

Paso de los Toros, 7 de Marzo de 2019

V I S T O S Y C O N S I D E R A N D O S

Las presentes actuaciones presumariales en las que se indagó a la Sra J. F. y a la Sra S. R., por la presunta comisión en carácter de autor y coautor respectivamente responsables penalmente de un delito de Homicidio Culpable.

1. Que de autos surgen elementos de convicción suficiente respecto de la ocurrencia de los siguientes hechos que se describen a continuación:
2. Que el día 14 de agosto de 2013 a la hora 5:40 la Sra P. V. R. de 18 años concurrió a la emergencia del Hospital de Paso de los Toros siendo atendida por el enfermero de guardia y la partera Sra J. F. por dolores en el útero cuando se encontraba cursando un embarazo de 41 semanas. La partera F. le realizó monitoreo y tacto vaginal informándole que no estaba en trabajo de parto y que volvería al rato. Volvió, reanudó monitoreo y le reitera a las 8:20 hs que no estaba en trabajo de parto. En ese momento, según F., se le avisa a la ginecóloga Dra S. R.
3. A la hora 9:20 aproximadamente los latidos del bebé comienzan a bajar por lo que la partera le revienta la bolsa y ordena una cesárea de emergencia. En ese momento llega la Ginecóloga Dra S. R. para la realización de la cesárea surgiendo de la ficha perinatal que se realizó cesárea de urgencia en parto por sufrimiento fetal agudo.
4. Se realiza la Cesárea, se recibe al recién nacido con abundante meconio. A los cinco minutos se realiza estimulación, secado y ambú, Apgar 5, frecuencia cardíaca 2 puntos, esfuerzo respiratorio 1 punto. Se intentó entubar, no se pudo.

A los 15 minutos Apgar 8. Luego queda bien coloreado, bien perfundido, respirando bajo máscara, apertura de ojos intermitente, llanto monótono, débil. Se le informa a la Sra R. que se trasladará al recién nacido a CTI de Salto. En dicho Centro médico se produce su muerte por falla multiorgánica como consecuencia de síndrome hipóxico isquémico severo. Hipertensión pulmonar persistente, enterocolitis necrotizante perforada (fojas 48).

5. Se cumplió con lo dispuesto por el Art. 126 del C.P.P.

6. El Ministerio Público solicitó el enjuiciamiento de las indagadas J. F. y Dra Sra S. R. como presuntas autoras de un delito de HOMICIDIO CULPOSO (art del Código Penal). Afirma Fiscalía que la conducta de ambas profesionales actuantes en los diferentes momentos en que se dio su actuación, implicó la creación de un riesgo jurídicamente desaprobado, determinando un nexo de determinación entre la conducta culposa de cada una de ellas y el resultado final. Por otro lado descarta la existencia de concausas preexistentes que determinarían el deceso del niño, que corresponda tener presentes como eximentes de responsabilidad de las indagadas que debieron agotar los medios de diagnóstico de las complicaciones del embarazo para tomar las decisiones adecuadas que atendieran estos riesgos y que a juicio de los peritos informantes no lo hicieron.

7. Antecedentes. Existen precisiones que son necesarias de realizar y que refieren al proceso de embarazo de la Sra R. y a la atención de dicho proceso. La fecha probable del parto, calculada por última menstruación y ecografía obstétrica precoz fue el 11 de agosto de 2013. El día 1 de agosto el cardiotocograma basal muestra una frecuencia cardíaca fetal normal con variabilidad adecuada pero sin ascensos durante las contracciones uterinas ni con los movimientos fetales. Este registro pudo corresponder a períodos de sueño fetal pero debió realizarse un monitoreo más extenso que no se produjo. Estos controles los realizaba la partera Sra F. (todo ello según pericia de Junta Médica del ITF de fojas 165).

8. El día 9 de agosto la embarazada concurre a consulta por pérdida de líquido y contracciones uterinas siendo atendida por la Dra R. (ginecóloga) que la examinó, le hizo tacto y la dejó en observación. Aproximadamente a la hora le dijo que se fuera para la casa. En dicha consulta según dictamina la prueba pericial realizada por la Junta Médica de ITF (fojas 165) debió realizarse monitoreo electrónico fetal o ecografía, lo que hubiera permitido valorar el estado de bienestar fetal y el volumen de líquido amniótico, máxime teniendo en cuenta el motivo de la consulta y que la altura intrauterina era inferior a la del control anterior lo que puede sugerir pérdida de líquido amniótico.

