

CAUSA N° 1.795. "SEGALES SALVADOR, Julio Rafael/ GAMIETEA, Pablo
sebastián s/ Homicidio Culposo" **Caso de paciente con Acretismo
Placentario.-**

///rón, 23 de septiembre de 2.014.-

AUTOS Y VISTOS:

Para dictar veredicto, en la presente causa n° **1.795**, perteneciente al Registro de 1 del Departamento Judicial Morón (Carpeta de Causa n° 18.551 del Juzgado de Garantías n° 3 Departamental; I.P.P. n° 10-00-376683-07 de la Unidad Funcional de Investigaciones y Juicio n° 3 de la Fiscalía General Departamental), seguida a **PABLO SEBASTIAN GAMIETEA**, sin apodos; de 41 años de edad; de nacionalidad argentina; nacido el 18 de septiembre de 1.973 en la localidad y partido de Morón, provincia de Buenos Aires; de estado civil soltero; médico tocoginecólogo y obstetra; titular del D.N.I. n° 23.175.945; con domicilio en la calle Las Flores n° 972, Depto. 5 de la localidad de Haedo, partido de Morón, provincia de Buenos Aires; instruido; hijo de Sebastián Luís y de Norma Beatriz Colombo; con prontuario n° 1.342.156 de la Sección A.P. de la Dirección de Antecedentes del Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires; y a **JULIO RAFAEL SEGALES SALVADOR**; sin apodos; de 53 años de edad; naturalizado argentino; nacido el 30 de octubre de 1.960 en la ciudad de La Paz, República de Bolivia; de estado civil casado; médico ginecólogo, obstetra y de terapia intensiva; titular del D.N.I. n° 19.000.247; con domicilio en la calle Artigas n° 1.127 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; instruido; hijo de Rafael y de Berta Salvador; con prontuario n° 1.342.706 de la Sección A.P. de la Dirección de Antecedentes del Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires; ambos acusados como coautores penalmente responsables del delito de **Homicidio culposo (art. 84 del Código Penal) .-**

Rige el art. 380 del C.P.P.P.B.A.-

Y RESULTANDO:

Que en virtud de haberse celebrado el correspondiente debate oral y público, en el que se han producido las pruebas ofrecidas por las partes, y habiendo pasado el suscripto a deliberar en sesión secreta con la única asistencia de la señora Secretaria de este Órgano Judicial, corresponde que de seguido me introduzca en el tratamiento de las cuestiones contenidas en el artículo 371 del Código Ritual.-

a) La señora Fiscal de Juicio **-doctora Carolina María Rodríguez-** solicitó al momento de alegar (art. 368 del C.P.P.) el dictado de un veredicto condenatorio respecto de **Pablo Sebastián Gamietea** y de **Julio Rafael Segales Salvador** en orden al delito de **Homicidio culposo** (previsto y reprimido por el art. 84 del Código Penal), y que en consecuencia, al dictar sentencia, se les imponga a los nombrados las penas conjuntas de ***tres (3) años de prisión de ejecución condicional, y seis (6) años de inhabilitación especial para ejercer la medicina, con más las costas 1º del artículo 27 bis del Código Penal, estas últimas por el termino de tres (3) años,*** por considerarlos coautores penalmente responsables del delito premencionado.-

Para fundar su petición, la señora Fiscal dijo haber tenido en cuenta la inexistencia de circunstancias eximentes. Como factor agravante ponderó la enorme magnitud del injusto, ya que la víctima resultó ser una mujer joven y madre de tres hijos. En tanto que, como atenuantes en común para ambos causantes, valoró la ausencia de antecedentes penales y de sanciones o procesos en curso ante los respectivos Colegios Médicos en que se encuentran matriculados.-

b) Seguidamente, el **doctor Rafael María Mathé Mat. (Tº VII Fº 525 C.A.M.)**, en su carácter de letrado patrocinante de los **particulares damnificados Juan Carlos Romito, Zulema Beatriz Rigo** -padres de la occisa- y **Pedro Javier Delgadillo** -exconcubino de la víctima, en representación de las hijas menores de edad **Valentina Ailén y Carla Sofía Delgadillo-**, adhirió al reclamo

condenatorio impetrado por el Ministerio Público en orden a idéntica conducta delictiva, que reprochó a los mencionados enjuiciados a título de coautores (arts. 45 y 84 del C.P.), y solicitó la imposición a cada uno de los nombrados de las penas conjuntas de cuatro **(4) años de prisión de efectivo cumplimiento e inhabilitación especial para ejercer la medicina por el término de diez (10) años**, sin expedirse respecto de las costas procesales.-

c) A su turno, el señor co-defensor de **Pablo Sebastián Gamietea** que asistió a la última jornada del juicio, **-doctor José, Luis Puricelli (T° XXI F° 288 C.A.S.I.)**- al hacer uso de la palabra en la oportunidad del alegato final, luego de desarrollar una extensa crítica sobre cada uno de los elementos de cargo valorados por las partes acusadoras, finalizó sosteniendo que su asistido llevó a cabo conductas médicas acordes con las reglas del arte de curar, sin perjuicio de lo cual se produjo un desenlace "desgraciado, inesperado e imprevisible" que de ningún modo puede atribuírsele a aquél desde la óptica de la responsabilidad penal, ante lo cual abogó por la **libre absolución** del imputado de mención.-

d) Finalmente, el **doctor Daniel Andrés Corniola (T° XII F° 193 C.A.L.Z.)**, en su carácter de defensor particular de **Julio Rafael Segales Salvador**, sostuvo que la Fiscalía no ha logrado demostrar -con el índice necesario de certeza requerido para este estadio procesal- que su defendido haya actuado con impericia, imprudencia o negligencia, ni que su intervención médica haya sido la causa directa de la muerte de la víctima, razones por las cuales -y aún por el beneficio de la duda que consagra el art. 1° del C.P.P.-, reclamó la **libre absolución** de su cliente.-

Sentado todo lo que precede, de seguido incursionaré, en el análisis de cada uno de los puntos consignados en la norma procesal prevista en el artículo 371 del Rito.-

Y CONSIDERANDO:

PRIMERO: "LA EXISTENCIA DEL HECHO ATRIBUIDO EN SU EXTERIORIZACION MATERIAL Y LA PARTICIPACION EN EL MISMO DE LOS ACUSADOS PABLO SEBASTIAN GAMIETEA Y JULIO RAFAEL SEGALES SALVADOR".-

1.- La primer noticia que se obtuvo acerca de lo ocurrido fue la suministrada por el padre de la víctima en ocasión de radicar su denuncia ante la U.F.I.J. n° 3 Departamental (obranste a fs. 1 y vta. e incorporada por lectura al debate).-

En efecto, siendo las 10:30 horas del día 17 de octubre de 2.007, el señor **Juan Carlos Romito** puso en conocimiento de las autoridades judiciales que el día anterior -es decir, el 16/10/07- su hija **Carla Romito** había sido internada en la Clínica Tachella de la localidad de Haedo por cursar un embarazo a término. Que allí le iban a practicar una cesárea porque sus dos hijos anteriores habían nacido así. Que el deponente recibió un llamado a la 01:00 hora del día 17, por el cual le avisaban que la criatura había nacido bien, pero que su hija había sido trasladada a terapia intensiva. Ante ello, el denunciante se dirigió a la clínica donde pudo ver a **Carla** en una cama de la sala de cuidados intensivos, encontrando a la misma inconsciente o dormida por fármacos, con respiración artificial y muy hinchada. Que luego, el denunciante se retiró siendo aproximadamente las 03:00 horas, recibiendo otra llamada telefónica a las 07:00 horas, momento en el que le informaron que **Carla** había fallecido, sin poder recordar -al momento de la denuncia- cuál era el motivo del deceso ni el nombre del médico interviniente, ya que en ese momento se encontraba en un estado de conmoción.-

Fue con dicha plataforma que se inició la dilatada Investigación Penal Preparatoria que finalmente desembocó en la realización del juicio oral y público que se desarrolló durante los días 25, 26 y 27 de agosto del corriente año, en el marco del cual se produjeron en forma exhaustiva la totalidad de las pruebas que las partes ofrecieron.-

Allí, quien inauguró la lista de testigos fue precisamente el propio **Juan Carlos Romito**, reiterando ante el pleno -pese al tiempo transcurrido, y con el evidente y lógico dolor de un padre que perdió a una hija- aquellos pocos conceptos que expresara en su delación, reclamando Justicia e invitando a que todos los pormenores le fueran preguntados a la madre de **Carla**.-

2.- Así fue como la Fiscalía seguidamente llamó a declarar a la señora **Beatriz Zulema Rigo**, quien comenzó expresando que su hija **Carla Natalia Romito** había cursado normalmente su embarazo, y que el médico tratante llamado **Gamietea** había programado su cesárea para el día 16 de octubre de 2.007 en la Clínica Tachella de Haedo.-

Que esa tarde la deponente llegó al sanatorio a las 15:00 horas -cuando **Carla** ya estaba internada-, enterándose luego que a las 19:40 horas se había producido el nacimiento de su nieta **Carla Sofía** que se encontraba con buen estado de salud neonatal. Pero sin embargo, el obstetra **Gamietea** en un momento determinado salió a la sala de espera y les contó a la dicente y a su grupo familiar que la parturienta no estaba bien, y que necesitaban sangre para transfundirla. Que mas tarde, aproximadamente a la medianoche, su hija fue llevada a terapia intensiva, siendo informada por el médico mencionado que "...era solo para revisarla, y que a la mañana siguiente iba a ser pasada a una sala común..." (sic).-

Que siendo alrededor de las 02:00 horas, **Gamietea** salió y anunció que se iba a su casa, no obstante lo cual avisó que ya habían pedido la sangre y el plasma para la transfusión.-

Posteriormente, cuando ya eran casi las 03:00 horas, el médico de la U.T.I. (Unidad de Terapia Intensiva) salió y les dijo que **Carla** estaba realmente muy mal, y que en ningún momento había llegado la sangre requerida. Tras ello retornó **Gamietea**, quien ingresó a la U.T.I. y dialogó con su médico encargado, escuchando

la deponente a través de la puerta que entre ambos conversaban acerca de que no habían recibido el material para la transfusión.-

Entonces, y debido a la confusión reinante, la compareciente decidió llamar a una médica conocida y de su confianza **-la Dra. Patricia Figueras-**, quien le prometió concurrir en horas de la mañana para ver a **Carla**, presencia que en definitiva no llegó a concretarse en virtud de que ésta finalmente falleció a las 06:10 horas de esa misma madrugada.-

Preguntada que fue la señora **Rigo** acerca de los antecedentes gestacionales de su hija, respondió que **Carla** tuvo tres embarazos previos. El primero finalizó en 1.999 con un parto normal, naciendo su primer nieto **Nahuel Ignacio**. El segundo fue por el año 2.002 aproximadamente, tratándose de un feto del sexo femenino que nació sin vida- "...falleció en la panza por muerte súbita..." (sic)-. Y el tercero fue el de su nieta **Valentina Ailén** -de actuales 8 años de edad- quien nació por cesárea. Que durante los nueve meses del último embarazo -es decir, del desencadenante de los hechos que nos ocupan- su hija siempre estuvo acompañada por su concubino de apellido **Delgadillo**, pero que la deponente estaba al tanto de todo. Que no recordaba desde que semana, pero que fue el **Dr. Gamietea** el obstetra que asistió a **Carla** durante su último embarazo, teniendo conocimiento que se hicieron controles todas las semanas, y que sólo al final su hija tuvo que hacer reposo.-

Retomando el hilo de lo sucedido el día de los hechos, **Beatriz Rigo** dijo que **Carla** se internó a las 09:00 horas en la Clínica Tachella, y que ella llegó recién a las 15:00 porque ese era el horario fijado para la cesárea programada. Pero que la operación comenzó recién a las 19:00 horas "...porque Gamietea tenía que atender a otras pacientes..." (sic). Puntualizó que tenía conocimiento que el parto se haría por cesárea, ya que existía el diagnóstico de **"placenta previa"**.-

Que el obstetra que atendió a **Carla** (es decir, **Gamietea**) no ordenó ningún estudio especial previo al parto, mas que las

ecografías. Que su hija y su pareja eligieron a la Clínica Tachella porque era la que estaba cubierta por la obra social de **Delgadillo** que quedaba mas cercana tanto de su domicilio como al de la dicente, asegurando que en ningún momento **Gamietea** les sugirió buscar otro centro médico de mayor complejidad (como, por el ejemplo, los hospitales Posadas o de Haedo, u otra clínica privada).-

Siguiendo con su prolongado discurso testifical, la señora **Beatriz Zulema Rigo** manifestó que recién alrededor de las 23:00 horas el **Dr. Gamietea** -junto con otra médica- salieron y les explicaron que, como **Carla** tenía la placenta muy pegada, habían tenido que extirpársela junto con el útero, maniobra que generó un corte en la vejiga, debiendo intervenir otro médico especialista para tratar este órgano. Pero que, no obstante todo ello, **Carla** "...estaba bien y, cuando terminaran, la llevarían a terapia...", sector adonde finalmente la trasladaron entubada, cerca de la medianoche. Que **Gamietea** además les pidió dadores de sangre, "...pero ninguno de nosotros podía donar ya que estábamos tomando medicamentos. Pero no nos dijo que buscáramos por otro lado..."(sic), tras lo cual anunció que se retiraba a su domicilio, sin mostrar signos de preocupación.-

Asimismo, **Rigo** expreso que desde que su hija entró a U.T.I. el único contacto que tuvieron con el médico a cargo de esta sala fue alrededor de las 03:00 horas, ocasión en la que les anunció que **Carla** no estaba bien. Que este aviso le generó a la deponente un estado de exasperación que la llevó a tomar al profesional de las solapas para exigirle que entonces "hiciera algo". Describió al galeno como un sujeto petiso, morocho y de pelo negro, señalando al **Dr. Julio Rafael Segales Salvador**, quien al momento de recibirse este testimonio se hallaba sentado en la sala, en el banquillo de los acusados.-

Finalmente, la señora **Beatriz Rigo** agregó que ella también tuvo la oportunidad de ingresar a la U.T.I. para ver a su hija **Carla**, notando que tenía muchos aparatos a su alrededor, estaba

entubada, muy fría, dormida y con la cara hinchada. Que luego siguieron esperando en la antesala hasta que, siendo aproximadamente las 06:00 horas, el médico terapeuta salió y les anunció el fallecimiento.-

3.- A su turno compareció a declarar el señor **Pedro Javier Delgadillo** -concubino de quien fuera en vida **Carla Romito**-, resultando conteste con su exsuegra en todo lo relacionado con el curso del embarazo; con la decisión de escoger al médico obstetra **Gamietea** y a la Clínica Tachella (por tener cobertura de su obra social "O.S.A.L.A.R.A." de los trabajadores de juegos de azar); y con todos los acontecimientos que tuvieron que vivir durante el desarrollo de la cesárea.-

Fue aún más categórico que la madre de la víctima en lo que respecta al diagnóstico anterior de su mujer, puesto que además de la "placenta previa" los estudios habían revelado la existencia de un hematoma en el útero que, según dijo, "...no crecía, pero tampoco se achicaba..."(sic).-

En su relato, **Delgadillo** además explicó que siendo alrededor de las 23:00 horas de aquel día 16 de octubre de 2.007, mientras se hallaba en la sala de espera junto con los demás familiares de **Carla**, se les presentó una mujer -creyendo recordar que era la directora de la clínica-, quien los hizo ingresar a un recinto en el que se encontraba **Gamietea**, sitio en el que les mostraron el útero y la placenta que habían extirpado, informándoles que, como se había lesionado la vejiga de la paciente, se estaba realizando otra cirugía para reconstruirla. Que una hora después, es decir aproximadamente a la medianoche, **Carla** fue llevada a la U.T.I., viéndola un rato después "...toda hinchada, casi irreconocible..." (sic).-

Que a cargo de terapia intensiva se encontraba un médico súmamente nervioso -señalando a **Segales Salvador** en la Sala de Audiencias-, quien al principio les decía que "estaba todo bien", pero que ellos se daban cuenta de que eso no era cierto. Que siendo alrededor de la 01:00 hora **Gamietea** se retiró del

sanatorio, anunciándoles que a la mañana siguiente **Carla** iba a ser pasada a una sala común. Pero sin embargo, a medida que pasaban las horas, la situación se torno cada vez más compleja, hasta que cuando eran las 04:30 ó 05:00 horas, **Segales** salió y le dijo a la señora **Rigo**: "...no te puedo mentir, la paciente esta mal..."(sic). Luego, fue evidente que llamaron de urgencia a **Gamietea**, quien ni bien regresó a la clínica "nervioso y exaltado" (sic) ingresó directamente a la U.T.I., escuchando el declarante que ahí se produjo un diálogo con el médico de terapia quien le contó que no había llegado ni la sangre ni el plasma para la transfusión, recibiendo finalmente a eso de las 06:00 horas la desgraciada noticia del fallecimiento de su concubina.-

Respondiendo a la batería de preguntas que sucesivamente le fueron formulando las partes litigantes, **Pedro Delgadillo** aseguró que **Gamietea** comenzó a atender a **Carla** aproximadamente tres meses antes de que naciera **Sofía**. Que el profesional de mención es un ginecólogo y obstetra que les inspiro confianza. Que el declarante acompaño siempre a su mujer en los estudios previos, aclarando que **solo se le hicieron ecografías** (alrededor de seis), de las que emergió el diagnóstico de "**placenta previa**", además del referido hematoma. Pero también aseguró que **a Gamietea lo habían puesto en conocimiento de los partos anteriores de Carla, aclarándole que había perdido una bebé, y que su última hija -Valentina- había nacido por cesárea en el año 2.006, es decir un año antes del hecho aquí investigado.** Que por ello fue que **Gamietea** prescribió el "reposo absoluto" que **Carla** cumplió a rajatablas. Que no obstante esto último, el médico en cuestión **nunca les explicó cuales eran los riesgos que implicaba una placenta previa, ni dispuso la realización de ningún otro estudio más exhaustivo de diagnóstico por imágenes,** limitándose a decirles que el parto se haría por "cesárea programada". **Que tampoco les informó que la Clínica Tachella no era el lugar adecuado para realizar esa cesárea riesgosa.-**

Por último, agregó que la internación en esa clínica se concretó alrededor de las 11:00 horas del día 16/10/07, presentándose **Carla** en ayunas, tal como **Gamietea** le había indicado. Pero que recién fue llevada al quirófano a las 19:00 horas, siendo que durante ese ínterin fue evaluada sólo una vez por **Gamietea**.-

4.-Las versiones precedentemente reseñadas contribuyen para la acreditación del primer elemento típico que aquí se debe contemplar, es decir el relacionado con el **RESULTADO MORTAL DEL ACONTECIMIENTO HISTORICO EN JUZGAMIENTO**.-

Pero lo dicho no es todo, ya que sobre esta cuestión también confluyen los siguientes rudimentos incorporados por lectura y que integran el plexo probatorio, a saber:

a) Las constancias obrantes en la Historia Clínica n° 232936 de la "Clínica Privada Dres. Marcelo S. Tachella S.A." -cuyas copias certificadas corren por cuerda floja-, de las que en este punto destaco el asiento correspondiente al día 17 de octubre de 2.007, a las 06:10 horas (fs. 17), mediante el cual el **Dr. Rafael Segales** consignó que **Carla Natalia Romito** padeció: "...paro cardio respiratorio. Se realizan maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada durante 30 minutos, sin resultado positivo, por lo que se asiste a su óbito. Se comunica a familiares..." (sic).-

b) El dictamen pericial de necropsia de fs.11/14, efectuado por el **Dr. Alejandro Félix Rullán Corna** -médico de policía- el mismo día de ocurrido el deceso (17/10/07), por medio del cual consideró que el cadáver de la víctima presentaba al momento de la experticia: "...1) Venopunturas en pliegues de codo y dorso de muñeca derecha; 2) Incisión quirúrgica pelviana anterior, similar a las utilizadas para efectuar operación cesárea; 3) Drenajes postquirúrgicos en pelvis e intravesical, a manera de talla de la vejiga; 4) Ausencia de útero (histerectomía) con muñón vaginal; 5) Sutura en la vejiga cara anterior y posterior, la anterior se encuentra reforzada con pared muscular del recto anterior del

abdomen. El cadáver se acompaña del útero histerectomizado y la placenta perteneciente al mismo. El útero se encuentra aumentado de tamaño, situación similar a lo observado en úteros puerperales. La placenta posee porción correspondiente de cordón umbilical y se presenta con desgarros e incompleta en cuanto a sus cotiledones, **con imagen macroscópica compatible a placenta ácreta (placenta que invade el miometrio)...**", agregando a renglón seguido: **"...Considero que se trata de un posquirúrgico inmediato de operación cesárea, en el cual se presentaron complicaciones que pueden estar representadas por la existencia de placenta ácreta que es un tipo de placenta que invade el miometrio del útero y provoca sangrados voluminosos e incohercibles, lo que obliga a extirpar el útero, cirugía denominada histerectomía...Del estudio tanatológico del cadáver con los signos descriptos se puede inferir que se trata de una cesárea complicada que lleva a desequilibrio hemodinámico seguido de shock, que lleva a la insuficiencia cardíaca aguda, que al no poder ser compensada se produce la muerte...";** concluyendo que la muerte de **Carla Natalia Romito** "...fue producto de paro cardiorespiratorio no traumático, consecuente a insuficiencia cardíaca aguda..."-.

