procesales apersonadas a esta instancia suprema y se comunique al Tribunal Superior de origen y se devuelvan los actuados.

**S. S.**

**SALAS ARENAS**

BACA CABRERA

TERREL CRISPÍN

BÁSCONES GÓMEZ VELÁSQUEZ

CONTRERAS CUZCANO

*JLSA*/fsap