9. El día 14 de agosto cuando concurre a la urgencia la Sra R., al realizarse el monitoreo a la paciente, el mismo no podía asegurar el estado de bienestar fetal, el registro no era tranquilizador por lo que surge del mismo. Debería por ello, según la prueba pericial (fojas 167) haberse extremado la vigilancia materno fetal manteniendo monitoreo electrónico en forma permanente. Agrega dicha prueba que “Podría haberse realizado rotura artificial de membranas desde el ingreso, ya que el cuello uterino era permeable y no tenía contraindicaciones para dicha maniobra. Esa conducta habría permitido por un lado, investigar la calidad de líquido amniótico, lo cual era fundamental para decidir oportunamente si se continuaba con el proceso parto en forma fisiológica o si se realizaba estimulación con oxitocina”. Podemos agregar a todo esto que la Sra F. debió comunicar el ingreso de la parturienta en forma inmediata al mismo (hora 5:40) al médico ginecólogo de turno atento a que ello es lo que se prevé en el protocolo de actuación agregado a fojas 204 y ss. Contrariamente a ello se informó a dicho especialista a la hora 8:20 aproximadamente (según manifiesta F. en contradicción con lo declarado por R. que afirma se la llamó a las 9hs) y el mismo llegó a las 9:20 hs.

10. Es importante resaltar que el informe pericial solicitado a fojas 187 por el letrado de la Sra F. que luce a fojas 250 ratifica y concuerda con el informe pericial de

ITF salvo en cuanto a la atención del recién nacido considerando que no ha sido la adecuada para su gravedad.

11. ARGUMENTOS DE LAS DEFENSAS. DEFENSA DE LA DRA R.: la defensa de la ginecóloga, Dra R. expresa al contestar la requisitoria fiscal que:

a) la actuación de la Dra R. el día 9 de agosto es muy anterior a la cesárea del día 14 y que no se puede relacionar causalmente no existiendo seguridad de que en esa fecha el feto tuviera sufrimiento o incomodidad. b) que la disminución en la altura uterina no es un elemento que evidencie sufrimiento fetal y puede deberse a que diferentes profesionales controlaron esa variable. c) las embarazadas en los centros de salud de ASSE de muchos lugares del interior no son seguidos por ginecólogos sino por parteras salvo que evidencien clínicamente una patología d) la investigación realizada por ASSE no encontró elementos de responsabilidad respecto de la Dra R. quien fue informada tardíamente de los problemas que evidenciaba la situación el día 14 de agosto.

12. DEFENSA DE LA SRA F.: La defensa de la partera Sra F. manifiesta:

a) el resultado muerte es multicausal y no puede atribuírsele ya que intervinieron varios factores y concausas que llevaron al resultado muerte, entre ellas que la ginecóloga Dra R. no concurrió al llamado realizado a la hora 8:05 sino una hora más tarde, que estando la paciente en blok quirúrgico a las 9:25 la cesárea se realizó a las 10:25; el hecho de que el bebé no fue internado; demora en el traslado al CTI. b) que su actuación estuvo acorde a los protocolos y que al transmitir a la partera la situación a R. la respuesta fue que debía ver otros pacientes antes c) que al ingreso de la embarazada el 14 de agosto se comunicó con el Dr P. quien concurrió al hospital y valoró el registro manifestando que estaba terminando su guardia.

13. **Elementos de Convicción:** La semi plena prueba de los hechos considerados surge de las actuaciones acumuladas a autos, a saber: actuaciones cumplidas en

sede policial, Informe de Pericia forense de ITF (Junta Médica, autopsia y pericia), informe pericial del Dr Giambruno de Neonatología del Hospital de Clínicas, Historia Clínica de la Sra P. R., actuaciones administrativas en ASSE, Protocolo de actuación del MSP, declaraciones testimoniales en sede judicial y declaraciones de las indagadas.

14. **Calificación delictual (tipificación):** de acuerdo a los hechos reseñados y a lo que surge de las actuaciones realizadas, existen - a juicio de esta proveyente elementos de convicción suficientes para juzgar la ocurrencia de hechos que, prima facie y sin perjuicio de ulterioridades del proceso penal a valorarse en la sentencia definitiva; encuadran en la figura delictiva tipificada por el artículo 314 del Código Penal en la que las indagadas tuvieron presunta participación en calidad de autoras penalmente responsables. Considera esta sentenciante que dicha tipificación surge atento a que la muerte del recién nacido se produce por el actuar negligente, imprudente e imperito de las imputadas. Un hecho que, pudiendo ser previsto no lo fue, en este caso por negligencia, imprudencia e impericia.