Vale añadir que estas conclusiones fueron suficientemente ratificadas por el médico forense de mención, en la ocasión en que el mismo fue llamado a declarar testimonialmente durante el juicio oral.-

c.- El informe pericial histopatológico corriente a fs. 27/28 -suscripto por la capitán (prof.) **Dra. Claudia Marion Delgiorgio**, e incorporado al debate por su lectura tras la ratificación testimonial que la nombrada hizo del mismo-, del que surge que la placenta y el útero que le fueron enviados por el autopsista para su estudio, la llevaron a concluir que el cuadro resultó "compatible con útero gestante con infartos placentarios múltiples e introducción del tejido placentario en el espesor del miometrio, **compatible con placenta ácreta** y trombo vascular"-.-

5.- Acerca de lo ocurrido en forma previa a la cesárea a la que fue sometida **Carla Natalia Romito**, resultan bastante ilustrativas las ecografías de la Historia Clínica (fs. 26/27) y la ratificación que de las mismas dio en el juicio quien tuvo ocasión de realizarlas, es decir la **Dra. Ana Maria Valerio**.-

De dichos estudios se desprende que, efectivamente, a las semanas 34,6 y 35, la paciente presentaba "**placenta anterior, previa parcial**", y una "**imagen retroplacentaria con pequeño hematoma**".-

6.- Sentado todo cuanto precede, corresponde que a continuación me introduzca en el examen de los aspectos que conforman el disvalor de las acciones u omisiones respectivamente verificadas en cabeza de los profesionales de la medicina intervinientes en el hecho, anticipando que las razones que acto seguido desarrollaré me conducen a concluir acerca de la **NEGLIGENCIA** de ambos acusados quienes, con su obrar, infringieron el **DEBER OBJETIVO DE CUIDADO** que les era exigible.-

Para cumplir con la misión propuesta y para dotar a este trabajo de la mayor claridad posible en pos de facilitar la eventual tarea del tribunal revisor, asegurando los principios del "doble conforme", la "revisión plena" y la "máxima capacidad de rendimiento", aunque pueda resultar tedioso para el lector, es menester plasmar un pormenorizado desarrollo de los informes periciales y de las declaraciones testimoniales que los múltiples galenos convocados al juicio han entregado en sus respectivos roles de peritos oficiales o de parte, o -como en el caso de la **Dra. Patricia Graciela Figueras**- en su condición de allegada a la familia de la víctima.-

Veamos.-

7.- Principiaré con la mencionada **Dra. Figueras** quien, por no contar con matrícula provincial, no pudo ejercer en forma efectiva el cargo de perito del Particular Damnificado que le fuera conferido (ver constancia obrante a fs. 78 de este expediente).-

No obstante ello, al prestar declaración testifical en el debate, comenzó confirmando lo expresado por la señora **Beatriz Zulema Rigo** -su expaciente-, en el sentido de que a la medianoche del 16/10/07 recibió una llamada telefónica de ésta última, en la que le contaba lo que le estaba ocurriendo a su hija **Carla Romito**. Que la deponente se comprometió a concurrir a la clínica a la mañana siguiente, pero la circunstancia de la muerte de **Carla** tornó infructuosa dicha presencia. Sin embargo, poco tiempo después, tuvo la posibilidad de analizar una copia de la historia clínica que le fue alcanzada por la señora **Rigo**, llegando a deducir tras su lectura que hubo una omisión en el seguimiento del obstetra (Gamietea), ya que éste no diagnosticó que su paciente haya sido portadora de una placenta ácreta. Que para ello era necesario realizar otros estudios complementarios. Que lo que si llegó a diagnosticar el ahora acusado fue la existencia de una "placenta previa", destacando que en las ecografías además se veía un hematoma retroplacentario que indicaba la posibilidad de un acretismo.-

Que los referidos estudios complementarios omitidos eran un eco doppler y/o una resonancia magnética, los cuales hubiesen permitido obtener en forma previa la certeza de acretismo, para de tal forma programar la futura cesárea de manera distinta, es decir con un equipo multidisciplinario más efectivo para atender la posible urgencia que se iba a presentar. Que lo dicho la llevó a afirmar que **"no se hizo la prevención necesaria"**, conclusión que comparto y que iré, desarrollando en los párrafos subsiguientes.-

Por otra parte, la **Dra. Patricia Figueras** manifestó que en la historia clínica existen muchas alteraciones. Por ejemplo: la anestesia peridural se aplicó a las 19:15 hs., el nacimiento fue a las 19:40, y cinco minutos después aparece en el protocolo anestésico un descenso de la presión de la paciente, siendo que la sangre recién se pidió a las 21:00 horas.-

Además sostuvo que **Gamietea** advirtió hemorragia en napa (sangrado profuso) y se encontró con el acretismo placentario, lo que sumado al corte producido en la vejiga, la llevó a concluir que el nombrado realizó una maniobra forzada al tratar de sacar la placenta, lo que generó un desgarró de los tejidos uterinos que ocasionó el comienzo del sangrado a las 19:45 horas.-

Explicó que el "alumbramiento" es la acción de sacar la placenta. Y que en ese momento fue que se produjo el desgarró y comenzó a sangrar. Que todo se hubiera podido prever si se hacía un diagnóstico previo de acretismo placentario, ya que éste se traduce en una hemorragia. Y agregó: "...Si se hubiera previsto, **Carla** no estaría muerta..."-.

Y continuó expresando: "...Hay una alteración en las anotaciones de la historia clínica muy llamativa que no coinciden con los sucesos médicos que un profesional sabe que deben ocurrir. Cuando la U.T.I. recibió a Romito tenía presión indetectable y así y todo no hay pedido de sangre.... Era una paciente de una gravedad inusitada. Esa urgencia no se atendió desde ningún lado....No se tendría que haber hecho el alumbramiento como se hizo, sino que habría que haberse extirpado el útero junto con la placenta para evitar totalmente la hemorragia, o de lo contrario prever esa urgencia -que se sabía que se podía presentar- con un equipo multidisciplinario que estuviera capacitado para eso, incluso con el tema de la sangre que es fundamental reponerla, por que el acretismo placentario va a dar hemorragia ya que es la infiltración del tejido placentario dentro del útero. Eso quiere decir que cuando se saca la placenta se desgarró el útero. Eso es típico de la patología....En la Historia Clínica dice que a las 21:00 hs. piden sangre y ahí recién empieza a actuar el, Dr. Rodríguez que fue el urólogo que suturó la vejiga desgarrada. Esto hizo que en realidad un acto quirúrgico que debía ser de una hora, se

transformara en una operación que comenzó a las 19:20 mas o menos, y terminó a las 23:50..."-.

En otro pasaje de su relato, manifestó: "...Por otro lado hay una anotación en la historia clínica que es muy llamativa porque **Gamietea** dice que a las 23:40 ya está en el post-operatorio inmediato y que piden el pase a UTI a las 23:50, y el anestesiólogo dejó de evolucionar a las 23:00 horas, con lo cual esa historia clínica esta realmente alterada o verdaderamente se actuó con una imprudencia en las anotaciones que es llamativa....Teóricamente el anestesiólogo terminó de evolucionarla a las 23:00 hs.; a las 23:50 terminó la cirugía; y a las 23:40 **Gamietea** anotó que ya se terminó y que pasa a UTI. O sea que hay un descontrol en la HC para tomarla como fidedigna, porque es una HC que no coincide con los sucesos médicos que uno sabe que tienen que ocurrir..."-.

Seguidamente agregó: "...Por otro lado se hizo la reposición, o sea que cuando teóricamente salió del quirófano el único control de presión fue el del anestesiólogo, con lo cual el último control que existe asentado es el de las 23:00 hs., o sea que nadie le controló la presión. El anestesiólogo no se puede ir antes porque es el encargado de manejar la recuperación anestésica...Entonces: a las 23:00 terminó el anestesiólogo, la UTI la recibe a las 00:00 horas, y en ese momento tenía presión arterial indetectable. Eso significa que le ponían el tensiómetro y no se registraba nada, ni máxima ni mínima, ni nada. **Segales la recibió a las 00:00 horas y anotó que tenia presión indetectable, pero así y todo no hay registro de pedido de sangre en ese momento,** o sea que **Carla** seguía sangrando en realidad, porque alrededor de las 03:00 horas hay constancias de que hubo debito hemático, o sea que salía sangre... y que además tenia sangre en un lugar de la panza que se llama "Saco de Douglas". Esto quiere decir que seguía sangrando... No solo no se reponía, sino que seguía sangrando. Entonces, a las 00:00 hs. hay presión irregistrable; a la 01:00 hs. hay una

presión de 40 de máxima y creo que la mínima era indetectable; y posteriormente, a las 02:00 hs., también una presión de 40/0..."-.

Respondiendo a otras preguntas que se le formularon, la **Dra. Patricia Figueras** dijo: "...En medicina se nos presentan las urgencias médicas, lo que hay que hacer es actuar en consecuencia. La urgencia que significaba que Carla verdaderamente estaba en peligro de vida no se atendió, ni desde el quirófano, ni desde hemoterapia, ni desde UTI, ni desde ningún lado...." Y seguidamente agrego: "... A fs. 7vta., la

HC dice: "...23:40 posquirúrgico clínico inmediato..."... "...paciente entra en mal estado general, se decide pase a UTI para control y tratamiento...". Esto lo firmó **Gambetea** a las 23:40 hs.... Si nos vamos a la fs. 12, arriba, en el margen derecho (se trata del parte quirúrgico del Dr. Rodríguez), y también esta firmado por **Gamietea** por que actuó como ayudante. Allí dice que la hora de finalización de la cirugía fue a las 23:50... Y a fs. 14 está el protocolo anestésico del que surge que el control del anestesiólogo **Zabala** terminó a las 23:00, lo que indica que a esa hora el anestesiólogo "se fue, desapareció, o no sé lo que pasó". La cirugía terminó a las 23:50, mientras que surge que a las 23:40 -es decir diez minutos antes de que termine- estaba pasando a UTI, lo cual no se entiende.... Luego, la fs. 15 (epicrisis), está firmada por el **Dr. Segales**, y allí dice que el motivo de la internación fue "inestabilidad hemodinámica". Y si vamos a los diagnósticos al ingreso, **Segales** puso "Shock hemodinámico y séptico", siendo que "séptico" significa "infección" e implica que los órganos dejan de funcionar porque dicha infección esta invadiendo el cuerpo. En realidad, yo no se de donde sacó que hubo un shock séptico, porque esto en realidad era hemorrágico y no tenía nada de séptico. Quizás lo puso porque hubo un aumento de los glóbulos blancos, pero ello no tiene nada que ver con la sepsis. Cuando estamos en hemorragia aguda, lo que ocurre es que los glóbulos blancos aumentan para hacer un tapón que pare un poco la

hemorragia... Entonces, **Segales** recibió a la paciente a fs. 16, y escribió "...con descompensación hemodinámica, en mal estado general, con palidez universal y cianosis distal, con taquicardia, hipotensión severa, frialdad general y dos vías periféricas...". Esto habla de una paciente en un muy mal estado general, con lo cual o había que derivarla a un centro que verdaderamente tuviera una estructura necesaria, o de lo contrario tomar acciones mas activas. Pero acá no se hizo nada.... En efecto, desde las 00:00 hs. en que ingresó, y hasta las 06:00 de la mañana se hizo realmente muy poco. No hubo tratamientos efectivos que salvaran a la paciente....".-

Interrogada que fue acerca de si **Carla** podía ser trasladada a otro nosocomio de mayor complejidad en el estado en que se encontraba, respondió: "...tenia al Hospital de Haedo y al Posadas al frente, y que así como nada se hizo, en cambio bien podría habérsela trasladado a un centro de mayor complejidad en la primera media hora desde que ingresó a UTI, siempre que dicho traslado hubiese sido hecho con la paciente "transfundida", caso en el cual no hubiese sido una complicación...".-

Luego explicó con suma claridad un aspecto que resulto fundamental para el desenlace, coincidiendo en ello con las opiniones de todos los peritos que posteriormente habrían de citarse. En efecto, dijo que: "...Cuando uno tiene un shock hemodinámico, hay un período en el que se puede actuar, que generalmente son las dos primeras horas. Pasado ese lapso, ya no hay tratamiento -por mas efectivo que sea- del que realmente salga la paciente, porque junto con la sangre se pierde lo que se llaman "factores de coagulación". El problema es que por más que le dieran sangre, ya se había entrado en una "cascada del shock hemodinámico", porque la hemorragia era tan profusa que ya no tenía factores de coagulación. De hecho, en la HC dice que la paciente tenía "coagulopatía de consumo", la cual se produce cuando hay una hemorragia severa, y no solo se pierden sangre y

glóbulos rojos, sino también los llamados factores de coagulación los que van a lograr, como sistema fisiológico, que deje de sangrar. De hecho, la paciente no dejó de sangrar, porque a las 03:00 hs., cuando la evolucionó **Gamietea** (fs. 18), dice que hay "débito por drenaje". **Segales** habla de 500 cm. cúbicos. Y aparte tenía otros 500 cm. cúbicos en el "Saco de Douglas" -quiere decir, adentro-, es decir había 500 afuera y 500 adentro de la panza, lo que quiere decir que seguía sangrando..." (sic).-

Se le preguntó a la testigo qué significa "hemostasia", y respondió que es "...cuando uno se asegura en el acto quirúrgico que el paciente no siga sangrando, por lo menos en el hecho quirúrgico. En los partes quirúrgicos, siempre se pone "hemostasia correcta", y en este caso no se puso nada, lo que significa que seguía sangrando.... Y después, en U.T.I. no pasó nada. En realidad, no pasó nada interesante. La paciente seguía perdiendo presión, lo cual quiere decir que también seguía perdiendo sangre, y había entrado en el shock hemodinámico, y realmente nada se le aportó para evitar esto... Hay una pericia de Toronchik -perito de parte de **Gamietea**-, donde dice que éste le contó que en realidad la paciente entró a la U.T.I. "con sangre". Pero no hay constancias en la H.C. que desde quirófano a UTI haya pasado con sangre..."-.

En otro tramo de su elocuente testimonio, y respondiendo a una inquietud del letrado patrocinante de los Particulares Damnificados, la **Dra. Figueras** dijo: "...En mi opinión, si a las 21:00 horas se hubiera transfundido... el problema fue que también el pedido fue de tres unidades de glóbulos rojos y dos de plasma, y hay otro pedido a las tres de la mañana, pero según la HC está 2:30 (del servicio de hemoterapia), donde **Segales** dice que pide una cosa pero en realidad, en el servicio de hemoterapia transfusional, lo que figura es una sola unidad de glóbulos rojos. Esto quiere decir que en realidad las transfusiones fueron ineficientes. Supongamos que se las hubieran hecho -de lo cual no hay muchas constancias-, en verdad

no fueron efectivas. El cuadro clínico de la paciente seguía en picada directamente al óbito, o sea que se iba a morir, y en realidad no hubo efectividad terapéutica en el transcurso de todas esas horas. Ni dentro del acto operatorio -ya que evidentemente la paciente seguía sangrando-, ni tampoco en la reposición de líquidos, ni en la acción, porque en verdad si yo recibo a una paciente así, y si no tengo un servicio de hemoterapia que me avale frente a una paciente con un shock hemodinámico, en realidad debo derivarla..."-.

También se le consultó sobre si las 3 unidades de glóbulos rojos que señala el servicio de medicina transfusional a las 21:00 horas y las 2 unidades de plasma fueron a su criterio suficientes para evitar lo que después se produjo en cuanto al estado en que ingresó la paciente **Romito** a U.T.I., respondiendo: "...No. Hubiera entrado más compensada, no hubiera entrado con una presión que no se podía detectar. Hubiera ingresado en mejores condiciones. Ahora, si la paciente seguía sangrando porque la cirugía había sido ineficiente en cuanto a la detención del sangrado, esto también puede ocurrir. Puede ocurrir que le pongan sangre pero que no pueda compensarse la paciente. Insuficiente fue seguro..."-.

A otras preguntas del Particular Damnificado, en cuanto a si se condice lo que figura en la HC acerca de la sangre que pidieron desde UTI (6 unidades de plaquetas, 3 de glóbulos rojos, y 2 de plasma), con lo que figura en el servicio de transfusiones, refirió que: "...no se condice, que carece de lógica médica porque surge de la HC que ese pedido fue a las 02:30 de la mañana, y el servicio transfusional dice que fue a las 03:30 horas, y en realidad de una sola unidad de glóbulos rojos...."-.

