



Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

**FUNDAMENTOS DE LA SENTENCIA DICTADA EN LA CAUSA  
NRO. 21.435/2011 (3815) QUE TRAMITA RESPECTO DE SORAYA  
SOLEDAD SOLANO, CUYA PARTE RESOLUTIVA SE LEYÓ EL DÍA  
17 DE DICIEMBRE DE 2015.**

Buenos Aires, 28 de diciembre de 2015.

**Y VISTOS:**

Luego de dictado el veredicto correspondiente a la causa **nro. 21.435/2011 (registro interno nro. 3815)** seguida por el delito de homicidio agravado por el vínculo, en grado de tentativa, respecto de **Soraya Soledad SOLANO** (*argentina, instruida, casada, empleada, nacida el 29 de septiembre de 1981, hija de Claudia Marcela Solano, con domicilio denunciado en Bartolomé Mitre nro. 50 de la localidad de Urdampilleta, Partido de Bolívar, provincia de Buenos Aires y constituido a los fines del presente proceso juntamente con el Sr. Defensor Público Oficial, Dr. Sergio Steizel, en Viamonte 1685, 10° piso, Cap. Fed., identificada mediante D.N.I. nro. 28.795.436 y cuenta con informe del Registro Nacional de Reincidencia O-2201255 de 16/11/2011*), se reúnen con la presencia del Sr. Secretario Dr. Ignacio Iriarte, los Sres. Jueces integrantes de este Tribunal Oral en lo Criminal n° 4, Dres. Armando Chamot, Julio César Báez e Ivana Bloch, habiendo presidido el debate esta última, para redactar los fundamentos de la sentencia.

Actuaron en el juicio el Sr. Fiscal General Dr. Marcelo Saint Jean y el Sr. Defensor Público Oficial, Dr. Sergio Steizel.

**Y CONSIDERANDO:**

**La Dra. Bloch dijo:**

**I.-** Que tengo por acreditado mediante la prueba producida durante el debate, el hecho que a continuación se describirá.

El día 11 de junio del año 2009, en horario no preciso, pero a partir de las 17 y no luego de las 21.15 h, en oportunidad en que Soraya Soledad Solano acompañaba a su hijo de tres años y cinco meses de edad, SAG, internado en la habitación

número 7374 -pasillo- de la C.I.M. 73 dentro del Hospital “Juan P. Garrahan” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para someterse a una serie de estudios en virtud de repetidos cuadros de deshidratación previa sin causa aparente, aquélla procuró darle muerte suministrándole “digoxina”, droga que le provocó un cuadro que se conoce como intoxicación digitalica que, en el caso, se manifestó mediante vómitos, los que a su vez derivaron en la deshidratación del menor, quien debió ser rápidamente sometido a hidratación parenteral (suero).

A partir del hallazgo de la droga que al día siguiente arrojó el análisis bioquímico de la sangre extraída al menor -y que éste no tenía indicada- y luego de haberse realizado una reunión entre los médicos tratantes y la familia, el equipo interdisciplinario del hospital solicitó el día 18 de junio la presencia de un tercero que lo acompañara las 24 horas para preservar la salud del niño, disponiendo más tarde el juez de paz subrogante de la ciudad de Bolívar, la prohibición de acercamiento de Solano respecto de su hijo SAG. El niño se normalizó y continúa sano al día de hoy.

**II.-** Que invitada durante la audiencia a prestar declaración indagatoria, Soraya Soledad Solano se negó a hacerlo -tal como en la instrucción, ver fs. 619/622-.

Con respecto a sus condiciones personales corresponde aclarar para lograr una mayor comprensión del relato de los testigos que se detallará a continuación que Solano es madre de cuatro hijos: LG, SEG (fallecido), GG (fallecida) y el ya nombrado SAG.

**III.** Que durante el debate se escucharon a los siguientes testigos:

**MARTA SUSANA GONZÁLEZ:** en su calidad de tía de SAG manifestó que conoció a todos los hijos de la imputada Solano y a preguntas formuladas por el Sr. Fiscal General con respecto al estado de salud de SAG, refirió que el niño nació sano pero que a los dos años, aproximadamente, comenzó a tener problemas de salud, puntualmente vómitos y diarrea.

Siguiendo con el interrogatorio efectuado por el Dr. Saint Jean, dijo no recordar cuándo había nacido LG y agregó que ésta no había padecido problema de salud alguno; con relación a



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

SEG manifestó que el niño nació con un problema en el corazón para el cual tomaba un remedio denominado “Lanicor” y también un jarabe con sabor a uva, ambos recetados por el médico, los que le eran suministrados por la madre o por ella ya que el niño no los quería ingerir.

Continuó su relato manifestando que cuando su hermano y la imputada Solano se separaron se fue a vivir con el primero con el fin de cuidar a SEG y a LG, que vivió con ellos aproximadamente entre veinte y treinta días, lapso durante el cual ninguno de los dos presentó algún problema de salud, así como tampoco antes de que ella se hiciera cargo de los nenes. Que cuando Solano regresó a vivir con su hermano ella retornó a su hogar y, aclaró, que SEG no tuvo ningún problema de salud más que el referido al corazón y que si bien tuvo náuseas fue al momento de tomar la medicación, pero que nunca tuvo vómitos.