15. **ANÁLISIS DE LA CONDUCTA DE LA DRA R.:** Primero debemos aclarar aquí que según la pericia realizada a fojas 232 por el Dr Justo Alonso Tellechea, Grado 5 de Ginecología de la Facultad de Medicina, Perito en Ginecología, el embarazo de la Sra R. debió ser catalogado como un embarazo de alto riesgo debido a que se trataba de una menor de 19 años que había comenzado a controlar tardíamente su embarazo. Sin embargo la Dra R. en su declaración ante esta sede a fojas 297 vuelto se refiere a este como un embarazo de “bajo riesgo”. Exactamente expresa “los embarazos de bajo riesgo como este los monitoreos no son recomendables”. Partiendo de este punto y según las diferentes pericias agregadas existió un mal diagnóstico del tipo de embarazo que la Sra R. venía cursando. No obstante ello manifiesta la propia ginecóloga que el control con especialista en ASSE de un embarazo de “bajo riesgo” es mensual. En la fecha 9

de agosto la embarazada se presente a la urgencia consultando por pérdida de líquidos y contracciones uterinas espaciadas. Según el Dictámen Pericial de la Junta Médica del ITF que obra a fojas 157 y ss en sus consideraciones médico legales de fojas 165 “debió realizarse un monitoreo electrónico fetal lo que habría permitido valorar el estado de bienestar fetal y el volumen de líquido amniótico”, “ello correspondía sobre todo teniendo en cuenta el motivo de la consulta y que la altura uterina era inferior a la comprobada en el control anterior de acuerdo a lo anotado en al ficha obstétrica”. En igual sentido se expresa la pericia realizada por el Dr Justo Alonso a fojas 235 al referirse a la consulta del 9 de agosto “ en esta consulta se descarta clínicamente la rotura prematura de membranas ovulares, sin reparar que la altura uterina registrada en ese momento (31cm) era menor a la máxima altura uterina registrada en el carnet perinatal que era de 33 cm a las 37 semanas el 16 de julio. Se debieron realizar más estudios para determinar la causa por la cual se verifica una disminución de la altura uterina, lo que no es normal y se puede asociar a una rotura prematura de membranas o a la disminución del volumen de liquido amniótico por alguna patología fetal”. Justamente la hipoxia del feto es una de las posibles causas de disminución del liquido amniótico. Agrega este perito Grado V en Ginecología “probablemente en el presente caso se presentó una hipoxia fetal en el último mes de gestación, lo que está apoyado por el hallazgo de un infarto en el estudio anatomo-patológico de la placenta. Esta probable hipoxia no fue diagnosticada por el equipo de salud hasta que la Sra R. ingresó el 14 de agosto”. Y si con dos pericias de esta índole no fuera suficiente, la pericia realizada por el D Gonzalo Giambruno, Profesor de Neonatología del Hospital de Clinicas, expresa a fojas 250 “ratifico y concuerdo con el informe pericial del ITF. Salvo a lo que se refiere a la atención del recién nacido fojas 168”. La Dra R. en su defensa alega que la diferencia de altura interina puede obedecer a que la misma fue medida por diferentes técnicos o profesionales. Si bien esto puede ser real también es cierto que la joven madre consultaba por dolores o pérdidas y que sumado a lo anterior y según las tres pericias antes mencionadas y analizados, debió hacer previsible la existencia de