Y siguió argumentando: "...A las 3:00 -según hora de UTI-, se comprueba que hay una plaquetopenia. Esto quiere decir que no hay plaquetas, con lo cual no se podía hacer la hemostasia, es decir no se podía parar el sangrado. En realidad se comprueba que tiene 36.000 plaquetas, esto es muy bajo, y dice que se

vuelven a pedir 6 unidades de plaquetas. Pero esto recién figura a las 06:00 horas. De acuerdo a medicina transfusional nunca se pidieron plaquetas. A fs. 20 de la HC hay una solicitud de 1 unidad de glóbulos rojos centrifugados. Pero no hay constancia del pedido de plaquetas....A las 6:10 la paciente fallece...**Si a Romito le hubieren transfundido 3 unidades de glóbulos rojos y 2 de plasma, hubiera llegado más compensada a la UTI, pero la verdad es que si seguía sangrando... puede ocurrir... esto es como una canilla: pongo sangre pero si la canilla sigue abierta nunca voy a tener la cantidad suficiente de sangre adentro del cuerpo. Acá se hubiera evitado transfundiendo más, pero no nos olvidemos que desde que empieza el shock hemodinámico, en realidad lo que no se actúa dentro de las dos primeras horas después no es efectivo. O sea: el shock hemodinámico tiene 4 períodos. Si se actúa en los primeros períodos se puede revertir el cuadro. En cambio, si se actúa cuando ya la paciente pierde los factores de coagulación, ya es una hemorragia indiscriminada. Ahí, si seguía sangrando, había que volver a llevarla al quirófano, parar el sangrado de donde viniera y reponer. Es como poner un tapón para que cuando después le pongan sangre sea eficiente... La sangre se tendría que haber pedido a las 19:45 hs. Cuando surge en el parte del protocolo anestésico que la paciente hizo un descenso de presión, que según el parte anestésico no tiene nada que ver con las presiones que se registran al ingreso a terapia. O sea hay una diferencia en lo que registra el anestesiólogo y lo que pasó 5 minutos después cuando entró a terapia..."**.-

Y abundó: **"...Si se hubiera pedido la sangre al ingreso de Romito a UTI a las 00:00 horas, teniendo en cuenta el estado de la paciente, probablemente podría haberse salvado.** Lo que pasa es que hubo tanto descontrol dentro de la HC, que no se puede saber cuál era el estado real. Teóricamente los controles de presión se terminaron a las 23:00 horas. En un shock hemodinámico no controlarla una hora es un drama... El pedido de sangre

efectuado a las 06:00 horas, teniendo en cuenta que Romito falleció a las 06:10 horas, no tuvo sentido. Era todo ineficiente. Hicieron un pedido a las 06:00 hs. con la paciente que estaba realmente mal, en riesgo de muerte permanente. Desde las 23:00 horas cuando terminó la cirugía en adelante estaba en riesgo. Primero porque no se hizo algo antes de las 23:00 horas, y después porque no se hizo nada después de las 23:00 horas..."-.

Finalmente, a preguntas del defensor de **Segales**, la testigo respondió: "...Si la paciente se hubiera transfundido antes de las 24:00 horas, se podría haber evitado el óbito. Y también se hubiera podido evitar si se la hacían a las 00:00 horas, y desde las 00:00 horas para adelante también. Pero esto no lo puedo asegurar porque no tengo un protocolo anestésico creíble. Si tengo una presión sostenida en 80, que es lo que me dice el anesthesiólogo, ahí tengo que esa paciente no estaba descompensada - el anesthesiólogo la evolucionó por lo menos hasta las 23:00 horas-. Entonces, cuando se me consulta con un límite de horario, yo no lo puedo definir realmente. No puedo dar certezas porque no creo en este protocolo anestésico, porque el mismo es contrario a la clínica que la paciente presentaba. " ¿En qué creo?. " ¿En este protocolo anestésico o en el estado clínico?... Tengo que creer en el estado clínico, porque la evolución fue más coherente con las descripciones que hace **Segales** en la HC que con este parte anestésico. Entonces, yo como me tengo que basar en la HC y no vi clínicamente a la paciente, para decir desde qué horario **Carla** se hubiera podido compensar, necesito saber si creo en esta HC. Y yo no creo.... **A las 02:00 de la mañana, si se hubiere transfundido, " ¿se hubiera podido evitar el óbito?. No tengo certeza absoluta. Tengo que responder lo mismo. El problema es que a las 00:00 horas supuestamente entró a UTI en estado muy crítico. No puedo asegurar que se hubiera podido salvar..."-.**

8.- La primer experticia fue la llevada a cabo por el **Dr. Norberto Mario López Ramos** -médico forense oficial de la Asesoría Pericial de este Departamento Judicial-. La misma luce agregada a fs. 101/106 y vta., se incorporó por lectura al debate y fue desarrollada en forma conjunta con los peritos de parte Dres. Gabriel Adrián Toronchik y José Marcelo Matto, encontrándose también presente el Dr. Maximiliano Andrea Genesio (perito del Particular Damnificado), quien presentó su informe por separado y en disidencia.-

Allí, luego de consignar los antecedentes de interés médico-legal obrantes en el expediente (mas precisamente el contenido de la historia clínica y la autopsia), se consideró que en virtud de que a la víctima se le había diagnosticado mediante los estudios ecográficos que presentaba una "placenta previa oclusiva anterior grado I, con un pequeño hematoma retroplacentario", fue internada el 16/10/07 en la Clínica Tachella para la realización de una cesárea programada en la semana 37,5 del embarazo, teniendo en cuenta también el antecedente de una cesárea anterior (de mayo de 2006). Que entonces, **recién cuando se estaba practicando la cirugía se detectaron adherencias placentarias anómalas en el miometrio (acretismo placentario), que provocó hemorragias profusas** que requirieron de transfusiones intraoperatorias y llevaron a la realización de una histerectomía, durante la cual se produjo una ruptura vesical que fue resuelta por el cirujano de guardia que practicó una vesicoplastia y talla vesical. **Que la paciente -como consecuencia de la hemorragia- padeció un shock hemodinámico y una coagulopatía de consumo que no pudo ser compensada con los medios habituales, desencadenándose una insuficiencia cardíaca aguda, paro cardiorrespiratorio y óbito.-**

Luego, se consignaron en el informe diversas explicaciones acerca del denominado "desprendimiento normoplacentario" (su frecuencia, su etiología, su sintomatología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento); definiciones acerca de

la llamada "placenta ácreta"; la "operación cesárea"; la "histerectomía"; la "ruptura vesical" que se produce como complicación frecuente de la práctica anterior; y se abundó sobre las complicaciones y el tratamiento que corresponde efectuar frente a la existencia de "alteraciones de la coagulación en pacientes críticos" (transfusiones), concluyendo que: "...1) quien en vida fuera **Carla Natalia Romito**, falleció como consecuencia de un paro cardiorrespiratorio no traumático secundario a una insuficiencia cardíaca aguda, que tuvo su origen en una Coagulopatía por consumo, desarrollada en el post operatorio de una operación cesárea complicada (acretismo placentario-ruptura vesical); y 2) que lo actuado por los médicos intervinientes se correspondió con lo que las reglas del arte de curar establecen para las patologías citadas..." (sic).-

Sentado lo anterior, cuando el **Dr. López Ramos** fue llamado a declarar en el juicio, luego de ratificar el contenido de su informe, dijo que teniendo en cuenta la cantidad de líquidos que se le fueron reponiendo a la paciente entre las 19:00 y las 00:00 horas, siendo que a las 00:00 horas ingresó a la U.T.I., desde que de los partes surge que al ingreso ya tenía shock hipovolemico grado II o III, ese cuadro podría ser compatible con todo lo que le venían suministrando, porque todo depende de las pérdidas que haya tenido la paciente.-

Adujo que la razón por la cual a una persona a la que se le suministran durante cinco horas 8000 cc de líquidos en reposición pueda sin embargo presentar un shock hipovolemico grado II-III, es porque la misma pudo haber padecido un sangrado mucho mayor que dicha reposición.-

Interrogado acerca de los motivos por los que **Carla Romito** siguió sangrando durante su internación en la U.T.I., contestó que eso pudo haber sido porque en los post operatorios a veces la hemostasia no es absoluta, lo que justifica que se dejen los drenajes.-

Luego, a la pregunta: "¿Puede un médico cirujano pasar a un paciente a UTI si no está completamente controlada la hemorragia?", contestó que no sería lo conveniente. Que las principales complicaciones de las cirugías son las hemorragias, y que por eso se dejan los drenajes.-

Asimismo, aseguró que en atención a la presión de la paciente que surge de la H.C., ello no indicaría que indefectiblemente hubo un shock hipovolemico, puesto que simplemente pudo haber existido un sangrado más profuso, erigiéndose así en el único profesional que puso en duda la existencia del shock que padeció la víctima.-

Por su parte, acerca de la confección de la historia clínica, consideró que la misma tiene los datos de cada momento del proceso, no pareciéndole que haya nada extraño en la misma.-

Finalmente, en forma incomprensible, calificó como "suficientes" las transfusiones que se le practicaron a la paciente tanto en el quirófano como posteriormente en la U.T.I., agregando en respuesta a una pregunta de la Defensa del imputado **Gamietea** que: "...si se da sangre en exceso, también pueden generarse patologías. Se puede producir coagulación intravascular que genera más hemorragias porque se consumen los factores de coagulación..."(sic).-

9.- El ya referido informe en disidencia del **Dr. Maximilano Andrea Genesio** -perito del Particular Damnificado- se encuentra glosado a fs. 124/129 y también resultó ingresado al juicio por su lectura.-

En tal ocasión, el nombrado médico legista sostuvo que a su criterio hubo: **"1) Omisión de diagnóstico prenatal de placenta ácreta que hubiera permitido la previsión de una complicación quirúrgica de un procedimiento programado; 2) Ausencia de métodos complementarios prenatales que hubieran orientado al obstetra en el manejo de la cesárea; 3) Una vez producida la complicación, hubo deficiente manejo de la urgencia obstétrica que condujo a la paciente a la pérdida abrupta de su volemia con la**

producción de un shock hemodinámico y coagulopatía por consumo evitable; 4) Mal manejo de la expansión y reposición de glóbulos rojos y plaquetas tanto en el momento intraoperatorio como en el post quirúrgico internada en UTI".-

Explicó a renglón seguido que: la omisión de diagnóstico está sustentada en las ecografías indicadas por Gamietea, en las que se evidenciaba un hematoma retroplacentario, no habiendo profundizado el estudio a fin de efectuar un diagnóstico temprano y adecuado; que dentro de los factores de riesgo del acretismo placentario se encuentran la existencia de placenta previa y de cesáreas anteriores, siendo que la paciente contaba con ambos antecedentes, no habiendo el obstetra tenido ello en cuenta ya que no completó el diagnóstico con estudios complementarios de imagenología de mayor precisión (resonancia magnética). Y agregó que: ante la presencia de una placenta ácreta -que en este caso no se diagnosticó en forma previa-, la cesárea programada debe ser realizada por un equipo multidisciplinario que incluya radiología, anestesia, urología, hematología, banco de sangre, cirugía y neonatología, no habiéndose tomado las precauciones necesarias para evitar las complicaciones sufridas.-

Acerca de la histerectomía practicada, sostuvo que la misma es el último tratamiento cuando no se ajustan otras terapéuticas, por lo que en este caso la misma "...estuvo justificada dada la ausencia de planeamiento quirúrgico..." y para cohibir la hemorragia, cosa que el obstetra tampoco logró.-

En punto a la "reposición de la volemia" para evitar la progresión hacia un shock hipovolémico, concluyó que "tampoco se realizó" ya que la paciente ingresó a la UTI con palidez universal, cianosis, taquicardia, hipotensión severa y frialdad, lo que le permitió aseverar que aquélla continuaba en shock hipovolémico y con sangrado activo, circunstancia que no permitía su traslado a la unidad de cuidados intensivos.-

Y que ya en la U.T.I. la paciente registró aún menor tensión arterial (TA) y una plaquetopenia de 36.000 que aseguraba

la coagulopatía de consumo, lo que ameritaba realizar "en ese momento" la expansión hemodinámica que recién se llevó a cabo un hora y media más tarde, contribuyendo al deceso, siendo que "la evolución sufrida en el transcurso de las 6 horas de internación en UTI, tienen concreta relación con la inacción médica en el cese del sangrado y en la falta de expansión y reposición...", por todo lo cual concluyó: "1) Que el Dr. Pablo "Gambetea" -debe leerse "Gamietea"- omitió un diagnóstico precoz durante el control del embarazo, habiendo indicios ecográficos de placenta ácreta, diagnóstico que resultaba imprescindible para evitar complicaciones intraparto dramáticas. 2) Mal manejo intraoperatorio en la prevención de la histerectomía, y aún realizándola no logró el objetivo de la misma, que era la inhibición de la hemorragia. No encontrando la solución con tal procedimiento, resulta indudable que la hemorragia estaba causada por algún otro factor que el médico tratante no supo explorar. 3) Es cuestionable también la deficiente reposición efectuada en quirófano y resultó absolutamente inadecuado su pase a UTI, cuando la paciente seguía sangrando. Fue derivada a UTI en shock hemodinámico con TA diastólica no registrable, cuadro ante el cual no tomó medidas ni el cirujano, ni UTI, por no efectuar la expansión y reposición inmediata, demorándose para ello una hora y media".-

10.- Bastante diferentes fueron las consideraciones plasmadas en su experticia de fs. 143/147 y vta. por el **Dr. Guillermo Daniel Berman** (perito médico forense de la Asesoría Pericial del Departamento Judicial San Isidro), aunque en alguna medida sus conclusiones finales fueron de la mano con lo dictaminado por los ya citados Dres. Figueras y Genesio.-

En la deliberación previa a la confección de dicho informe también participaron los Dres. **Maximiliano Andrea Genesio** (por el Particular Damnificado) y **Gabriel Adrián Toronchik** (por la defensa de **Pablo Gamietea**), siendo que sólo este último lo suscribió (en

forma inexplicable por lo que en definitiva se extrajo como conclusión).-

En dicho dictamen se analizó la conducta médica en relación con la atención del parto, especialmente en lo referente al diagnóstico y la conducta obstétrica ante una placenta ácreta y a las patologías consecutivas (rotura vesical y coagulopatía), que finalizó con la muerte de la paciente **Carla Romito**.-

Luego de describir las secuencias pre y postparto ya conocidas, y tras apoyarse en las citas bibliográficas de F.A. Uranga Imaz y F.A. Uranga Imaz (h), de Leslie Iffy y Harold A. Kaminetzky, Friesen, Maqueo-Topete, Roberto A. Votta y Osvaldo H. Parada (a cuyas constancias remito en honor a la brevedad), el **Dr. Berman** considera que durante la gestación el acretismo placentario es "silencioso", así como también durante el parto, siendo que recién en el período del "alumbramiento" es cuando se ponen de manifiesto sus dos complicaciones características: la retención de placenta y la hemorragia postparto. Que entonces, una vez efectuado dicho diagnóstico, debe procederse a la inmediata histerectomía (subtotal, con conservación de anexos en mujeres jóvenes), previo levantamiento del estado general con transfusión sanguínea preoperatoria e intraoperatoria.-

Por lo expuesto en forma precedente, el perito oficial en cuestión consideró que *"...no puede atribuirse a los médicos asistentes al embarazo y parto de la paciente, la ausencia de diagnóstico de placenta ácreta con anterioridad al momento del alumbramiento..."*, considerando demás *"...correcta la histerectomía como acto médico destinado a coartar una hemorragia torrencial..."* (sic).-

Pero sin embargo, a renglón seguido agregó: **"...esa hemorragia ocasionó un estado de shock hipovolemico, según surge de las anotaciones en la planilla de anestesia y del examen físico al ingreso a la unidad de terapia intensiva..."**, hallando falencias en el tratamiento médico desplegado para combatir dicho

shock que, según la descripción semiológica emergente de la Historia Clínica, calificó como "de grado II a III", es decir que implicó una pérdida rápida de aproximadamente un 30% a un 40% del total de la sangre (un litro y medio o mas del total aproximado de 5 litros que un ser humano adulto tiene en su cuerpo).-

Entonces, y desde dicha plataforma, el perito **Berman** consideró que en los estadios I y II del shock hipovolémico, el tratamiento debe iniciarse en forma urgente y nunca luego de las dos horas de permanencia en ese estado, pues en tal caso el shock se transforma en irreversible aún con un correcto tratamiento.

Yendo al caso de autos, dijo que la paciente sufrió una intensa hemorragia durante el intento de alumbramiento y la subsiguiente histerectomía complicada con lesión vesical. Que ello ocurrió antes de las 21:00 horas, y que el cirujano solicitó 300 ml. de glóbulos rojos centrifugados y 400 ml. De plasma con factores (de la coagulación), siendo que dicha transfusión, **"...de haber sido realizada..."** (sic), lo fue en el quirófano. Que la segunda solicitud de transfusión de 3 unidades de glóbulos rojos centrifugados, 6 de plaquetas y 2 de plasma fresco se anotó en la evolución como realizada recién a la hora 02:30, pero que en la planilla de medicina transfusional figura la solicitud a la hora 03:30, y sólo de una unidad de glóbulos rojos centrifugados. Que posteriormente, y sin mención de la hora, el médico de terapia intensiva anotó una solicitud de 6 unidades de plaquetas. Pero en la planilla del servicio de medicina transfusional figura, con hora 06:00, la solicitud de 2 unidades de sedimento globular, 2 de plasma y 6 de plaquetas, siendo que en la hoja de indicaciones médicas figura con hora 05:30 la administración de esos productos sanguíneos, es decir, media hora antes de efectuada su solicitud, falleciendo la paciente 10 minutos después de efectuada aquella solicitud.-

Así las cosas, sostuvo que la acidosis metabólica (que se presenta en todo estado de shock) fue detectada y tratada correctamente. Pero sin embargo dictaminó que: **"...el tratamiento**

del shock hipovolémico adolece de fallas que se estiman fundamentales para poder ocasionar la muerte por esa causa...", afirmando que "...la tardanza en la administración y la exigidad de material hemático que se le repusiera a la paciente fue de capital importancia en la evolución del shock hacia su etapa irreversible y la consecuente muerte...", concluyendo que "...la atención médica brindada en respuesta a la hemorragia y el shock hipovolémico que de aquélla se derivara, no fue la adecuada a las normas que rigen para el tratamiento de esa patología..."(sic).-

11.- Más contundentes aún respecto de las respectivas responsabilidades que les cupieron a los acusados **Pablo Sebastián Gamietea y Julio Rafael Segales Salvador**, fueron las conclusiones periciales a las que arribaron los **Dres. Rubén Alejandro Neme y Juan José Granillo Fernández** (médicos legistas de la Asesoría Pericial de la Departamental La Plata), cuando presentaron su experticia adunada a fs. 291/298, también incorporada por lectura al debate. Vale destacar que los Dres. Manuel Echaire y Cristina Lavolpe (peritos de parte del otrora imputado Marcelo Rodríguez -es decir, el cirujano urólogo ya sobreseido-) avalaron y suscribieron el dictamen en cuestión, en tanto que los Dres. María Teresa Toddere y Adrián Gabriel Toronchik (peritos de parte de ambas defensas) anunciaron allí que presentarían sus informes por separado.-