Que el Sr. Fiscal le preguntó cómo murió SEG, respondiendo la testigo que ello obedeció al “problema que tenía” (sic) -en alusión a la cardiopatía que el niño sufría- que aquel día el niño se descompuso, motivo por el cual lo llevaron al hospital de Urdampilleta donde el médico le indicó que volviera a su hogar, ya que aquella descompostura nada tenía que ver con su padecimiento cardíaco, sino con un dolor estomacal que no se relacionaba con esa patología.

Seguidamente, contestó -dubitativamente- que los médicos del hospital de Urdampilleta le informaron a Solano que SEG había sufrido un infarto.

Con relación a la pregunta del Fiscal respecto de si el día en que SEG falleció había presentado signos de náuseas, diarrea, vómitos o deshidratación, contestó que no, y que Solano tampoco le mencionó nada al respecto. También dijo no saber quién fue el médico que lo atendió ese día.

Preguntada por el Fiscal sobre quién le facilitaba las gotas de Lanicor a Solano, respondió que era el médico quien las recetaba pero se las entregaban en el hospital, creyendo que en alguna oportunidad se las suministró el padre biológico de Soraya que es farmacéutico.

Continuó su relato manifestando que GG nació sin problemas de salud y que antes de fallecer no presentó ningún

síntoma de enfermedad, pudiendo dar fe de esto ya que antes de su deceso vivieron aproximadamente catorce días todos juntos. Que GG falleció en el Hospital Zonal de Bolívar y que el motivo de la consulta obedeció a que la niña tenía diarrea; con relación a SAG manifestó que la imputada en un principio lo llevó al referido hospital, en varias oportunidades, pero que los médicos “no le encontraban nada, le daban dieta”.

A preguntas que se le formularon, contestó que tanto ella como Solano y González se encargaron del cuidado de SAG en el Hospital Garrahan y que cuando SAG estuvo a su cuidado éste fue mejorando de a poco, pudiendo observar que durante su estadía no se le suministró ningún medicamento, aunque no pudo recordar si en aquella oportunidad se le indicó dieta y nebulizaciones. Que al cuidado de SAG estuvieron todos juntos (ella, la madre y el padre) y que luego, tuvo conocimiento de que a SAG le habían hallado una sustancia tóxica en la sangre y que tanto ella como los padres le sugirieron a los médicos que “le hicieran algo en la sangre, bien profundo” (sic) -en alusión a que lo estudien con más profundidad- ya que SAG no tenía nada. A preguntas de la Fiscalía, respecto de cómo llegó SAG a ingerir tal sustancia contestó que “los médicos le pusieron algo que no tenían que ponerle” (sic) y que a la habitación entraban los residentes con bandejas llenas de cosas, concluyendo que alguno de los médicos por error le suministró la sustancia, ya que SAG no debía ingerir ninguna medicación.

Continuando con el interrogatorio de la Fiscalía, manifestó que la situación de SAG se hizo pública en el pueblo ya que ni en el Hospital de Urdampilleta ni en el de Bolívar le encontraban solución a su problema de salud y que por ello se decidió hacer una colecta para juntar fondos vendiendo rifas, creyendo también que Solano habló en la radio de Bolívar.

Por último, contestó que Solano nunca le comentó que los tres niños hubieran padecido los mismos síntomas ya que SEG no tuvo los síntomas de SAG (vómitos y diarrea) y GG “empezó a la noche y al otro día ya no estaba” (sic).

A su turno, el Sr. Defensor Oficial le preguntó a la testigo quién era la persona encargada de organizar las colectas, contestando que la Licenciada Adriana Bruno era quien se encargaba de manejar “la plata” que se recolectaba.



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Preguntada que fue, respecto de cuántas veces fue al Hospital Garrahan con SAG, respondió que fue una sola vez junto a Solano, que se quedó tres días y que luego cuando el niño fue internado llegó el padre.

Por último, manifestó tener una muy buena relación con la imputada, que estuvieron viviendo casi dos años en la casa de ella y que piensa que todo esto es muy injusto.

A preguntas formuladas, manifestó que SEG tenía un problema en el corazón que requería de cuidado, que podía llegar a ser grave y dijo no recordar cuál era la dosis exacta del medicamento que tomaba para su dolencia, pero que era poca cantidad, pudiendo precisar que eran gotas pero no la cantidad. Retomando su relato, manifestó que cuando decidió acompañar a Solano al Hospital Garrahan, una institución muy reconocida, ambas vivían juntas y que tal decisión obedeció a la circunstancia de que en el Hospital de La Plata no habían podido encontrar la solución para su problema; que aquel día SAG ingresó descompuesto, con vómitos y diarrea y que ella se quedó acompañando a Solano durante el término de tres días y que al día siguiente de la internación del niño llegó su hermano [Carlos].