sufrimiento fetal, por lo menos al punto de realizar estudios que arrojaran más luz a la situación. Respecto al día **14 de agosto** existe una discrepancia entre lo manifestado por la partera y lo que expresa la Dra R.. F. manifiesta que pocos minutos después de las 8 le informa a la ginecóloga R. que “la variabilidad no estaba bien a pesar de que había algunos movimientos y que los latidos estaban en una base de ciento cuarenta, no subía ni bajaba” y que la ginecóloga le expreso que debía ver otros pacientes antes (fojas 295). Sin embargo la Dra R. manifiesta a fojas 298 que a esa hora la partera solo le dijo que ingresó una embarazada de 41 semanas en pre parto y que “hacia las nueve de la mañana me informa que el registro es no reactivo, que procedió a romper membrana y el líquido amniótico es meconial espeso...”. Las declaraciones de la Dra R. coinciden en cuanto al horario con lo declarado por el ginecólogo de la guardia anterior Dr M. P. que expresa que fue llamado telefónicamente por la partera minutos después de las 8 hs pero que esta solo le dijo que había una paciente ingresada. Más allá de como haya sido la situación o la realidad en ese período de tiempo, lo cierto es que la cesárea comenzó francamente tarde. Según dictamen pericial de ITF a fojas 168 “la norma del MSP establece que cuando se decide que es necesaria la cesárea de urgencia, esta debería realizarse en no más de media hora”. En este caso, tomando como ciertos los dichos de R. se debió realizar entre 9 y 30 o 9 y 40 y en realidad comenzó a las 10:22 hs, es decir más de una hora después de realizado el diagnóstico de sospecha de hipoxia fetal. Lo dictaminado por la pericia antes mencionada coincide con lo manifestado por el Dr P. cuando expresa a fojas 316 vuelto “si se hubiera llamado antes a un ginecólogo o coordinar una operación antes, cabe la posibilidad que el niño viviera”. La defensa de la Dra R. expresa que existe discrepancia entre las pericias que surgen de autos y la investigación realizada en ASSE y que esta última no le adjudica responsabilidad. No obstante ello, es de destacar que las resultancias de la investigación en sede administrativa obviamente no vinculan la decisión judicial pero además las pericias realizadas en dicho expediente de ASSE no son pericias forenses con consideraciones médico legales como la que surge de la Junta Médica de ITF. Sumado a ello

podemos recordar que aparecen en autos tres pericias diferentes con las mismas conclusiones y solo una discrepancia en cuanto a la atención del recién nacido en una de ellas como ya se analizó en la presente. En este sentido el TAP de 1er turno en sentencia 350/2008 expreso: *“El hecho de que para decidir la causa el sentenciante se haya basado en las conclusiones de la Junta Médica del ITF no puede dar lugar a las críticas de la Defensa, que trata de desacreditar sus conclusiones, afirmando que la Sede obvió el examen de la restante prueba. Ello no sólo no es cierto (por lo antes señalado), sino que ha de tenerse en cuenta, como no parece haberlo sido en las recurrencias, que dicha Junta produjo la única prueba pericial obrante en autos, por lo que para apartarse de sus categóricas conclusiones (como lo son tanto en punto al error de diagnóstico como a la previsibilidad del resultado muerte), deben encontrarse motivos fundados: “Las conclusiones del perito serán obviamente más confiables cuando se vean armoniosamente corroboradas por el resto del material probatorio incorporado a la causa”*. Esto es lo que ocurre en autos, en cuanto las conclusiones médico legales de la pericia de ITF se corroboran con otras dos pericias así como con documentación agregada a la causa y declaraciones testimoniales como la del ginecólogo Pintos. También alega esta defensa que los informes periciales hablan de que “probablemente” ocurrió hipoxia en el último mes de embarazo y que ello denota una duda que debe favorecer a la indagada. En realidad entiende la suscrita que esa “probabilidad” es la que está indicando que ese hecho médico era “previsible” para el profesional, la previsibilidad (que al no producirse por negligencia, imprudencia o impericia) justamente requiere el tipo penal para que exista “culpa”. Según las pericias, con los debidos controles y con una conducta médica adecuada a la “lex artis” se podría haber prevenido el desenlace muerte.

16. **ANALISIS DE LA CONDUCTA DE LA PARTERA SRA F. :**

El 1 de agosto la Sra R. realiza una consulta por dolores en la que es atendida por la Sra F.. En la misma se hace un monitoreo fetal que según surge de la historia