Luego de recrear los antecedentes médico-legales obrantes en autos (historia clínica e informe de autopsia), los peritos Neme y Granillo Fernández realizaron una exhaustiva descripción de la evolución de la víctima pre, intra y post cirugía, durante su permanencia en la unidad de terapia intensiva, hasta llegar al desenlace fatal, tras lo cual se detuvieron para definir al acretismo placentario como *"una adherencia anormal de la placenta a la pared uterina, constituyendo una de las principales causas de morbimortalidad materna, por la hemorragia masiva que puede producirse (muchas veces seguida de coagulación intravascular*

diseminada), la necesidad de histerectomía de emergencia (con riesgo de lesiones quirúrgicas de otras vísceras), distress respiratorio, insuficiencia renal, fallo multiorgánico y muerte".-

Y luego de ello sostuvieron que para la prevención de las apuntadas complicaciones resulta esencial el diagnóstico prenatal. A propósito de este último, calificaron a la ecografía como una "herramienta primaria de detección y evaluación", siendo que en pacientes con factores de riesgo (placenta previa o anterior baja con antecedentes de cesárea), se debe complementar la evaluación con ecografía Doppler color o Resonancia Magnética Nuclear.-

Citaron a continuación la estrategia quirúrgica implementada y desarrollada en el año 2.002 por el "Programa de Acretismo Placentario" del Hospital Italiano de Buenos Aires, para los casos en los que se logra realizar un diagnóstico presuntivo prenatal de placenta ácreta, ilustrando que dicho programa consiste en: "Cesárea electiva alrededor de las 36 semanas; equipo quirúrgico multidisciplinario: obstetra, ginecólogo, angiografista, urólogo y anestesiólogo; cateterización de las arterias uterinas para posterior embolización; cistoscopia y cateterización de los uréteres; verificación por ecografía de los límites de la placenta para evitar la histerotomía a través de la placenta; incisión mediana infra y frecuentemente infra-supra umbilical si se debe extraer el feto por el fondo uterino; reevaluación diagnóstica a través de la inspección de la superficie del útero; histerectomía, preferentemente vertical, y extracción fetal en una región libre de placenta; ligadura de cordón e histerorrafia dejando la placenta "in situ"; embolización de las arterias uterinas; histerectomía total o subtotal en caso de confirmación de acretismo extenso, o intento de alumbramiento y eventual cirugía conservadora en casos de acretismo focal o de diagnóstico falso positivo; manejo de la vejiga de acuerdo a los hallazgos a la evolución de la disección

y separación de la misma; diagnóstico y tratamiento de posibles lesiones vesicales; terapia intensiva posoperatoria disponible.".-

Y, en cuanto al "shock hipovolémico", explicaron que se trata de un síndrome que cursa con bajo flujo sanguíneo e inadecuada perfusión tisular, que conduce a un trastorno metabólico celular, disfunción orgánica, fallo multiorgánico y muerte, lo que "...constituye una urgencia, en la cual el objetivo primario es reponer líquidos y sangre o hemoderivados. El desenlace clínico variará según la cantidad de líquido perdido, la etiología de la pérdida, afecciones subyacentes (otras enfermedades), el tratamiento adecuado y oportuno, y la respuesta al mismo...", agregando que en los acretismos placentarios la pérdida de sangre suele ser mayor a 2.000 ml. (pérdida mayor al 40% de la volemia), casos en los cuales el shock es de "clase IV", debiéndose entonces realizar un aporte controlado de líquidos (solución fisiológica, expansores plasmáticos, sangre y plasma fresco), y estimación de respuesta.-

Por todas dichas razones, contestando en forma puntual al punto de pericia que les fuera planteado ("determinar si en la atención médica de quien en vida se trataba de Carla Romito se actuó con el debido arte de curar"), los **Dres. Neme y Granillo Fernández** concluyeron: "1) No hubo diagnóstico presuntivo prenatal de acretismo, ni preparación preoperatoria con un enfoque multidisciplinario (planificación de estrategia quirúrgica), para prevenir o afrontar una hemorragia masiva y las posibles complicaciones obstétricas derivadas del cuadro, que conllevan una elevada morbilidad materna, al no jerarquizar los antecedentes obstétricos de la paciente (cesárea previa) conjuntamente con los informes ecográficos (placenta anterior oclusiva parcial y lagos hemáticos), factores de riesgo que orientan al médico actuante hacia una probable alteración de la inserción placentaria, derivando la sospecha diagnóstica de acretismo placentario en la realización de otros

estudios complementarios y conformación de un equipo multidisciplinario para el manejo intraoperatorio. 2) Diagnosticado el acretismo en el acto operatorio, se procedió correctamente a realizar la histerectomía ante la hemorragia abrupta, produciéndose la apertura accidental de la vejiga (complicación descripta en este tipo de intervención quirúrgica de urgencia), siendo a tiempo observada. La reparación de la misma (cistoplastia) por el médico cirujano fue la conducta quirúrgica adecuada... 3) Durante la cirugía, y ante el cuadro de hemorragia desencadenado, se realizó reposición de líquidos y sangre intraoperatorio, acorde a las sugerencias de manejo de un shock clase IV. 4) Finalmente, durante la internación en UTI, el tratamiento del shock hipovolémico y la plaquetopenia originada, resultaron inadecuados, considerando las indicaciones transcriptas en la Historia Clínica para el manejo de éstos..."-.

Durante el juicio oral, y mediante el sistema de videoconferencia habilitado por la Res. N° 3487/10 de la S.C.J.B.A., el Dr. Juan José Granillo Fernández tuvo la oportunidad de ratificar integralmente el contenido del informe pericial prealudido, además de brindar generosas respuestas a las inquietudes que le fueron planteando las partes litigantes. En efecto, comenzó sosteniendo que, desde que la paciente siempre estuvo en situación de altísimo riesgo, el pedido de los elementos hemáticos tendría que haber sido hecho antes. Luego, explicó que el trastorno de coagulación fue secundario al shock hipovolémico.-

Que el acretismo placentario debió ser sospechado en el control prenatal, habida cuenta los antecedentes quirúrgicos que presentaba la paciente y por los estudios ecográficos realizados (placenta previa oclusiva parcial), agregando que: **"...Por eso debió haberse programado la cesárea en un lugar que contara con un servicio de hemoterapia que pudiera afrontar una complicación de tipo hemorrágico..."**, ya que cuando existe placenta previa con una cesárea anterior existe un riesgo del 24%

de que la misma sea ácreta, aumentando dicho porcentaje por cada cesárea anterior efectuada.-

Que si se hubieran ordenado estudios complementarios al ecográfico, la posibilidad de diagnosticar el acretismo hubiera sido del 80%, aconsejándose para estos casos la realización de eco Doppler y resonancia magnética nuclear.-

Que el diagnóstico de acretismo debe hacerlo quien lleva el control del embarazo, debiendo tomar todas las precauciones para evitar que el casi inevitable shock hipovolémico que se puede producir no llegue a un estadio avanzado. Para ello se debe afrontar la cirugía con un equipo multidisciplinario que cuente con obstetricia, hemoterapia, hemodinamia, cardiología, cirugía general y anestesiología.-

Que en el caso de autos, si la cesárea fue programada, se debió tener en cuenta el riesgo de acretismo placentario y actuar en consecuencia, pero el mismo no fue detectado sino hasta el momento de la operación, es decir que **no estaba evaluado como un riesgo que haya sido tenido en cuenta por el médico obstetra.-**

Acerca de la hemorragia que comenzó durante la cesárea, dijo que la misma hacía necesaria una transfusión inmediata. Y que no obstante ello, de la historia clínica no surge el horario exacto de dicha práctica, aunque en la ficha anestésica se haya anotado que se transfundieron plasma y sangre.-

Por su parte, respecto de los controles que se hicieron en la U.T.I., el **Dr. Granillo Fernández** consideró que los mismos fueron escasos. **Que la sangre debió pedirse a la hora 00:00,** o sea cuando la paciente ingresó a dicha unidad, **y con carácter de urgencia.** Pero, en cambio, recién cuando a las 02:30 horas se constató la pérdida de sangre, se hicieron los pedidos correspondientes, lo que lo llevó a afirmar: **"...En U.T.I. nada se hizo hasta las 02:30 horas. Y las horas iniciales, al momento del ingreso, fueron las más importantes, habiéndose además tardado mucho en obtener los elementos necesarios..."** (sic),

agregando que: *"...El médico de la U.T.I. debió solicitar la sangre inmediatamente, es decir, a las 00:00 horas y no a las 02:30. Es más, inclusive el pedido debió haber sido hecho antes del ingreso a U.T.I...."* (sic).-

12.- A fs. 299/302 presentó su anunciado dictamen por separado el **Dr. Adrián Gabriel Toronchik** -perito propuesto por la Defensa del imputado **Gamietea**-, expresando allí sus disidencias respecto del trabajo realizado por los peritos oficiales platenses.-

En primer lugar, el **Dr. Toronchik** adujo que los plurales estudios ecográficos indicados por **Gamietea** en el último trimestre del embarazo de **Carla Romito**, no evidenciaron sospecha alguna de acretismo placentario. Y a renglón seguido agregó (insistiendo con el fundamento de las múltiples ecografías ordenadas) que ello indica que el imputado *"...valoró puntualmente los antecedentes obstétricos..."* de su paciente, toda vez que la normativa vigente a la fecha de los hechos indicaba la realización de uno solo de dichos estudios durante el último trimestre.-

Acerca de esta conclusión, advierto que la misma ha quedado en absoluta soledad, ya que todos y cada uno de los peritos que han intervenido en esta causa han sostenido que, ante la existencia de una "placenta previa", el riesgo de "acretismo" se incrementa, por ejemplo, cuando: a) la mujer ya ha tenido varios partos anteriores -más específicamente cuando alguno de ellos ha sido por cesárea-; y b) se presenta un período intergenésico corto respecto del anterior embarazo, siendo que ambos factores estaban configurados en los antecedentes de **Carla Romito**.-

Luego, el **Dr. Toronchik**, basándose en diferentes artículos de investigación de la especialidad, afirmó su inflexible postura relativa a que **Gamietea** no realizó una valoración deficiente de los antecedentes de la paciente, ya que a su entender la inexistencia de imágenes sugerentes de acretismo placentario

en las ecografías, resultaba un índice suficiente como para relativizar dicha posibilidad, descartando en consecuencia la necesidad de realización de un Doppler o de una resonancia magnética, tal como lo predicaron los restantes expertos.-

Entonces, utilizando como apoyo las apuntadas citas bibliográficas, el perito terminó concluyendo que: "...los estudios solicitados por el Dr. Gamietea resultaron los recomendados... La falta de diagnóstico prenatal del cuadro de acretismo que presentó la víctima, en modo alguno puede ser considerada como un apartamiento del profesional imputado de las reglas de la buena práctica... La aparición de una complicación mortal de la patología que presentó la víctima, se encuentra relacionada con la ausencia de diagnóstico ecográfico y con la aparición de un trastorno grave de la coagulación que, por falencias en el banco de sangre y hemoderivados de la Clínica Tachella, no pudo ser corregido oportunamente..." (sic).-

Acerca de este último aserto -es decir, la adjudicación de la responsabilidad al centro asistencial por sus carencias-, parece que el perito no tuvo en consideración que **fue el propio Gamietea quien les recomendó a la paciente y a su concubino la realización de la cesárea en la clínica en la que se llevó a cabo, donde -de hecho- allí programó que se hiciera.-**

Ahora bien, cuando el **Dr. Toronchik** fue llamado a atestiguar en el juicio, comenzó informando que, en su condición de Jefe del Servicio de Tocoginecología del Hospital Zonal de Agudos Dr. Diego Paroissien de la Matanza, había conocido a **Pablo Sebastián Gamietea** en ocasión de que éste hiciera allí su residencia.-

Posteriormente, inició su relato expresándose acerca de lo ocurrido durante el desarrollo del acto quirúrgico. En efecto, dijo que: "...Cuando se comienza a operar lo que sucede es dinámico. Si yo comienzo a operar y el paciente comienza a sangrar, tanto el anestesista o yo mismo como cirujano o algún ayudante advierte que se necesita la reposición, primero se repone la solución fisiológica, porque habitualmente el paciente

ya está canalizado y es fácil agua con sal. Eso es parte del volumen. Sería una reposición de agua y electrolitos. Nunca se puede empezar a operar sin una vía puesta. Sirve entre otras cosas para levantarle la presión, forzar la diuresis, es decir para que el riñón esté funcionando, para que todas las drogas lleguen a todos lados... Pero si la paciente está en shock, obviamente comienzo con medicación para el shock: Dopamina, por ejemplo, a través de la solución fisiológica. Si es un shock hipovolémico empiezo a reponer sangre, plasma y elementos de la coagulación como son las plaquetas y el plasma fresco congelado. Los parámetros clínicos para saber si es suficiente o insuficiente lo que se actúa son: la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el relleno capilar que se controla presionando la uña, si tarda mucho en volver a su color original hay un mal relleno capilar, y los elementos de laboratorio: el famoso hematocrito. Hay que controlar que vuelva a su nivel normal y el tiempo de coagulación..." (sic).-

De seguido, tácitamente cargó las tintas sobre la actuación del anesthesiólogo **Dr. Zabala**, expresando que los precedentes parámetros: "...cuando el paciente está siendo operado, por obvias razones los controla el anestesista, o si hay, el cardiólogo, o ambos. Es indiferente que se pida la sangre. El tema es pedirla cuando se necesita. El encargado de decir si un paciente necesita sangre es quien está encargado del control hemodinámico. Porque él ante el primer elemento que hace sospechar que el paciente necesita que se le reponga sangre o volumen -en este caso, el anestesista-, debe determinarlo. Es quien está controlando al paciente la presión arterial, la frecuencia cardíaca, los monitores que informan el porcentaje de saturación de oxígeno, es decir todo el estado hemodinámico del paciente. A fs. 14 en la ficha anestésica el anestesista manifiesta que el paciente necesita sangre. Es un pedido coherente..." (sic).-

En lo tocante al shock hipovolémico generado, pareciendo soslayar que esa complicación comenzó durante la operación, adujo que: "...Si se desata en una persona que no está en quirófano, depende de la pérdida de sangre y del diámetro del vaso lesionado, si no paro la hemorragia me va a llevar a la muerte del paciente... Si no se hubiese hecho la histerectomía a la paciente se hubiese muerto en 5 o 10 minutos. Guiándome por lo que dice el parte. Yo creo que la supervivencia de la paciente desde el momento en que se le realiza la histerectomía tiene que ver con esto de que se decidió hacer la histerectomía. Si en ese momento no se cierra la canilla, es decir extirpar el órgano para que deje de sangrar, seguramente la paciente hubiera fallecido en 5, 10 ó 15 minutos. Pero bueno, guiándome por lo que dice que es una hemorragia incohercible, que la única posibilidad es realizar la histerectomía, calculo que se hubiera muerto rápidamente. Los elementos que se debían tratar de conservar, según una vieja enseñanza son: primero la vida, después la función y por último el órgano. Si uno salva la vida del paciente después puede corregir cualquier otra cosa. Infecciones, hemorragias, lesiones, todo, pero si no hay vida no se puede corregir nada..." (sic).-

Sentado lo anterior, advierto una severa contradicción con lo que más adelante el testigo dijo sobre este mismo tema, en ocasión de responder a una pregunta aclaratoria que le formulé (art. 364 del C.P.P.). En efecto, **basándose en el parte anestésico obrante a fs. 14 de la historia clínica, explicó que la baja de la presión de 120 a 80 consignada como ocurrida a las 19:45 horas, marcaría el comienzo de la fase I del shock. Y que, a las 00:00 hora, cuando entró en terapia, ya se encontraba en el grado IV.-**

En otro pasaje de su testimonio, y retomando aquello que resultó eje central y casi excluyente de su dictamen pericial, al ser consultado por la propia defensa de **Pablo Gamietea** sobre si la ecografía es el único estudio que se debe realizar para

determinar signos de placenta ácreta, el **Dr. Toronchik** respondió: "...La ecografía es el estudio que más se acerca a la exactitud. Lo que dicen los libros es que el acretismo placentario se sospecha por la ecografía, que es el método más idóneo para llegar a ese diagnóstico...", pero sin embargo, comenzando a desandar el camino que había tomado al elaborar su informe por escrito, de seguido coincidió con los restantes peritos intervinientes, afirmando que: "...La confirmación la da en la mayoría de los casos la resonancia magnética nuclear. Eso es lo que dicen las series más importantes de las revistas científicas que también se pueden buscar por internet..." (sic).-

Por su parte, olvidando -o quizás desconociendo- que fue su propio ex discípulo **Gamietea** quien recomendó hacer la cesárea en la Clínica Tachella, sostuvo: "...Yo creo que la respuesta no está tanto en el accionar individual de algún médico sino en políticas sanitarias. **Vamos a salvar más pacientes con acretismo placentario cuando haya más pacientes con la opción de tener una mejor atención. La mayoría de los pacientes que fallecen por acretismo en la Argentina, y especialmente en el Gran Buenos Aires, son pacientes que no acceden a lugares de excelencia.** La mayoría de las muertes por acretismo son porque hay pacientes que no tienen la asistencia médica, o que se asisten en el hospitalito de González Catán o en el Hospital Municipal de Monte Chingolo, que no tienen ni siquiera acceso a las ecografías y mucho menos a una resonancia magnética..." (sic).-

A otras preguntas que se le formularon, el **Dr. Toronchik** respondió: "...La paciente hubiera tenido chances si se hubiera podido arribar al diagnóstico previo y lograr una operación coordinada con un equipo de hemodinamia no invasivo a los fines de realizar la inmunización selectiva del cuello uterino, la extracción del feto, la conservación de la placenta, etc. Esa era la chance, si hablamos de chances. En el caso puntual de esta señora, el hecho de haber llegado al quirófano sin

diagnóstico, prácticamente le diría que agotó sus chances, porque si en el mismo momento yo me encuentro con una patología que desconocía en el medio de un acto operatorio, ya perdí las chances. De acuerdo a las normas habría que haberla transfundido y lograr que la señora llegue con una tensión arterial efectiva, es decir que le sirva al cerebro, que le sirva al corazón y que les sirva secundariamente a los riñones y al pulmón para evitar que no se muera de un infarto, para evitar que no quede con un daño cerebral permanente y, secundariamente, para que no quede con una insuficiencia renal ni con compromiso respiratorio....".-

Y agregó a modo de respuesta al letrado del Particular Damnificado acerca del tema de la "chance" y de la transfusión intraoperatoria, que: "...Yo supongo que la clínica en donde se operó la paciente tenía servicio de hemoterapia. No sé si lo tenía al lado o en dónde, pero supongo que tenía hemoterapia. Supongo que el cirujano actuante operaba en una clínica respecto de la cual le dijo a su paciente: "Quedate tranquila, tengo todo para operar". Yo opero en clínicas que me hacen un banco de sangre. Infiero que, éste fue el caso, pero no puedo hacer un comentario de si lo tenía o no lo tenía porque no lo sé. Si yo tuviera que operar a una paciente como la señora Romito que tenía esos antecedentes de placenta previa, cesáreas anteriores, un feto muerto, etc., me aseguraría tener un banco de sangre. Haría lo mismo que hacemos todos los cirujanos: elevamos un pedido al titular de la institución para operar a determinada paciente. Incluso hay un apartado en el cual solicitamos que está, preparada la sangre. En todas las cirugías lo anticipamos. Eso hace a la buena praxis médica..." (sic), contribuyendo con esta respuesta a aumentar seriamente el grado de compromiso de Gamietea.-

Acerca del tratamiento que se le brindó a la paciente una vez que la misma ingresó a la U.T.I., Toronchik le respondió a la señora Agente Fiscal: "...Según surge de la hora 00:00, allí constan todas las maniobras que se fueron realizado en forma

sucesiva y en atención a la gravedad del cuadro... Que ello no aparece en la página de la "evolución" o sea en el ingreso, sino que consta en la hoja de indicaciones médicas (vulgarmente llamada "hoja de enfermería") que está a fs. 38. En esta hoja consta un plan de hidratación de 3 litros de soluciones diversas. Hay una constancia que a esa hora hubo la administración de Dopamina. Según mi criterio no era suficiente. Habría que haber solicitado nuevamente plasma y hemoderivados, con carácter de urgencia que implica 2 horas...." (sic). Pero a ello agregó: "...No creo que estas fueran horas importantes que se hayan perdido en cuanto al suministro de los materiales que no se han requerido ni administrado, porque la paciente ingresó a las 00:00 horas sin pulso. A las 2:30 horas llevaba recibida sangre y hemoderivados sin pulso. Tenía un pulso discreto de 60 de máxima, 20 de mínima y una frecuencia cardíaca de 140. Esto indica que era una paciente severamente comprometida pero que se estaba recuperando, aún sin haber recibido sangre ni hemoderivados, pero sí recibió otros tratamientos: Dopamina, expansión controlada con cristaloides con electrolitos, lo cual me hace pensar que esta paciente ya tenía un síndrome de respuesta inflamatoria...." (sic).-

Entonces, consultado que fue acerca de si a las 2:30 horas el médico de U.T.I. estaba aún a tiempo de revertir el cuadro, respondió: "...La medicina no es una ciencia exacta para que yo pueda contestar con la certeza que se me requiere. Creo que, dadas las condiciones clínicas descriptas en la H.C., esta paciente ya tenía una respuesta inflamatoria sistémica que fue la causa final de la muerte. **Yo, con mi experiencia médica, en este caso hubiese indicado una transfusión más temprana como dije en la pericia...**" (sic), pareciendo desconocer que "más temprano", quien estuvo directamente a cargo de la paciente fue el propio **Pablo Gamietea**.-

Dijo finalmente que la precedente afirmación se compadece con el dictamen que confeccionó junto con el Dr. Berman a fs.

143/147, en el sentido de que el tratamiento específico del shock hipovolémico debe iniciarse de forma urgente en los estadios 1 ó 2, y nunca luego de las 2 horas de permanencia en ese estado, pues en ese caso el shock se transforma en irreversible. Y preguntado que fue para que diga a quién le atribuía la responsabilidad en dicha irreversibilidad, contestó: "...Si a **terapia llega una paciente sin pulso y sin presión proveniente de un cuadro hemorrágico, hay que reponerle sangre para darle una chance. En forma teórica digo que el tratamiento hay que comenzarlo lo antes posible, tal vez antes de que llegue a terapia...**" (sic).-

13.- Otro informe pericial que se agregó a los obrados - y que posteriormente se incorporó por lectura al debate- fue el elaborado por la **Dra. María Teresa Toddere** (perito de parte propuesta por la Defensa del encartado **Julio Segales Salvador**).-

El mismo luce agregado a fs. 355/368 y vta., y comienza con una minuciosa transcripción de las constancias obrantes de la historia clínica, continuando con una extensa enumeración de sus consideraciones médico-legales que la llevaron a concluir que el acusado médico de terapia intensiva "...no cometió un actuar negligente ni imprudente o fuera de la lex artis, no existiendo conducta alguna que pueda ser reprochada a la totalidad de la asistencia por él brindada..." (sic).-

Ahora bien, al momento de expedirse sobre el diagnóstico de "placenta previa" que presentaba la paciente, sostuvo que "...el examen diagnóstico más efectivo es la ecografía, la cual permite establecer con exactitud el diagnóstico en un 98% de los casos...". Pero sin embargo, casi a renglón seguido, agregó: "...La **exploración imagenológica por eco Doppler color debe ser ordenada en mujeres con placenta previa quienes tengan un riesgo incrementado de placenta ácreta. Cuando no es posible, la gestante debe ser manejada como un acretismo mientras no se demuestre lo contrario... Las mujeres con placenta previa tienen un riesgo incrementado de morbilidad inherente si tiene una**

placenta previa anterior y si tuvo previamente una cesárea, especialmente cuando ha tenido un período intergenésico corto (como en el caso de autos). La exploración imagenológica antenatal puede ayudar a establecer un diagnóstico en estos casos, y las técnicas que se incluyen son la ecografía, la angiografía, la resonancia magnética y el eco Doppler color..." (sic).-

Vale destacar entonces que esta profesional ha coincidido en este punto con los peritos oficiales del Departamento Judicial La Plata, marcando de tal suerte -y ya en forma definitiva- el sendero sobre el que debió transitar la actuación del obstetra **Gamietea** durante la etapa previa al parto.-

Más adelante, cuando se refirió al "acretismo placentario", explicó que el mismo "...es una complicación potencialmente catastrófica para la madre y está adquiriendo características de epidemia..." constituyendo "...una de las principales causas de... morbilidad materna...", panorama por el cual dictaminó -una vez más en plena armonía con los peritos platenses- que: "...**El reconocimiento de los factores de riesgo, el diagnóstico prenatal, la planificación de la estrategia quirúrgica y el enfoque multidisciplinario son los pilares para la prevención de la alta morbilidad materna...**" (sic).-

Luego indicó que, como consecuencia del riesgo que implica una placenta ácreta, "...se puede producir una hemorragia masiva que puede inducir una coagulación intravascular diseminada, la necesidad de una histerectomía de emergencia, lesiones quirúrgicas de los uréteres, vejiga y otras vísceras, síndrome de distress respiratorio, insuficiencia renal, y muerte..." (sic), describiendo de tal modo -prácticamente en forma exacta- lo que aconteció en el caso en estudio.-

En lo que respecta al tratamiento, evaluación y diagnóstico prenatal de la patología a la postre detectada en la paciente -"placenta ácreta"-, la **Dra. Toddere** aseveró que cuando se logra establecer dicho cuadro en forma previa a la

cesárea"...se debe lograr la resolución del caso en un centro terciario o con la mayor complejidad posible...", agregando que resulta necesario lograr una "...coordinación con hemoterapia y reserva de sangre y hemoderivados...", aspectos que ciertamente no parecen haber sido tenidos en cuenta por el acusado **Pablo Sebastián Gamietea**, quien programó la operación cesárea en la Clínica Tachella, centro asistencial que no reunía las características apuntadas.-

Por último, en lo atinente a la estrategia quirúrgica, la perito en cuestión predicó que en los casos de acretismo placentario la cesárea electiva debe hacerse alrededor de la semana 36, siendo que de la historia clínica se desprende que la misma se practicó en la semana 37,5 del embarazo.-

Ingresando ya en el terreno propio de la actuación de **Julio Rafael Segales Salvador**, luego de explicar en qué, consiste la "coagulación intravascular diseminada" (C.I.D.) -complicación con la que la paciente ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva-, sostuvo que son varios los factores que son capaces de ponerla en marcha, citando entre ellos al shock posthemorrágico (como el del caso de autos).-

Ahora bien, pese a haber afirmado que la C.I.D. "evoluciona repentinamente y tiene un curso grave", tras destacar que la reposición de factores de coagulación y plaquetas resulta un punto fundamental para su tratamiento, la experta se dedicó a consignar todo lo que **Segales** le suministró a la paciente durante su internación en la U.T.I. ("PHP a 42 gotas minuto de fisiológico y dextrosado alternado, con 20 U de syntocinon, gluconato de Ca++, antibióticos EV (gentamicina, metronidazol, ceftriaxona), vitamina K, Dopamina 400 mg en 400 cc de Dx a 21 ml/h, monitoreo continuo, ácido aminocaproico, O2 húmedo permanente, Reliveran EV 1mg/8hs., control de signos vitales, cuidado fisiológico a pasar en 1 h, Haemacel, asistencia respiratoria mecánica (A.R.M.) y Midazolam), **pero respecto de las necesarias transfusiones de plasma fresco congelado,**

glóbulos rojos y plaquetas, se limitó a decir que las mismas se practicaron, sin precisar a qué hora, lo que a mi modo de ver resulta ser la clave de la cuestión ya que, ante la incuestionable gravedad del cuadro, la misma debió hacerse apenas ingresada a la U.T.I., y no varias horas después como aconteció en el caso en estudio.-

Sostuvo que el reconocimiento del shock hipovolémico en una fase precoz implica reversibilidad, y por lo tanto disminución de la morbimortalidad, distinguiendo tres estadios evolutivos: 1) fase de shock compensado; 2) fase de shock descompensado; y 3) fase de shock irreversible, describiendo a continuación el tratamiento necesario para la reposición de la volemia (soluciones cristaloides, coloides y fármacos cardiovasculares).-

En definitiva, la **Dra. Toddere** concluyó que cuando finalizó la cesárea, debido a la inestabilidad hemodinámica que presentaba, la paciente fue trasladada a U.T.I., donde fue recibida a las 00:00 horas por el **Dr. Segales** en mal estado general, hemodinámicamente inestable, hipotérmica, cianótica, con taquicardia sinusal, tensión arterial no registrable y respiración ruda, es decir **con shock hipovolémico con un estado de compromiso de la microcirculación evidente y difícilmente reparable**. Y que luego, al constatarse un sangrado a nivel del tubo de drenaje **"...se insiste con el pedido de plaquetas y de glóbulos rojos..."** (sic), sin tener en cuenta que "insistencia" es sinónimo de "reiteración", y que esta fue la primer solicitud de productos hemáticos que realizó **Segales**.-

Y posteriormente le echó la culpa de todo lo ocurrido al "sistema de salud", aduciendo que la Clínica Tachella "...no cuenta con un servicio de hemoterapia, ni con banco de sangre, por lo que ante el requerimiento de la misma el médico solicitante se comunica con el operador de conmutador de turno de dicha clínica, quien debe llamar vía telefónica (celular) a un servicio de hemoterapia de guardia de la Clínica Constituyentes (que cubre Morón, LaFerrere, Catán, etc.) quienes envían a un

hemoterapista a compatibilizar al paciente (es decir llevar la muestra al banco de sangre para luego volver a la clínica con lo solicitado). Una vez entregadas las unidades de sangre, el hemoterapista de guardia se retira de la clínica. Esto hace pensar que el éxito total de un procedimiento no depende enteramente de un profesional, sino que a veces se ve influenciado por factores ajenos a él y a otras circunstancias imposibles de controlar, como es a veces precariedad del ámbito sanitario donde desarrolla su trabajo. Ninguna cadena es más fuerte que su eslabón más débil, interpretando la cadena como el sistema de salud, los eslabones como los administradores y el eslabón más débil como el médico..." (sic), afirmando en expresa disidencia con los peritos oficiales de La Plata que, "... en el caso de autos la actividad médica fue la adecuada PESE a la carencia del material solicitado oportunamente por el médico tratante para el adecuado y oportuno tratamiento de la paciente...", concluyendo que el **Dr. Segales** "...no cometió un actuar negligente ni imprudente o fuera de la lex artis, no existiendo conducta alguna que pueda ser reprochada a la totalidad de la asistencia por él brindada..." (sic).-

Cuando la perito **Toddere** fue oída en el juicio (art. 360 del C.P.P.), comenzó explicando que la paciente se internó en la Clínica Tachella por presentar una cesárea anterior con feto muerto, con desprendimiento placentario, dos partos normales, y que estaba cursando un embarazo a término de 37 semanas, con un período intergenésico corto entre dicho embarazo y el anterior, agregando que tenía un diagnóstico de placenta parcial previa, oclusiva y parcial.-

Que recién a las 19:00 hs. se la pasó al quirófano y se comenzó con la cesárea, naciendo a las 19:38 hs. un feto femenino. Que tras ello, cuando se iba a proceder al alumbramiento, se produjo un desprendimiento de la placenta, que se presentaba como más agarrada al útero que lo habitual, lo que generó el comienzo de un sangrado al nivel del cuerpo y del

cuello del útero. Que ante ello, el cirujano decidió hacer una histerectomía para evitar que se prosiga con esa hemorragia aguda. Que en el transcurso de la misma se produjo la lesión de la vejiga y, en consecuencia de ello, entró un cirujano urólogo para repararla, dejando en definitiva colocado un catéter -tipo talla vesical- para que saliera la orina, y otro catéter a nivel de la uretra.-

Que cuando terminó la cirugía, en el parte anestésico se consignó que la paciente se encontraba hipotensa y taquicárdica, por lo que se solicitó sangre y plaquetas para su reposición. Y que debido a que la mujer estaba en un mal estado general, se decidió su pase a UTI a las 00:00, ingresando allí en mal estado general, **con un shock tipo 2/3, explicando que el mismo consiste en una disminución de la volemia corporal, es decir, de la cantidad de sangre que hay en el cuerpo.** Que los estadios del shock se dividen en cuatro etapas o grados, siendo que en la primera el shock está compensado, en la segunda y tercera es reversible, y finalmente en la cuarta ya es irreversible.-

Que a su criterio, la paciente de este caso se encontraba en grado III aunque -evidenciando una marcada duda-, llegó también a sostener que estaba en la etapa III/IV, para terminar afirmando que la paciente estaba en una etapa de shock II/III, donde es muy difícil de revertir el cuadro. Que ante tantas vacilaciones, decidí formularle una pregunta tendiente a aclarar su parecer, respondiendo: "...Bueno... también me equivoqué y dije primero que era reversible y después irreversible... Entiendo que dije cosas diferentes, y me corrijo... Lo vuelvo a repetir... Hay distintas formas de clasificar el shock. En mi pericia por ejemplo yo lo clasifico en un estado reversible; un estado descompensado y un estado irreversible. Otros los clasifican en estadios 1, 2, 3 y 4. Que el estadio 1 sería el reversible, el 2 sería descompensado y muy difícil de revertir, el 3 casi imposible de revertir, y el estadio 4: irreversible..." (sic).-

Entonces, se le preguntó cuáles son las posibilidades que existen para revertir esos shocks, manifestando: "...En medicina nunca dos más dos es cuatro. Lo importante para saber que se puede revertir un shock, es que tengo que agarrarlo en los primeros minutos... o en la primer hora de producido..." Así las cosas, yendo al caso concreto de los hechos ventilados en esta causa, expresó que "...Si la beba nació a las 19:38 hs. y el alumbramiento se produjo a los pocos minutos, el horario aproximado en que se produjo el importante sangrado fue el de las 19:45 hs. aproximadamente, comenzando allí el shock hipovolémico de la paciente...". (sic).-

Luego, retomando su sinuoso discurso testimonial, **la Dra. Toddere** dijo que cuando la paciente ingresó a terapia estaba ya en un estado de descompensación (hipotensa, taquicárdica, ligeramente taquipnéica y con palidez), y si bien el examen cardíaco dio normal, la misma estaba taquicárdica, con una frecuencia cardíaca aumentada. Y además estaba con una "escala de Glasgow" 10/15, lo que quiere decir que tenía una leve afección cerebral. Que por todo ello, el **Dr. Segales** procedió a la expansión e indicó oxígeno, ya que hay que monitorear y controlar las frecuencias cardíaca y respiratoria, y colocar apoyo respiratorio que se logra a través del suministro de oxígeno (con mascarilla). Que la expansión se puede hacer con soluciones cristaloides o con sangre. Expandir es tratar de darle al paciente la cantidad de volumen que está perdiendo, siendo que en este caso se colocaron 6 frascos de solución, 3 de solución fisiológica y 3 de dextrosado. Además le colocó monitoreo continuo, oxígeno húmedo, le controló los signos vitales, y también cuidó el drenaje y la talla vesical, administrándole Dopamina para ayudar al corazón a contraerse más. **"...Esto es lo que corresponde hacer de acuerdo a las normas del arte de curar..."**, afirmó.-

Asimismo, aseguró que **Segales** le agregó gluconato de calcio y magnesio, coligiendo de ello que la paciente estaba siendo

transfundida, agregando: "...de hecho en la hoja 39 de la H.C., donde están las indicaciones de la enfermera de terapia intensiva, aparecen 2 unidades de glóbulos rojos y 300ml. de plasma fresco congelado 300 ml., siendo por eso que le agregó gluconato de calcio...". Sin embargo, cuando la reevaluó a la 01:00 hora, la paciente estaba igual.-

Que posteriormente, "...a las 02:30 horas, el Dr. **Segales** observó algo que la paciente no tenía al ingreso, ya que presentaba al nivel del drenaje 500 cc de sangre. Por eso es que hizo una interconsulta con el ginecólogo, y además pidió un nuevo laboratorio y solicitó 3 unidades de glóbulos rojos, 2 plasma y 6 unidades de plaquetas. Que dicha solicitud se la realizó a Hemoterapia..." (sic).-

Y aquí fue cuando la testigo se detuvo para introducir aquella circunstancia que tanto había resaltado en su dictamen, en el sentido de que la Clínica Tachella no cuenta con un Servicio de Hemoterapia, por lo que cuando se necesita sangre es necesario llamar por teléfono al técnico que está de guardia en la Clínica Constituyentes de Morón, y que abastece no sólo a la Tachella, sino también a todas las clínicas de la zona (Morón, Laferrere, González Catán, etc.). Que en tales casos el hemoterapista tiene que acercarse hasta la clínica, sacarle sangre al paciente, y luego ir a donde se encuentre el banco de sangre para realizar la compatibilización, hasta que finalmente se procede a la transfusión, todo lo cual tarda aproximadamente 40 minutos. Ahora bien, cuando se le preguntó si en los casos en que el pedido se hace con carácter de "urgente", esa tardanza puede ser menor, respondió: "...A mi entender no existen tres niveles de urgencia cuando se pide sangre...", y de inmediato se contradijo expresando: "...Sí, se puede pedir con urgencia... pero el examen de compatibilización se tiene que hacer igual ... influyendo esto en el tiempo que se tarda para llegar a la clínica..."-.

En punto a las discordancias horarias verificadas en los asientos de la historia clínica, la testigo las justificó sosteniendo que: "...Hay que tener en cuenta que nosotros estamos viendo todo con el diario de mañana, y con el resultado ya puesto. Pero el médico nunca está escribiendo al lado del paciente. Entonces hay ciertos horarios que no son coincidentes porque, más allá que tenga uno o diez pacientes, el médico lo que hace es atender, acompañar, compensar, indicar, pedir la sangre en forma oral, y sólo después completa las formas, por todo lo cual es que aparecen las pequeñas alteraciones a nivel de los horarios... Además, los médicos escribimos poco e ilegible. Nos cuesta mucho escribir. Por eso hay cierta imprecisión y no coinciden del todo los horarios..." (sic).-

Seguidamente prosiguió relatando que a las 05:00 horas, a pesar del apoyo inotrópico, la paciente seguía taquicárdica y taquipnéica, siendo que en ese horario el Dr. **Segales** además la encontró con un agotamiento respiratorio, por lo que procedió a intubarla para ponerla bajo asistencia respiratoria mecánica, no obstante lo cual la paciente igual continuó con hipotensión e hizo un paro cardiorrespiratorio, por lo que se le realizaron las maniobras de resucitación que en definitiva no respondieron, constatándose el óbito a las 06:10 horas de la mañana.-

Por todos los precedentes argumentos, la perito en cuestión, **reafirmó que el actuar del Dr. Segales en la terapia intensiva fue de acuerdo al lex artis. Que no hay nada para reprocharle, ya que cuando Carla entró a Terapia no tenía ninguna chance de sobrevivir porque estaba descompensada y porque, a pesar de todos los tratamientos que se le estaban suministrando, no se la logró compensar.-**

En otro tramo de su extenso testimonio, la **Dra. Toddere** explicó que la Coagulación Intravascular Diseminada (C.I.D.) es un estado patológico en el cual hay un aumento en la trombina que produce una activación de todos factores de coagulación. Es decir que se producen trombos adentro de los vasos sanguíneos.