clínica y de las pericias realizadas (fojas 232) es no reactivo. A pesar de ello se estampo en el registro como reactivo. En la pericia realizada por el Dr Justo Alonso se afirma que “este error de interpretación de este monitoreo se asocia al manejo de la situación clínica”. Se agrega en dicha pericia que la Sra R. presentaba elementos de alarma desde el 1 de agosto. Este NST no reactivo debió llevar – según las pericias – al equipo de salud, a realizar más estudios para determinar el estado del feto. Ello no fue realizado porque la partera informó erróneamente que ese NST era reactivo. En su declaración ante esta sede la Sra F. manifiesta a fojas 294 vuelto que el monitoreo de esa fecha fue reactivo y que realizó un registro de 36 a 40 minutos y agrega “lo que yo estuve viendo en el expediente falta todo el resto del registro, solo hay un pedazo de doce minutos”. A su respecto solo tenemos la palabra de la indagada ya que de ninguno de los registros surge que dicho estudio haya tenido la duración alegada por F. pasando a la fecha del 14 de agosto cuando la embarazada consulta en emergencia por dolores abdominales asociados a contracciones uterinas ingresando a las 5:40 horas. En ese momento debió convocarse a especialista (cosa que no se efectuó) según el protocolo de actuación del MSP que establece que toda embarazada que consulte en puerta debe ser vista por el médico de guardia en conjunto con la partera y que debe informarse al ginecólogo de guardia de retén que concurra al hospital (fojas 204). Concluye la pericia en análisis que “Probablemente esta omisión influyó en el mal resultado perinatal (muerte del recién nacido). Por otro lado el dictamen pericial de la Junta Médica de ITF señala en sus consideraciones médico legales a fojas 165 y ss respecto de la atención del día 1 de agosto que se debió realizar un monitoreo más extenso. En relación a la atención del día 14 de agosto que en el caso “debía haberse mantenido el monitoreo electrónico fetal en forma continua y realizado la rotura artificial de membrana desde el ingreso cuando ya había signos cardiotocográficos de sospecha de pérdida de bienestar fetal”. Se concluye en dicha pericia que “no se agotaron los recursos disponibles para la evaluación de la salud fetal” agregando que la atención del recién nacido, esto es, luego de la cesárea fue correcta. Recordamos que la pericia realizada por el

Profesor Gonzalo Giambruno ratifica y concuerda con el informe del ITF salvo en lo que refiere a la atención del recién nacido. La defensa de la Sra F. funda en gran parte en la atención del recién nacido y en el traslado subsiguiente afirmando que la muerte del recién nacido se debió a varios factores no siendo determinante la actuación de la partera por lo que no existió nexo causal.

17. **NEXO CAUSAL:** al ingresar al análisis del nexo causal es importante destacar que cuando se adoptan todas las precauciones y medidas correspondientes e indicadas por la *lex artis* no puede haber reprochabilidad desde el punto de vista penal. No fue ello lo que ocurrió en la sub lite como se desprende de la prueba antes analizada, en la cual ha quedado claro que si las profesionales actuantes hubieran adoptado las previsiones necesarias, seguramente el resultado muerte no se hubiera producido. A los efectos de ilustrar sobre el concepto del elemento nexo causal y en consideraciones totalmente aplicables al caso de autos podemos citar la sentencia del 350/2008 TAP 1 cuando expresa “*Los Sres. Defensores cuestionan principalmente la existencia de nexo causal entre el error de diagnóstico y tratamiento subsiguiente (culpa médica que tampoco admiten, pese a la "masa de pruebas" que lo apuntalan en los términos relevados ut supra).*”

*Es cierto que el médico asume una obligación de medios y no de resultado, pero debe proporcionar los cuidados conducentes al logro de la curación o a evitar el agravamiento de la dolencia por la que se le consulta. Independientemente que no pueda asegurarse el éxito de una actividad (en el caso, la Medicina), la *lex artis* es su desarrollo conforme a las pautas y reglas que natural y armoniosamente derivan del estado de conocimiento actual en que se basa”. Agrega la misma sentencia “Entonces, se trata de un delito de comisión por omisión, al dejar de realizar actos indispensables que bien pudieron salvar la vida de FF. (el subrayado es nuestro). Con el criterio de infalibilidad exigido en los recursos para esa conclusión o ese pronóstico, la responsabilidad penal médica se circunscribiría a supuestos de exactitud científica que por obvias*

razones reclaman los propios médicos, pero no la responsabilidad médica ni su prueba legal: “El vínculo causal existe cuando han mediado actos positivos o negativos del médico, que provocaron daños al paciente. Incluido en este concepto está, también, el supuesto de que la omisión del profesional o la no aplicación del tratamiento debido prive al enfermo de su posibilidad de curación.... El acto imprudente y necesariamente causal, según la exigencia de la ley penal, no ha de apartarse en grado manifiesto de una regla áurea del derecho civil, que se expresa en los siguientes términos: "cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulta de las consecuencias posibles de los hechos"... En otras palabras, donde se han adoptado todas las precauciones, no se puede reprochar penalmente negligencia, no obstante el resultado dañoso" (López Bolado, ob. cit., pp. 97-98)”.