Que esos trombos consumen los factores de coagulación y las plaquetas que hay en el cuerpo, hasta que llega un momento en que se pueden iniciar las hemorragias. Que se trata de un estado patológico muy grave, siendo que una vez que esta cascada de coagulación se empieza a producir, en el 99,99 % de los casos, es muy difícil de compensar. Sin embargo, fue precisamente por eso que **Segales** pidió glóbulos rojos, plaquetas y plasma, y que si no llegaron a tiempo fue por culpa del sistema de salud.-

Por último, tras realizar una clasificación de los distintos tipos de acretismo placentario, y de ilustrar acerca de sus seguras y graves consecuencias, al ser interrogada respecto de su método de diagnóstico previo en los casos -como el presente- en los que se conocen otros antecedentes de relevancia (v. gr. una cesárea anterior con un período intergenésico corto, dos partos normales, una cesárea anterior con un feto muerto, con multigesta 4), y pese a que ya se había expedido al respecto en su informe por escrito del que se le dio lectura en alta voz, la **Dra. Toddere** se mostró reticente y visiblemente molesta por la cuestión, pero no obstante ello finalmente asumió que: "...Si, se deben pedir otros estudios para ver una placenta ácreta que son como más certeros, como el eco Doppler o la resonancia..." (sic). Pero aún así insistió tozudamente refiriendo que en este caso sólo se pidieron ecografías y ninguna de ellas daba a pensar que la paciente pudiera tener una placenta ácreta.-

14.- Cuando le tocó el turno de declarar, la enfermera **Claudia Beatriz Jordana**, brindó pocos detalles acerca de lo sucedido ya que, bajo el argumento de que transcurrieron siete años, dijo no recordar varias de las precisiones que se le requirieron en la audiencia. Además, aseguró que ella ingresó al quirófano recién a las 21:00 horas -porque ese era su horario de trabajo-, siendo que la cirugía en cuestión ya había comenzado.-

Lo que sí pudo traer a su memoria fue que el responsable de la operación de cesárea fue el **Dr. Gamietea**, quien ya había

realizado la histerectomía, sosteniendo que después de aquella oportunidad no volvió a ver a dicho profesional. Que también participaron el urólogo Rodríguez, el anestesista Zabala y la instrumentadora "Susana", desconociendo cuáles fueron sus tareas.-

Por último, brindó dos llamativas respuestas. La primera: que no recordaba que se haya transfundido a la paciente en el quirófano, siendo que por lo general es a ella a quien los médicos le reclaman que haga el pertinente pedido. Y la segunda: que en la Clínica Tachella no existe servicio de hemoterapia, por lo que siempre hay que pedir sangre fuera del nosocomio y, cuando se trata de casos de urgencia extrema, la misma tarda no más de quince minutos en llegar.-

15.- Por su parte, escaso fue el aporte brindado para el esclarecimiento del asunto por la instrumentadora **Susana Beatriz Alleno**, ya que la misma sólo pudo rememorar que se trató de una cirugía complicada, puesto que fue necesario practicar una histerectomía por un sangrado profuso que, cuando finalizó la operación, ya se había detenido.-

Lo que no pudo recordar la testigo es que se haya hecho alguna transfusión de sangre en el acto quirúrgico.-

16.- También se escuchó en el juicio oral la declaración testimonial que entregó el **Dr. Oscar Bertinetti**, quien comenzó diciendo que en el ámbito privado se desempeña laboralmente en la Clínica Tachella, siendo que ya en el año 2.007 ostentaba el cargo de jefe de Hemoterapia en dicho Sanatorio.-

Explicó que por entonces el servicio estaba compuesto por técnicos que cubrían **guardias pasivas** que respondían a las distintas solicitudes de transfusión de los médicos. Que en dicha clínica hay un espacio físico previsto para el servicio de hemoterapia, cuyo trabajo consiste en estudiar al posible receptor y en buscar unidades que sean compatibles para después transfundirlo. Pero que sin embargo, en la Clínica Tachella **no hay servicio de hemodinamia activa ni banco de sangre**, siendo

que la guardia pasiva trabaja en coordinación con la Clínica Constituyentes de Morón.-

Que en los casos en que existe una urgencia se acude a un sistema de comunicación telefónico, debiéndose elaborar el pedido mediante los siguientes pasos: 1º) El médico hace el pedido por escrito al servicio de hemoterapia; 2º) El técnico tiene un banco de sangre para abastecer la urgencia; 3º) Con el pedido el técnico concurre a la clínica, estudia al paciente y sus componentes, y luego lo transfunde. Que todo eso debe estar perfectamente registrado, según la Ley provincial n° 11.725 y su Decreto Reglamentario n° 3.716, siendo que la rapidez del proceso depende del carácter con que se hace el pedido de sangre.-

Que en **el pedido transfusional debe constar la cantidad solicitada y la urgencia con la que se requiere el material, agregando que el pedido de sangre realizado con extrema urgencia no supera una hora en ser satisfecho**, ya que en tales casos se deben obviar los pasos de seguridad intermedios de compatibilidad.-

Que en las cirugías programadas el cirujano hace el pedido y, cuando llega la hora de la operación, las unidades de los componentes solicitados deben estar ahí Y que asimismo, el profesional tiene la obligación de pedir la sangre desde el momento mismo en que toma contacto con su paciente en una cirugía complicada.-

Que el proceso desde la toma de la muestra hasta la transfusión, en un procedimiento normal, puede demorar aproximadamente 40 minutos o más, relatando que tanto los cirujanos como la institución tienen lista una cadena de teléfonos alternativos al de la guardia de hemoterapia.-

Exhibidas que le fueron las fs. 19 a 21 de la historia clínica, dijo que las mismas no son hojas de pedidos de transfusión, agregando que dichas planillas se deberían completar una vez transfundido el paciente, por lo que estimó que en este

caso pudo ocurrir que se haya estado transfundiendo a la paciente cuando obitó.-

Consultado que fue acerca del contenido de la planilla del anestesista de fs. 14, respondió que la misma no se corresponde con las de fs. 19/21, porque el pedido debió ser hecho antes.-

Luego, ante la insistencia de la defensa de **Gamietea**, el testigo en cuestión reiteró que: **"...con respecto a esta paciente el pedido no fue solicitado como de "extrema urgencia", lo que significa que no era urgente..."** (sic).-

Interrogado que fue por la Fiscalía, **Bertinetti** adujo que habitualmente, cuando se sospecha que puede haber una pérdida de sangre importante, los pedidos deben hacerse antes de la cirugía, y se puede solicitar también una reserva extra coordinada, de acuerdo a la gravedad de la patología.-

Antes de finalizar esta declaración, a pedido de la Fiscalía, se le impartió al testigo una orden de presentación de los registros de pedidos de transfusión solicitados por los médicos intervinientes en el caso de autos, de las solicitudes del Servicio de Medicina Transfusional de la Clínica Tachella, y de las constancias existentes en los libros respectivos acerca de tales diligencias, medida que fue cumplimentada por el **Dr. Bertinetti**, agregándose la aludida documentación certificada a fs. 801/809, cuyo ingreso al debate se concretó por lectura.-

Muy poco es lo surge de tales asientos en virtud de su escasa claridad y la ausencia absoluta de explicaciones sobre su contenido. Pero no obstante, puedo llegar a interpretar que allí concretamente constan **los distintos pedidos cursados para transfundir a la paciente a las 21:00 hs. del 16/10/07, y a las 03:30 y 06:00 hs. del día 17/10/07** (fs. 801 y vta.); las planillas de solicitudes con los mencionados horarios (fs. 802/804); y la hoja pertinente del Libro de Transfusiones, perteneciente a la "Fundación Hematológica Sarmiento" (Fu. He.

Sa.) con la Clínica Tachella (fs. 806/807), con idénticos datos.-

Sin embargo, como puede apreciarse de lo destacado con negrillas, **no existe en la precitada documentación ninguna constancia del pedido de 3 unidades de glóbulos rojos, 6 de plaquetas y dos de plasma fresco congelado consignado en el asiento obrante a fs. 16/vta. de la Historia Clínica, que supuestamente habría efectuado el terapeuta Segales a las 02:30 hs. del 17/10/07.-**

17.- Por su parte, voy a descartar el informe elaborado a fs. 715/719 por los profesionales integrantes del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito II), **Dres. Juan Carlos Raffa, Mirta E. Vega y Francisco Di Iorio**, producido como prueba suplementaria por la Defensa del acusado **Segales Salvador**, toda vez que el mismo consiste en una burda copia textual de las conclusiones a las que arribara la perito de esa parte **-Dra. María Teresa Toddere-** a fs. 355/358 y vta., y cuyo análisis ya se efectuó en el considerando 13).-

18.- Deje, a propósito para esta parte final del análisis relativo a las violaciones de los deberes objetivos de cuidado el contenido de la declaración testifical que brindó durante el juicio el anesthesiólogo que participó en la cirugía de **Carla Romito**, es decir el **Dr. Horacio Fidel Zabala**, puesto que -como bien lo han sostenido algunos de los profesionales ya citados- la deficitaria actuación del nombrado incomprensiblemente no ha sido tomada en cuenta en forma oportuna por la Fiscalía de instrucción que llevó a cabo la Investigación Penal Preparatoria, considerando quien suscribe -como más adelante lo enunciar,- que el mismo también ha aportado una cuota importante de responsabilidad en el desenlace fatal que se produjo.-

Zabala comenzó expresando que la operación se inició por el diagnóstico de "placenta previa" que había hecho el obstetra **Gamietea** -respecto del cual dijo no haberlo vuelto a ver desde aquel día-.

Que el deponente realizó el correspondiente bloqueo peridural o raquídeo, y que sólo después, durante el alumbramiento, se descubrió que en realidad estaban ante la presencia de una **"placenta ácreta"**.-

Que fue ante tal descubrimiento que se decidió ponerle más vías a la paciente, ya que iba a ser necesario requerir una transfusión, agregando que la sangre se pidió con carácter de urgencia, pero no recordando en definitiva cuanto tiempo demoró en llegar.-

Interrogado acerca de cómo fue la evolución de la paciente, dijo que él se encargó de controlar los signos vitales todo el tiempo, mientras que el Dr. **Gamietea** fue quien hizo la cesárea, y después continuó con la histerectomía y el cierre."**...Yo estaba encargado de la reposición de la sangre...**"(sic).-

En otro pasaje de su relato, **Zabala** se contradijo sosteniendo que en realidad la paciente tenía **"placenta pércreta"**, que "...es la peor de todas porque invade otros órganos..." (sic). Respecto de este tema, la información técnica que brindaron los distintos profesionales que intervinieron en este juicio -sumada a la lectura que a modo ilustrativo he realizado de publicaciones relacionadas-, me conducen a sostener la absoluta falta de precisión del testigo en análisis, ya que el "acretismo" resulta ser una patología general que contiene tres especies: a) la "placenta ácreta" propiamente dicha, que es aquella que se da cuando la placenta se adhiere excesivamente a la pared uterina; b) la "placenta íncreta", que es la que penetra el músculo uterino o la pared uterina (miometrio); y c) la "pércreta", que es la que traspasa el miometrio y se expande a otros órganos próximos al útero, como por ejemplo la vejiga. Sentado lo anterior, la calificación de "imprecisa" de la respuesta de **Zabala** se funda en que en este caso sólo ha existido una "placenta ácreta", tal como lo afirmaron todos los peritos, el autopsista, y hasta la médica histopatóloga actuante.-

El testigo prosiguió respondiendo que la hemorragia de gran magnitud estaba fuera del control. Que él reponía la sangre pero había una pérdida por otro lado. Era tanto uterina como de todo el tejido que estaba lacerado. Y, cuando se le preguntó si en definitiva se pudo controlar la hemorragia dentro del quirófano, respondió en forma dubitativa: "...y sí...se controló, pero sangró bastante, no recuerdo cuánto..." (sic).-

Posteriormente adujo que la presencia del Dr. **Gamietea** en el quirófano prosiguió en toda su intervención y durante la reparación de la vejiga también. "...El cierre estuvo a cargo de **Gamietea**....", aseveró. Pero no mostró la misma seguridad cuando agregó: "...Al momento del cierre, creo que no había más hemorragia dentro de la paciente... supongo que estaba controlada, ya que no se puede hacer un cierre si no está controlada la hemorragia...Al menos no se debería..." (sic).-

Cuando se le preguntó si además de la pérdida hemática, existieron otros signos de los que él controlaba que podían dar la pauta de que la paciente continuaba con hemorragia, se limitó a responder con suma vacilación: "...la taquicardia, la hipotensión... y hay otras cosas que pueden provocarla, fundamentalmente lo visual...." (?) .-

Finalmente, volviendo sobre sus propios dichos, expresó que el cierre terminó cerca de la medianoche, y que la hemorragia se pudo controlar un rato antes de dicho cierre.-

Cuando se le exhibió la fs. 14 de la historia clínica, reconoció su firma, y acto seguido se justificó proclamando que si bien en ese parte figura que a las 23:00 terminó la cirugía, la planilla puede estar incompleta "...ya que le falta un pedacito que yo generalmente lo abrocho... pero acá no está ..." (sic). Agregando sin ruborizarse que: "...también surge de esa planilla que la presión arterial varió... descendió... ""puede ser"" porque allí haya comenzado la hemorragia, que fue muy importante...", y "...Luego la presión arterial fue sostenida porque la paciente recibió una sedación. La hipotensión se

mantuvo constante, pero cuando se cortó la hemorragia pudo haber mantenido una presión baja aunque estuviera cohibida la hemorragia..."-.

Más adelante recordó que, en definitiva, el estado de la paciente al pasar a UTI era grave. Y que: "...Por eso fue a terapia... estaba lábil hemodinámicamente, pero compensada cuando entró a terapia..."-.

Respecto de las cantidades repuestas a la paciente, contestó: "...Según el parte anestésico, pedimos 3 unidades de glóbulos, 2 de plasma, 1.500 de expansores y 8.000 de fisiológica.... Eso fue dentro del quirófano. Supongo que un rato antes se avisó a UTI que iba a ir una paciente con estas características. Normalmente se avisa antes de que llegue el paciente... No recuerdo pero siempre se avisa....La enfermera de quirófano avisa..."-.

Pero lo más significativo de su confuso relato fue cuando aseguró que él fue quien estuvo a cargo de la recuperación de la volemia, realizando la reposición de líquidos y sangre, solicitándole para ello a la enfermera del quirófano que llamara al Servicio de Hemoterapia, siendo que dicho pedido lo hizo con carácter de "urgente". Es por esta afirmación que en párrafos más arriba anticipé, que la actuación de **Zabala** también tuvo incidencia en el resultado mortal del caso.-

19.- Sentado todo cuanto precede, plasmada como ha quedado la verificación de una cadena de irregularidades en las que incurrieron ambos encartados -lo cual sin duda alguna resultó dirimente para que se produzca el luctuoso desenlace-, resta por analizar si las apuntadas transgresiones a los deberes objetivos de cuidado han sido además **CAUSAS EFICACES DE DICHO RESULTADO.-** Veamos.-

Respecto de **Pablo Sebastián Gamietea:** Las pruebas rendidas en el juicio, analizadas en su conjunto y a la luz de las reglas de valoración previstas por el sistema procesal vigente (artículo 210 del C.P.P.), me conducen a concluir que las

violaciones a los deberes objetivos de cuidado en las que ha incurrido **Pablo Sebastián Gamietea**- traducidas en plurales actos, tanto comisivos como omisivos-, han constituido el nexo causal del luctuoso resultado, y que las mismas se han verificado antes, durante, e inclusive después del acto quirúrgico que practicó el día 16 de octubre de 2.007 en la Clínica Tachella de la localidad de Haedo, en la persona de quien fuera en vida **Carla Natalia Romito**.-

En efecto, aproximadamente tres meses "**antes**" de la fecha del parto comenzó a atender a la paciente, y tras la simple realización de algunos estudios ecográficos, estableció que ésta presentaba una placenta previa. El asunto no hubiera pasado a mayores si el mencionado obstetra hubiese tenido en cuenta los restantes factores de riesgo de acretismo placentario que se conjugaban en la infortunada **Carla** puesto que, como especialista de la obstetricia que es, **Gamietea** no podía desconocer lo que todos los peritos que concurrieron a este juicio nos han venido a ilustrar -excepción hecha del que propuso su defensa-, en el sentido de que el acretismo suele darse en casos de mujeres con placenta previa que han tenido varios partos anteriores, algunos de los cuales mediante cesárea, y con un corto período inter genésico.-

Contando con un completo panorama de lo anterior (pues así lo aseguró **Pedro Delgadillo**, es decir el exconcubino de la víctima), en lugar de prescribir la realización de estudios imagenológicos complementarios tendientes a confirmar si aquel riesgo era o no una realidad, **Gamietea** se limitó a programar una cesárea para la semana 37,5 del embarazo, cuando en realidad lo aconsejable era hacerla para la semana 36. Pero no sólo eso, sino que además optó por realizar el acto quirúrgico en un nosocomio que no contaba con un servicio de hemoterapia, lo cual -como luego se patentizó- resultaba imprescindible para afrontar la contingencia hemática que, tanto la placenta previa como el acretismo placentario, generan en forma inevitable.-

Lo más inconcebible fue que tampoco les informó a la paciente y a su pareja acerca de la existencia de aquellos riesgos, ya que esa información resulta ser un deber que todo profesional de la medicina tiene que observar, para que sus destinatarios puedan ejercer libremente su derecho a elegir.-

El acusado tampoco previó convocar a un equipo multidisciplinario para la operación. Si bien este aspecto ha sido controvertido por la Defensa por provenir de un protocolo elaborado por un instituto privado y no de un estándar general de actuación, lo cierto es que **Gamietea** ni tan siquiera se preocupó por contar con un hematólogo especialista en condiciones de combatir un sangrado masivo, depositando en cambio toda su confianza para dicha tarea en las manos del anesthesiólogo **Horacio Fidel Zabala** quien, como ya lo consignara en el considerando anterior, ha desplegado una deficitaria actuación que inexplicablemente no fue objeto de reproche penal por parte del Ministerio Público.-

En virtud de lo expuesto, considero que las apuntadas imprevisiones del médico tratante han producido una elevación del riesgo propio de la operación, al no contar con los profesionales y con la infraestructura adecuados para la intervención que llevó a cabo, actuando de tal forma de manera descuidada.-

En los casos como el que aquí nos ocupa, la ley penal no proscribe que se asuman riesgos, ya que ellos están implícitos en la actividad médica que gira en torno a la salud y a la vida de las personas. Tampoco reprime cualquier resultado fatal, puesto que el mismo es posible que se produzca por la propia naturaleza de las cosas. Lo que la norma penal pretende en estos eventos es que, de la actuación médica, no se deriven consecuencias que el profesional interviniente hubiera podido evitar.-

Pero hay más.-

Ingresando al análisis de la actuación de **Gamietea** "**durante**" la fase de la operación cesárea, se ha comprobado que

recién allí -luego de que la criatura felizmente naciera con vida-, al intentar el alumbramiento de la placenta, descubrió que la misma era ácreta. Y que al tratar a toda costa de desprenderla de las paredes uterinas (sin tomar recaudo alguno), se produjeron los desgarros generadores del abundante sangrado que derivó en un cuadro de shock hipovolémico y su consiguiente coagulopatía de consumo, todo lo cual no pudo contrarrestar en atención a las ya referidas imprevisiones.-

No quedó del todo claro si durante la operación se hicieron o no transfusiones (algunos peritos lo pusieron en duda; los asientos de la historia clínica sobre este tema lucen bastante desprolijos; e incluso la propia instrumentadora del quirófano no pudo recordar que aquellas se hayan hecho). Tampoco se probó en el debate dónde y cómo "aparecieron" los productos hemáticos presuntamente transfundidos en aquel momento, más allá de la poco clara documentación que aportara el **Dr. Bertinetti**. Pero lo que sí aparece verificado, aún cuando en el quirófano se hubiesen hecho transfusiones, es que la volemia de la paciente nunca llegó a recomponerse en ese lapso, puesto que si así hubiera ocurrido el estado de **Carla** al ingresar inmediatamente después a la U.T.I. tendría que haber sido más estable.-

Finalmente, "**después**" de la cirugía, y tras poner a la paciente en manos del terapeuta, **Gamietea** tomó la pésima decisión de retirarse de la clínica con destino desconocido, puesto que la conducta esperable ante tan severo cuadro en el que había quedado **Carla Romito** era la de permanecer allí para colaborar con su colega. ¿Acaso consideró que la mujer ya había dejado de ser su paciente desde que él terminó su cirugía?. ¿Creyó que su presencia en la clínica ya no era necesaria?. El devenir de los acontecimientos demostró que esto no era así, puesto que a las 02:30 de la madrugada fue llamado de urgencia por **Segales Salvador** en atención al nuevo sangrado y al empeoramiento del estado de la víctima que, pocas horas después, terminó irremediablemente falleciendo.-

En suma, la precedente reseña me persuade de la negligencia que gobernó el actuar de **Pablo Sebastián Gamietea** en los hechos en juzgamiento.-

Según el Diccionario de la Real Academia Española, el vocablo "negligencia" (uno de los verbos típicos del delito atribuido) significa: "descuido, falta de cuidado". Por su parte, la doctrina ha definido a la "negligencia" como: "...una conducta que se realiza incumpliendo un deber..." (Soler); un "...comportamiento descuidado..." (Ricardo Nuñez); una "...falta de precaución..." (Fontán Balestra); o una "...negación de la diligencia..." (Jiménez de Asúa); hasta llegar a nuestros días, donde Zaffaroni considera que "...toda imprudencia es negligente, dado que una conducta imprudente no es más que una negligencia específica..." y, en definitiva, acepta como sinónimos los términos "culpa", "negligencia" e "imprudencia".-

Finalmente, desde el punto de vista médico, la "negligencia" consiste en un acto mal realizado por parte del proveedor de asistencia sanitaria que se desvía de los estándares aceptados en la comunidad médica, y que causa alguna lesión o la muerte al paciente. Es haber realizado actos no apropiados o sin la diligencia requerida para el caso particular, constituyendo una vulneración a la lex artis.-

Todas y cada una de las precedentes concepciones encajan como anillo al dedo respecto de la actuación desplegada por **Pablo Sebastián Gamietea**, concluyendo quien suscribe que el nombrado tenía a su alcance las posibilidades y el tiempo suficientes de adoptar conductas distintas que habrían evitado la consecuencia aciaga.-

Respecto de Julio Rafael Segales Salvador:

Surge de la historia clínica (más precisamente de sus fojas 16/17) que, al momento de ingresar a la Unidad de Terapia Intensiva, **Carla Romito** estaba en un mal estado general, taquicárdica, con hipotensión severa, tensión arterial indetectable y palidez universal, datos éstos que fueron

avalados por el Laboratorio que informó un "KPTT mayor de 3", lo que indicaba (juntamente con el examen clínico) que la paciente estaba cursando una coagulopatía de consumo y una plaquetopenia, como efectivamente se consignó en esas mismas páginas. Y que dicho cuadro resultó secundario al shock hipovolémico que se había desencadenado a partir del momento mismo del imprudente alumbramiento de la placenta que hizo **Gamietea** aproximadamente a las 19:30 horas.-

Lo dicho implica que el cuadro era tan severo que se hacía muy complicado lograr revertirlo. Pero, claro está dicha complicación no era en absoluto irreversible.-

Se ha acreditado que el tratamiento y la medicación que **Julio Rafael Segales Salvador** le suministró a la paciente (fundamentalmente la Dopamina y los expansores de volúmenes), lograron que aquel cuadro general se fuera mejorando ligeramente. Ello es lo que surge del asiento de la hora 01:00 de la H.C. (por ejemplo, la presión arterial sistólica ya era registrable).-

Pero sin embargo, cuando a las 02:30 horas **Segales Salvador** constató la pérdida de aproximadamente 500 cm. cúbicos de secreción hemática por el tubo de drenaje, recién entonces supuestamente solicitó por primera vez 3 unidades de glóbulos rojos, 6 de plaquetas y 2 unidades de plasma fresco congelado.-

Respecto de esto último, advierto que el asiento en cuestión (obranste a fs. 16/vta. de la H.C.), sugestivamente se encuentra confeccionado con una grafía diferente a la del resto del escrito, ya que recién cuando ahí comienzan a consignarse las solicitudes del material hemático, la letra pasa de cursiva a imprenta minúscula, y con un tamaño ostensiblemente más pequeño, pareciendo ello indicar que, más que una escritura original, fuese un "agregado".

No pretendo asumir el trabajo de un perito calígrafo -ni tampoco estoy llamado para ello-, pero la presunción destacada precedentemente tiene su lógico correlato con las conclusiones que ya he plasmado en el último párrafo del considerado 16) de

este veredicto, a cuyas constancias remito al lector en honor a la brevedad.-

A lo dicho debe sumarse que en la hoja de solicitud de transfusión obrante a fs. 20 y vta., el horario en que finalmente se habría efectuado dicho pedido fue el de las 03:30 horas, y que allí sólo surge que se pidieron 3 unidades de glóbulos rojos centrifugados y una de sedimento globular, pero nada se consignó acerca de las 6 unidades de plaquetas.-

Cabe también agregar que en las solicitudes de material hemático lucientes a fs. 20 y 21 de la H.C., el médico **Segales Salvador** no tildó el carácter de los pedidos (es decir, si eran "sin urgencia", de "urgencia relativa" o de "extrema urgencia"), lo que tampoco se desprende de la documentación que aportó el hematólogo **Bertinetti** durante el juicio oral (cfr. fs. 802/803).-

Sin perjuicio de lo hasta aquí expuesto, y retomando la circunstancia relativa al grave y complicado cuadro con el que la paciente ingresó a las 00:00 horas a la Unidad de Terapia Intensiva a cargo de **Segales Salvador**, resulta a mi criterio evidente que la inacción del nombrado en tratar de reponer la volemia de **Carla Romito** ha sido -en definitiva- el fundamental aporte del nombrado para que se concretara el infausto desenlace.-

En efecto, si no se pierde de vista que la víctima venía cursando un shock hipovolémico que de ningún modo pudo ser revertido en el quirófano, la conducta que debió llevar a cabo **Segales Salvador** era la de proceder "**en forma inmediata**" (es decir a las 00:00 horas) a la realización de una nueva transfusión, y no pedir los materiales hemáticos recién a las 02:30 y 03:30 horas. Ello así porque como bien lo explicaron los peritos **Berman** (oficial), **Figueras** (por el Particular Damnificado), **Toronchik** (por la defensa de **Gamietea**) e incluso la **Dra. Toddere** que representó los intereses del imputado de mención, **el adecuado tratamiento del shock en las primeras horas**

de su curso es la única forma en que se puede revertir el cuadro.-

En cambio, la prueba rendida vino a indicar que **Segales Salvador** en realidad comenzó a preocuparse -y consecuentemente, a ocuparse- como correspondía, cuando constató el sangrado en la bolsa de drenaje, haciendo su primer solicitud al Servicio de Medicina Transfusional y llamando con urgencia al obstetra **Gamietea** quien, para ese entonces, se había retirado de la clínica. Y posteriormente, efectuó otro desesperado -pero absolutamente tardío- reclamo de productos hemáticos, evidenciando un importante descontrol respecto del cuadro de la paciente quien, lamentablemente, ya tenía su suerte echada, verificándose su óbito a las 06:10 horas.-

Por todo lo expuesto, concluyo en la sincera convicción de que una porción importante de responsabilidad en el deceso de **Carla Romito** recae en cabeza de quien la estuvo asistiendo durante sus últimos momentos de vida. Y que la negligente falta de acción urgente del acusado, en modo alguno puede ser soslayada para desviar la atención -como lo propuso la defensa de **Segales Salvador** con apoyo en el dictamen de la perito **Toddere**- en el llamado "precario sistema de salud" que ciertamente reinaba en la clínica escenario de los hechos, donde no había Servicio de Hemoterapia ni banco de sangre.-

Insisto por última vez: si **Julio Rafael Segales Salvador** hubiera actuado como debía desde el mismo momento en que recibió a la víctima en la unidad a su cargo, es decir cuando las chances de sobrevivida de **Carla Natalia Romito** aún estaban vigentes, seguramente otro hubiera sido el final de la historia. Pero por las razones expuestas, está más que claro que eso no se logró como consecuencia de la conducta omisiva y negligente del acusado, quien entonces deberá responder por el irreparable mal causado.-

20.- Para ir concluyendo, a continuación habré de referirme a aquellas consideraciones expuestas por las respectivas defensas de los acusados en sus alegatos, y que hasta aquí no han sido abordadas.-

a) El **Dr. José Luis Puricelli** -letrado codefensor de **Pablo Sebastián Gamietea**-, adujo que el delito previsto por el art. 84 del Código Penal, por ser un "tipo penal abierto", es de dudosa constitucionalidad, por afectar al "principio de legalidad" que establece que lo que no está expresamente prohibido, está permitido.-

Más allá de no haber concretado un pedido concreto de inconstitucionalidad, la importancia del planteo merece una puntual respuesta.-

La indefinición de la conducta considerada ilícita en los tipos culposos no viola por sí mismo el mentado principio de legalidad, desde que la misma no se diferencia con la forma adoptada por la ley para determinar la tipicidad de las conductas en los delitos dolosos (v.gr. el art. 79 del C.P. que establece "al que matare a otro", sin precisar la forma en que lo hace). Sostener lo contrario podría generar una absoluta inseguridad jurídica ya que se debería consagrar la inconstitucionalidad de las múltiples normas penales que integran nuestro Código de Fondo que no precisan en forma circunstanciada cuáles son las conductas punibles que reprimen, tanto a título de dolo como de culpa.-

Es precisamente por ello que los tipos culposos se han legislado como tipos abiertos, incluyendo la preposición "por" que habilita la tarea del juzgador de comprobar, en cada caso, que la causación del resultado lesivo ha sido producto de la impericia, inobservancia de los reglamentos o deberes, imprudencia o -como en este caso- negligencia del imputado, en violación al deber de cuidado que tenía a su cargo.-

Luego, ensayó una enérgica crítica del Protocolo del Hospital Italiano en el que se basó la acusación, por considerarlo "una opinión no estandarizada", destacando en apoyo

de su postura el axioma: "...Donde la Ciencia debate, el Derecho cede...". Sin perjuicio de ya haberme pronunciado sobre este tema en el considerando anterior, corresponde reafirmar que la opinión del señor defensor no se compadece con el criterio casi unánime que sostuvieron los especialistas que han declarado en este juicio (la mayoría de los cuales coincidieron con el Protocolo del Hospital Italiano en cuanto al diagnóstico, al tratamiento multidisciplinario con que se debe abordar el acretismo placentario, y con el centro médico de alta complejidad al que se aconseja acudir en estos casos).-

Pero a ello se le suma -aunque no haya sido debatido en el juicio, y por tratarse de una situación de público y notorio conocimiento-, que cualquier persona navegando por internet, puede libremente acceder, ingresando al sitio "www.colmed3.com.ar/frp/obstetricia.pdf", al trabajo titulado "Guía de Procedimientos en Obstetricia - Basados en la evidencia", elaborado por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires -Distrito III-, tercera edición del año 2009, **entre cuyos autores se encuentra precisamente el Dr. Adrián Gabriel Toronchik (perito propuesto por el distinguido letrado)**, en cuyo capítulo 9 - "Acretismo Placentario" (p gs. 177 a 193), se enarbolan los mismos factores de riesgo de esta patología enunciados por el cuestionado Protocolo, idénticos métodos diagnósticos, e igual tratamiento (equipo multidisciplinario), predicando además que, cuando el acretismo se constata durante una operación cesárea -como en este caso-, y "...cuando esto ocurre en un centro de baja complejidad, y la postergación de la cesárea no afecta la morbilidad materna ni fetal, existe la posibilidad de realizar el cierre de la pared abdominal y derivar la paciente a un centro de alta complejidad para que se lleve a cabo la cirugía en condiciones óptimas de seguridad. Si estuviéramos en las mismas condiciones una vez realizada la extracción fetal, es posible realizar ligadura y sección del cordón, introducir el mismo dentro de la cavidad uterina, no

intentar remover la placenta, realizar la histerectomía, cierre por planos y derivar a la paciente con el mismo fin..."-.

En otro tramo de su alegato, el **Dr. Puricelli** dijo que su asistido "actuó con absoluto celo profesional, evolucionando a la paciente cada tres horas", aserto que no surge acreditado en la fase previa a la cirugía (recuérdese que el concubino **Delgadillo** dijo que **Gamietea** la visitó sólo una vez mientras esperaba). Y lo que es peor aún, tampoco lo hizo en la fase posterior de terapia intensiva (momento en el que inclusive aquél se retiró de la clínica).-

Y por último, relativizó las evidentes desprolijidades de la historia clínica, afirmando que ello "no hace responsables a los médicos de la violación de sus deberes de cuidado, ya que los mismos son formados para tener capacidad asistencial, y no para llenar papeles", planteo que, por no haber sido objeto de reproche penal, debe permanecer en el terreno de las simples conjeturas.-

b) A su turno, el **Dr. Daniel Andrés Corniola** -defensor de **Julio Rafael Segales Salvador**-, puso todo su énfasis en sostener que no se ha logrado demostrar con el grado de certeza necesario para este estadio procesal que su asistido haya actuado con imprudencia o negligencia, ni que su obrar haya sido la causa de la muerte de la víctima, por cuanto la misma ingresó a la U.T.I. "en estado irreversible", planteo que no ha tenido favorable acogida por las razones ya invocadas.-

21.- Sentado todo cuanto precede, en virtud de las piezas de convicción que se enumeraron en forma precedente, **encuentro plenamente acreditado y resulta mi sincera convicción que:**

El día 16 de octubre de 2.007, aproximadamente a las 19:20 horas, la paciente Carla Natalia Romito fue ingresada al quirófano de la "Clínica Privada Dr. Marcelo S. Tachella S.A." -sita en la calle Segunda Rivadavia n° 15.557 de la localidad de Haedo, partido de Morón-, a fin de ser sometida a una operación cesárea.-

En tal ocasión, el obstetra Pablo Sebastián Gamietea, quien se encontraba en pleno conocimiento de que se trataba de un parto de riesgo por presentar la paciente una placenta previa que, él mismo había diagnosticado durante los últimos tres meses del proceso de gestación, inició la cirugía a las 19:25 horas con marcha normal -a punto tal que la criatura nació con vida-, hasta que, en el momento del alumbramiento llevó a cabo maniobras para desprender la placenta del miometrio, produciéndose un sangrado en napa del cuello y parte del cuerpo uterino, situación por la que decidió realizar una histerectomía, acto en el cual se produjo la apertura accidental del techo de la vejiga que fue posteriormente reparada por el cirujano de guardia.-

Que durante el curso de todo el acto quirúrgico, según lo asentado en la historia clínica, la hemorragia habría sido controlada con transfusiones, circunstancia que no resultó cierta, toda vez que una vez que finalizó la operación a las 23:50 horas, la paciente fue derivada a la unidad de terapia intensiva, adonde ingresó a las 00:00 hora con un mal estado general, palidez generalizada, cianosis distal, taquicardia, taquipneica, hipotérmica, con tensión arterial no registrable, pérdida hemática importante y valores anormales de la coagulación, es decir en un shock hipovolémico grado II a III que indicaba que la paciente no había recibido en tiempo y forma los cuidados médicos necesarios durante su permanencia en el quirófano, denotando ello una actuación negligente y violatoria de los deberes objetivos de cuidado del obstetra en cuestión.-

Luego, una vez que Carla Romito se hallaba en la sala de cuidados intensivos con el cuadro con el que había ingresado y bajo el control de su responsable Julio Rafael Segales Salvador, siendo las 02:30 horas, éste último registró una pérdida de líquidos hemáticos por el tubo de drenaje que se le había colocado, procediendo recién entonces el mencionado galeno a solicitar productos de reposición al Servicio de Medicina

Transfusional y, ante la demora que se produjo en responder a su reclamo, efectuó una nueva solicitud tiempo después, administrando en definitiva la transfusión alrededor de las 05:30 horas, actuación negligente y en transgresión a los deberes objetivos de cuidado que, sumada a la protagonizada en el mismo sentido por su colega Gamietea, desencadenó el óbito de la paciente a las 06:10 horas del día 17 de octubre de 2.007.-

22.- En definitiva, y por las razones expuestas, concluyo en la convicción sincera de que **Pablo Sebastián Gamietea y Julio Rafael Segales Salvador** resultaron coautores penalmente responsables del acontecimiento descrito en el considerando anterior de este veredicto, y por tal motivo no tengo dudas que le asiste la razón a las partes acusadoras, debiendo los inculpados responder ante la sociedad por el mal causado. Así lo declaro por ser mi sincera convicción.-

Rigen los arts. 371 -apartados 1º y 2º- y 373 en función del 210 del C.P.P.-

SEGUNDO: "LA EXISTENCIA DE EXIMENTES".-

No existen circunstancias eximentes de responsabilidad penal que valorar en favor de los sometidos a juicio, ni tampoco fueron alegadas por las partes.-

Así lo declaro por ser mi sincera convicción.-

Rigen los arts. 371 Inc. 3º y 373 y cc. del C.P.P.P.B.A.-

TERCERO: "LA VERIFICACION DE ATENUANTES".-

Al igual que lo sostenido por la Fiscalía, concurren en favor de los acusados **Gamietea y Segales Salvador** como factores diminuentes de pena, los siguientes:

a) La circunstancia de que los mismos carezcan de condenas y/o procesos penales en sus prontuarios.-