18. Así las cosas, se dan en el caso las previsiones del artículo 18 para que se configure un presunto delito culposo siendo que en el caso el desenlace, en principio previsible (lo que ha quedado más que claro de los informes periciales realizados), no lo fue por negligencia, imprudencia e impericia. Entiende la doctrina que la imprudencia es la conducta de quien actúa con ligereza y descuido en su proceder. La impericia la podemos definir como la falta de aptitud en una profesión o la carencia en dicha aptitud profesional. En conceptos que se comparten por la suscrita, la SCJ en sentencia 558/2016 expresó: “Al respecto, el prestigioso penalista español, Francisco Muñoz Conde, ha señalado: “(...) lo esencial del tipo del injusto del delito imprudente no es la simple causación de un resultado, sino la forma en que se realiza la acción. Y, en este último aspecto, el elemento calificador a tener en cuenta es el del deber objetivo de cuidado, que ya en 1930 el penalista alemán Engisch destacaba, expresando que entre la pura conexión causal de la acción imprudente y la culpabilidad (elementos que eran los únicos que se exigían entonces) había un tercer elemento importantísimo, sin el cual no podría fundamentarse el tipo del injusto de delito imprudente: el deber de cuidado

objetivo. Lo anterior nos lleva de la mano a la afirmación de que el núcleo del tipo de injusto de este tipo de delitos (imprudentes) se nutre de la divergencia entre la acción realizada y la que debería haber sido realizada en virtud del deber de cuidado que, objetivamente, era necesario observar por el agente” (“Teoría General de Delito”, pág. 53, citado por el Sr. Fiscal de Corte a fs. 312-312vto.)”.

19. Valorando el cúmulo probatorio de acuerdo con las reglas de la sana crítica de acuerdo a lo preceptuado por el artículo 174 del CPP/80 en aplicación de estas reglas de la lógica, la experiencia y el sentido común es que esta proveyente no puede más que concluir que existe semiplena prueba (grado requerido en esta oportunidad procesal) de que las imputadas realizaron una conducta penalmente reprochable.
20. No habiéndose solicitado medidas cautelares por la Fiscalía, titular de la acción penal, criterio compartido por la suscrita atento a que las imputadas no cuentan con antecedentes judiciales, en virtud de lo dispuesto en la ley 17726 y fundamentalmente teniendo en cuenta que nada obstará que continúe el proceso en forma, no existiendo riesgos procesales a relevar, es que se dispondrá el procesamiento sin prisión.
21. Finalmente esta magistrada no puede más que citar y hacer suyas las palabras del Dr. Julio Olivera Negrín plasmadas en un caso de homicidio culposo imputado a un profesional de la salud, en auto de procesamiento del 27 de abril de 2007, por considerarse trasladables al presente y por demás contundentes *“Uno se rebela cuando en casos como éste, se priorizan cuestiones propias de un ordenamiento burocrático de distribución de tareas que hace, que cada una de éstas aparezcan como “compartimentos estancos” y en los que cada uno de los partícipes se limita a lo suyo, olvidándose de lo fundamental que es en definitiva la vida de ese ser humano que inerme y confiado, se entrega a las manos de los galenos”.*

22. Fundamentos de Derecho

En mérito a los fundamentos expresados y en virtud de lo dispuesto por los Arts.7, 12 , 15 y 16 de la Constitución de la República y artículos 113,114,125 y 127 del Código de Proceso Penal y artículos 18, 60 y 314 del Código Penal,

RESUELVE

1º) Iniciación de sumario penal disponiéndose el procesamiento sin prisión de la imputada J. F. por la presunta comisión como autora penalmente responsable de un delito de HOMICIDIO CULPABLE (artículos 18 Y 314 del Código Penal).

2º) Iniciación de sumario penal disponiéndose el procesamiento sin prisión de S. R. como imputada por la presunta comisión como autora penalmente responsable por un delito de HOMICIDIO CULPABLE (artículos 18 y 314 del Código Penal).

3º) Póngase las constancias de estilo de encontrarse las prevenidas a disposición de la Sede.

5º) Solicítense y agréguese los antecedentes policiales y judiciales y los informes complementarios que fueren menester.

6º) Ténganse por incorporadas al sumario las precedentes actuaciones, con noticia de las Defensas y del Ministerio Público.

7º) Ténganse por designados y por aceptados como defensores de particular confianza.

8º) Solicítese al ITF la planilla de antecedentes por las encausadas, oficiándose.

9º) Relacionese si correspondiere.

10º) Cítese a los testigos de conducta que proponga la defensa en el término legal de 30 días.

11) Cumplido lo anterior y atento a la prueba solicitada por la defensa pasen en vista fiscal.

Dra. Maria Elbia MERLO CABRERA

Juez Letrado