Esto se desprende de los informes proporcionados tanto por el Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal (Fs. 266/267 y 268, respectivamente), como por la Dirección de Antecedentes del Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires (Fs. 270 y 279, respectivamente).-

b) La ausencia de sanciones disciplinarias o de procesos en curso por ante los respectivos Colegios Profesionales donde ambos encausados se hallan inscriptos, tal como luce informado a Fs. 731 y 732.-

c) Y sólo respecto de **Gamietea**, pondero como extremo diminuyente el favorable concepto -tanto personal como profesional- del que fue merecedor a partir de la declaración que en tal sentido brindó durante el juicio oral el testigo **José Diego Losada**. -

Rigen los arts. 40 y 41 del Código Penal; 371 inc. 4º y 373 del C.P.P.P.B.A.-

CUARTO: "LA CONCURRENCIA DE AGRAVANTES".-

También coincido con la Fiscalía cuando sostuvo que el hecho de haber sido la víctima una mujer joven y madre de tres hijos pequeños -a la última ni siquiera llegó a conocerla-, resulta un extremo agravante digno de mención, en atención a la mayor extensión del daño que ello trajo aparejado.-

Tal es mi convicción sincera.-

Rigen los arts. 40 y 41 del Código Penal; 371 inc. 5º y 373 del C.P.P.P.B.A.-

QUINTO:

Todo lo hasta aquí desarrollado me conduce a dictar **veredicto condenatorio** respecto de **Pablo Sebastián Gamietea y de Julio Rafael Segales Salvador** en orden a los hechos por los que resultaron formalmente acusados, lo que así consagraré, en la parte dispositiva.-

Rigen los artículos 210, 371 y 376 del C.P.P.P.B.A..-

Por las consideraciones expuestas, corresponde y así;

RESUELVO:

I) **PRONUNCIAR VEREDICTO CONDENATORIO**, en la presente **causa n° 1.795** del Registro de la Secretaría Única de este Juzgado a mi cargo, respecto de **PABLO SEBASTIAN GAMIETEA** y de **JULIO RAFAEL SEGALES SALVADOR**, de las demás condiciones personales obrantes en autos, por resultar coautores penalmente responsables del hecho

descrito en el considerando "primero" de esta resolución, ocurrido el día 17 de octubre de 2.007 en la localidad de Haedo, partido de Morón, provincia de Buenos Aires, en perjuicio de quien fuera en vida **Carla Natalia Romito**.-

Rigen los arts. 210, 371, 373, 374 y 376 del C.P.P.P.B.A.-

II) Regístrese, archívese copia, y manténganse los autos a despacho a fin de dictar sentencia (artículo 380 del C.P.P.P.B.A.).-

//rón, 23 de septiembre de 2.014.-

AUTOS Y VISTOS:

Para dictar sentencia en la presente causa n° 1.795, perteneciente al Registro de la Secretaría Única de este Juzgado en lo Correccional n° 1 del Departamento Judicial Morón (Carpeta de Causa n° 8.551 del Juzgado de Garantías n° 3 Departamental; I.P.P. n° 10-00-376683-07 de la Unidad Funcional de Investigaciones y Juicio n° 3 de la Fiscalía General Departamental), seguida a **PABLO SEBASTIAN GAMIETEA**; sin apodos; de 41 años de edad; de nacionalidad argentina; nacido el 18 de septiembre de 1.973 en la localidad y partido de Morón, provincia de Buenos Aires; de estado civil soltero; médico tocoginecólogo y obstetra; titular del D.N.I. n° 23.175.945; con domicilio en la calle Las Flores n° 972, Depto. 5 de la localidad de Haedo, partido de Morón, provincia de Buenos Aires; instruido; hijo de Sebastián Luís y de Norma Beatriz Colombo; con prontuario n° 1.342.156 de la Sección A.P. de la Dirección de Antecedentes del Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires; y a **JULIO RAFAEL SEGALES SALVADOR**; sin apodos; de 53 años de edad; naturalizado argentino; nacido el 30 de octubre de 1.960 en la ciudad de La Paz, República de Bolivia; de estado civil casado; médico ginecólogo, obstetra y de terapia intensiva; titular del D.N.I. n° 19.000.247; con domicilio en la calle Artigas n° 1.127 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; instruido; hijo de Rafael y de Berta Salvador; con prontuario n° 1.342.706 de la Sección A.P. de la Dirección de Antecedentes del Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires; ambos acusados como coautores penalmente responsables del delito de **Homicidio culposo (art. 84 del Código Penal).**-

Rige el art. 380 del C.P.P.P.B.A.-

Y RESULTANDO:

Que en el día de la fecha se dictó veredicto condenatorio respecto de los acusados **Pablo Sebastián Gamietea y Julio Rafael Segales Salvador.-**

Que tal situación conlleva la necesidad de abordar a continuación las cuestiones previstas por los incisos 1° y 2° del artículo 375 del Código Adjetivo.-

Y CONSIDERANDO:

PRIMERO: "CALIFICACION LEGAL".-

El hecho que resultó materia de juzgamiento y que fuera descripto en el considerando "primero" del veredicto, y por el que los imputados deberán responder a título de coautores penalmente responsables, resulta constitutivo del delito de **HOMICIDIO CULPOSO**, previsto y reprimido por el artículo 84 del Código Penal de la Nación.-

No mediando cuestionamientos por parte de las respectivas defensas sobre este particular, en honor a la brevedad, con lo dicho doy por concluida esta cuestión.-

Rigen los arts. 2° del C.P.; y 373 y 375 inc. 1° del C.P.P.P.B.A.-

SEGUNDO: "EL PRONUNCIAMIENTO QUE CORRESPONDE DICTAR".-

Teniendo en cuenta las circunstancias atenuantes y la agravante computada, a la luz de las escalas punitivas previstas para la figura en trato, y fundamentalmente en atención a los distintos grados de responsabilidad en el injusto verificado, considero que las respectivas penas conjuntas a imponer deben ser las siguientes:

a) **Para Pablo Sebastián Gamietea:** tres (3) años de prisión de ejecución condicional, y nueve (9) años de inhabilitación especial para el ejercicio de la medicina, con más las costas correspondientes a la presente causa correccional, y las medidas de conducta que establece el inc. 1° del art. 27 bis del Código de Fondo.-

b) Para Julio Rafael Segales Salvador: dos (2) años de prisión de ejecución condicional, y cinco (5) años de inhabilitación especial para el ejercicio de la medicina, con más las costas correspondientes a la presente causa correccional, y las reglas de conducta establecidas por el inc. 1° del art. 27 bis del Código de Fondo.-

En lo relativo a la condicionalidad de la condenas de prisión, fundo mi postura en que los causantes resultan ser primarios, apareciendo de tal suerte la inconveniencia de la aplicación efectiva de la privación de libertad en estos casos, máxime cuando se trata de penas de corta duración.-

Por otra parte, y por imperativo legal, atento a la suspensión condicional de la ejecución de las penas, dispondré, que **Gamietea y Segales Salvador** cumplan, durante el plazo de tres (3) años, con las siguientes reglas de conducta: **a)** fijar residencia, y **b)** someterse al cuidado del Patronato de Liberados de esta Provincia.-

Rigen los arts. 26 y 27 bis inc. 1° del Código Penal; y 373 y 375 inc. 2° del C.P.P.P.B.A.-

TERCERO: "REGULACION DE HONORARIOS".-

a) Resta por tratar lo relativo a la regulación de los honorarios profesionales que les corresponden a los distintos abogados que han desempeñado las defensas de los enjuiciados a lo largo de este proceso.-

En tal sentido, en atención al resultado de la causa, y en general los trabajos que han efectuado en favor de **Pablo Sebastián Gamietea**, los honorarios del **Dr. José, Luis Puricelli (T° XXI F° 288 C.A.S.I.)** se fijan en la suma de **veinticinco (25) Jus**; los del **Dr. Jonatan Wajswajn Pereyra (T° XLVII F° 177 C.A.S.I.)**, en la suma de **ocho (8) Jus**; y los de la **Dra. Mariana Andrea Caramia (T° LIV F° 100 C.A.S.I.)**, en la suma de **veinte (20) Jus**, en todos los casos con más los aportes de ley.-

Por su parte, los emolumentos del **Dr. Daniel Andrés Corniola (T° XII F° 193 C.A.L.Z.)**, quien representó los intereses de **Julio**

Rafael Segales Salvador, se fijan en la suma de **treinta (30) Jus,** con más los aportes de ley.-

Rigen: art. 534 del C.P.P.P.B.A.; art. 9, ítem 16, acápites "a".II y "b".I, y arts. 13, 15, 33 y cctes. del Decreto Ley 8.904/77.-

b) Asimismo, y también en consideración a los trabajos efectuados y al resultado de este juicio, los estipendios profesionales del **doctor Rafael María Mathé, (T° VII F° 525 C.A.M.),** letrado patrocinante del Particular Damnificado, serán regulados en **sesenta y cinco (65) Jus,** con más los aportes de ley.-

Y los de los **Dres. Mario Alberto Bartolomé, (T° IX F° 444 C.A.M.) y Carlos Martín Lanas (T° XII F° 050 C.A.M.),** quienes otrora patrocinaron a **Pedro Delgadillo** en su rol de Particular Damnificado, se regulan en las sumas de **diez (10) Jus** para cada uno de ellos, también con los aportes de ley.-

Rigen: art. 534 del C.P.P.P.B.A.; art. 9, ítem 17, acápites "d", y arts. 13, 15, 33 y cctes. del Decreto Ley 8.904/77.-

c) Finalmente, tal como lo establece el segundo párrafo del art. 534 del C.P.P., los honorarios de los peritos médicos que han actuado en esta causa deben ser determinados según las normas de las leyes que rigen para tal profesión.-

Ahora bien, desde que dicha normativa de aplicación -que en el caso serían los Decretos Provinciales n° 502/85 y 6732/87- establece parámetros de regulación en cifras porcentuales de las liquidaciones que se homologuen, desde que nada se ha planteado acerca de esto último, corresponde entonces recurrir a los principios jurídicos de la legislación vigente en la materia de que se trate (cfr. art. 171 de la Constitución Provincial), los que en este caso resultan ser los previstos por el Decreto Ley 8904/77.-

Así las cosas, en mérito a la labor desarrollada, deben regularse los honorarios del perito médico del Particular

Damnificado, **Dr. Maximiliano Andrea Genesio (M.P. 113.049)**, en la suma de **treinta (30) Jus.-**

Los del **Dr. Adrián Gabriel Toronchik (M.P. 440.036)**, propuesto por la defensa de **Pablo Sebastián Gamietea**, en la suma de **diez (10) Jus.-**

Y los de la **Dra. María Teresa Toddere (M.P. 224.258)**, propuesta por la defensa de **Julio Rafael Segales Salvador**, en la suma de **diez (10) Jus.-**

Rigen el art. 534 del -segundo párrafo- del C.P.P., los Decretos Provinciales n° 502/85 y 6732/87, el art. 171 de la Constitución Provincial, y las normas previstas por el Decreto Ley 8904/77.-

Por todo ello, teniendo en cuenta los precedentes fundamentos y las normas legales citadas, habiendo sido oídas las partes, es que resuelvo dictar la siguiente;

SENTENCIA:

I) CONDENAR a PABLO SEBASTIAN GAMIETEA, de las restantes circunstancias personales obrantes en autos, a las penas conjuntas de **TRES (3) AÑOS DE PRISION DE EJECUCION CONDICIONAL y NUEVE (9) AÑOS DE INHABILITACION ESPECIAL PARA EJERCER LA MEDICINA, con más las Costas causídicas**, por resultar coautor penalmente responsable del delito de **HOMICIDIO CULPOSO**, según hecho ocurrido el día 17 de octubre de 2.007 en la localidad de Haedo, partido de Morón, provincia de Buenos Aires, del que resultó víctima **Carla Natalia Romito**; **DISPONIENDO** que, durante el **PLAZO QUE FIJO EN TRES (3) AÑOS**, el nombrado cumpla con las siguientes **REGLAS DE CONDUCTA: a) Fijar residencia y b) Someterse al cuidado del Patronato de Liberados de la Provincia de Buenos Aires.-**

Rigen los arts. 5, 26, 27 bis inc. 1°, 29 inc. 3°, 40, 41 incs. 1° y 2°, 45 y 84 -primer párrafo- del Código Penal; y arts. 373, 375, 380, 530 y 531 del C.P.P.P.B.A.-

II) CONDENAR a JULIO RAFAEL SEGALES SALVADOR, filiado en el encabezamiento, a las penas conjuntas de **DOS (2) AÑOS DE PRISION DE EJECUCION CONDICIONAL y CINCO (5) AÑOS DE INHABILITACION ESPECIAL PARA EJERCER LA MEDICINA,** con más las Costas causídicas, por resultar coautor penalmente responsable del delito de **HOMICIDIO CULPOSO,** según hecho ocurrido el día 17 de octubre de 2.007 en la localidad de Haedo, partido de Morón, provincia de Buenos Aires, del que resultó víctima **Carla Natalia Romito;** **DISPONIENDO** que, durante el **PLAZO QUE FIJO EN TRES (3) AÑOS,** el nombrado cumpla con las siguientes **REGLAS DE CONDUCTA:** **a)** Fijar residencia y **b)** Someterse al cuidado del Patronato de Liberados de la Provincia de Buenos Aires.-

Rigen los arts. 5, 26, 27 bis inc. 1º, 29 inc. 3º, 40, 41 incs. 1º y 2º, 45 y 84 -primer párrafo- del Código Penal; y arts. 373, 375, 380, 530 y 531 del C.P.P.P.B.A.-

III) REGULAR LOS HONORARIOS PROFESIONALES DE los Dres. José, Luis Puricelli (Tº XXI Fº 288 C.A.S.I.), Jonatan Wajswajn Pereyra (Tº XLVII Fº 177 C.A.S.I.) y Mariana Andrea Caramia (Tº LIV Fº 100 C.A.S.I.) -abogados defensores de **Pablo Gamietea-**, en las sumas respectivas de **veinticinco (25), ocho (8) y veinte (20) Jus** para cada uno de ellos, en todos los casos con más los aportes de ley.-

Rigen: art. 534 del C.P.P.P.B.A.; art. 9, ítem 16, acápites "a".II y "b".I, y arts. 13, 15, 33 y cctes., del Decreto Ley 8.904/77.-

IV) REGULAR LOS HONORARIOS PROFESIONALES DEL Dr. Daniel Andrés Corniola (Tº XII Fº 193 C.A.L.Z.), quien representó los intereses de **Julio Rafael Segales Salvador,** en la suma de **treinta (30) Jus,** con más los aportes de ley.-

Rigen: art. 534 del C.P.P.P.B.A.; art. 9, ítem 16, acápites "a".II y "b".I, y arts. 15, 33 y cctes., del Decreto Ley 8.904/77.-

V) REGULAR LOS HONORARIOS PROFESIONALES DEL Dr. Rafael María Mathé, (Tº VII Fº 525 C.A.M.), letrado patrocinante del

Particular Damnificado, en la suma de **sesenta y cinco (65) Jus**, con más los aportes de ley.-

Rigen: art. 534 del C.P.P.P.B.A.; art. 9, ítem 17, acápite "d", y arts. 15, 33 y cctes. del Decreto Ley 8.904/77.-

VI) REGULAR LOS HONORARIOS PROFESIONALES DE los Dres. Mario Alberto Bartolomé, (T° IX F° 444 C.A.M.) y Carlos Martín Lanas (T° XII F° 050 C.A.M.), quienes otrora patrocinaron a **Pedro Delgadillo** en su rol de Particular Damnificado, en las sumas de **diez (10) Jus** para cada uno de ellos, también con los aportes de ley.-

Rigen: art. 534 del C.P.P.P.B.A.; art. 9, ítem 17, acápite "d", y arts. 13, 15, 33 y cctes., del Decreto Ley 8.904/77.-

VII) REGULAR LOS HONORARIOS PROFESIONALES del perito médico del Particular Damnificado, **Dr. Maximiliano Andrea Genesio (M.P. 113.049), en la suma de treinta (30) Jus.-**

Rigen el art. 534 del -segundo párrafo- del C.P.P., los Decretos Provinciales n° 502/85 y 6732/87, el art. 171 de la Constitución Provincial), y las normas previstas por el Decreto Ley 8904/77.-

VIII) REGULAR LOS HONORARIOS PROFESIONALES del perito médico propuesto por la defensa de **Pablo Sebastián Gamietea, Dr. Adrián Gabriel Toronchik (M.P. 440.036), en la suma de diez (10) Jus.-**

Rigen el art. 534 del -segundo párrafo- del C.P.P., los Decretos Provinciales n° 502/85 y 6732/87, el art. 171 de la Constitución Provincial, y las normas previstas por el Decreto Ley 8904/77.-

IX) REGULAR LOS HONORARIOS PROFESIONALES de la perito médico propuesta por la defensa de **Julio Segales Salvador, Dra. María Teresa Toddere (M.P. 224.258), en la suma de diez (10) Jus.-**

Rigen el art. 534 del -segundo párrafo- del C.P.P., los Decretos Provinciales n° 502/85 y 6732/87, el art. 171 de la

Constitución Provincial, y las normas previstas por el Decreto Ley 8904/77.-

X) Regístrese, resérvese copia, notifíquese, y firme que sea:

a) Practíquese el cómputo de vencimiento de las penas y de las reglas de conducta impuestas; establézcase la fecha de caducidad registral de esta sentencia; y la liquidación de gastos y costas del proceso; **b)** Anotíciase a los causahabientes de la víctima; **c)** Comuníquese al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal; a la Secretaría de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires; al Patronato de Liberados de la Provincia de Buenos Aires; y a los respectivos Colegios Médicos donde los condenados se encuentran matriculados; **d)** infórmese a la Secretaría de la Presidencia de la Excma. Cámara de Apelación y Garantías en lo Penal Departamental del resultado final de la presente causa (Ac. 2.840 S.C.J.B.A.); **e)** Fíjase como plazo para la acreditación del inicio de las cargas impuestas en los términos del art. 27 bis del Código Penal, quince (15) contados a partir de que este fallo adquiriera firmeza, debiendo los condenados acompañar en forma mensual la continuidad del cumplimiento de dichas obligaciones por ante la Secretaría del Juzgado de Ejecución Penal Departamental que por sorteo corresponda. (Cfr. Art. 222 de la Ley 12.256, modificada por Ley 14.296); y **f)** Fórmense sendos Incidentes de Ejecución de Sentencia y elévense los mismos a la Secretaría de Gestión Administrativa Departamental a fin de que se desinsacule el Juzgado de Ejecución Penal que intervendrá (Art. 25 del C.P.P.; Arts. 1º y 29 de la Ac. 2840 (t.o según Ac. 3688/14 de la S.C.J.B.A.; y Res. N° 1058/04 y 2575/4 de la S.C.J.B.A.).-

Fdo: Dr. Daniel Alberto Leppén - Juez

Silvia L. Caparelli - Secretaria