Manifestó que cuando los padres se retiraron a hacer unas compras se quedó a solas con SAG en la habitación, por el tiempo aproximado de media hora o veinte minutos; que durante el transcurso de los tres días en los que ella estuvo en el hospital no recordó que SAG hubiera tenido un suero colocado, ya que solo estaba en observación y que cuando ella se fue del hospital SAG estaba bien.

A preguntas del Tribunal, acerca de la cantidad de hijos que tuvo Solano, respondió que cuatro: LG de dieciocho años, SEG que falleció a los cuatro o cinco años, SAG y GG que falleció a los tres meses.

Aclaró que siempre tuvo buena relación tanto con su hermano como con su cuñada, de hecho en dos oportunidades se fue vivir con ellos, la primera vez por el término de veinte o treinta días y la segunda vez, cuando ocurrió el problema de salud de SAG, cuando vivieron juntos casi dos años.

Respondió que todos los hijos de Solano fueron buscados, sin perjuicio de que cuando Solano quedó embarazada de GG se encontraba tomando pastillas anticonceptivas.

A preguntas del Sr. Defensor Oficial, reiteró que antes de ir al Hospital Garrahan habían concurrido al Hospital de La Plata y que la decisión de comparecer ante la primera institución mencionada fue exclusiva de Solano y no una orden de los médicos.

Manifestó haber presenciado situaciones en las cuales SAG se descompensaba ya que cuando vivían en Urdampilleta el niño muchas veces quedó bajo su cuidado. A preguntas formuladas, manifestó que cuando prestó declaración testimonial en la Comisaría de Urdampilleta, fue interrogada por la Fiscal quien se encontraba junto a su Secretaria, el Comisario y dos policías más. Que todos le hacían preguntas a la vez y que la Fiscal la trató muy mal porque “quería que yo dijera que Solano era culpable”; que la declaración duró seis horas y que en aquella oportunidad mintió porque se sintió presionada, aclarando que si tuviera alguna duda de que Solano es culpable del delito que se le imputa no la encubriría. Refirió que la Sra. Fiscal quería que le dijera que Solano era culpable del delito que se le imputa.

A preguntas formuladas para que aclare lo antes dicho, refirió que “ella dijo cosas que no quería decir”, pero no supo especificar cuáles fueron sus dichos erróneos; refiriendo por último que declaró de manera inexacta en torno a la relación de pareja de Solano.

Dijo que, por la situación relatada, realizó una denuncia ante la Fiscalía General de Azul por abuso de poder, de la que aún no fue notificada y agregó que actualmente vive con sus cuatro hijos y un nieto.

A preguntas formuladas, respondió que se dieron cuenta de que SEG tenía un problema en el corazón por la forma en que respiraba, se agitaba y tenía palpitaciones muy fuertes, motivo por el cual la madre “lo hizo ver”, que tomaba medicación para esta cardiopatía, pero que nunca tuvo diarrea, vómitos o mareos. Dijo que el día en que falleció lo llevaron al hospital en donde los médicos le dijeron que padecía un problema estomacal y le indicaron que retorne a su casa, pero ante una nueva descompensación del niño, Solano decidió volver al hospital, donde finalmente falleció. Agregó -



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

muy dubitativa- que ella tomó conocimiento de la noticia por intermedio de la policía ya que se encontraba en el campo cuando ocurrió el deceso del niño.

A pedido del Sr. Fiscal el Tribunal dio lectura de los últimos siete renglones de su declaración obrante a fs. 406 y que a continuación se transcribe *“(d)urante el tiempo que SEG estuvo conmigo tampoco tuvo ninguna descompensación o infarto. Luego yo me fui a mi casa y mi hermano volvió a convivir con ella. Que luego que ella volvió a convivir con [la dicente] yo recuerdo que SEG estando al cuidado de ella estuvo internado porque tenía diarrea. Que a cuidar al nene siempre se quedaba ella porque no quería que fuera otra persona” (sic)*, con relación a este punto la testigo refirió no recordar si el niño tenía diarrea.

Acto seguido, se procedió a dar lectura de parte de la declaración obrante a fs. 407 *“(q)ue recuerdo que Soraya el día que fallece el nene estaba sola y me contó que el nene se había empezado a descompensar con vómitos y diarrea y ella lo lleva al hospital de acá y de ahí lo llevan a Bolívar y lo internan en observación y ella que fue sola a Bolívar refirió que habló con el Dr. Virgini y que este le dijo que era solo un dolor de panza no le hizo ningún electro ni nada, y lo mando con una dieta a la casa y cuando llega a Urdampilleta a la casa y encontrándose sola, el nene que era de moverse se acostó, se empezó a poner morado y en un segundo falleció”*, con relación a este punto la testigo aclaró que el niño falleció en el hospital y que las palpitaciones a las que había hecho alusión al inicio de su declaración, las tuvo cuando se le descubrió el problema cardíaco de bebé y que el día en que falleció había ido al hospital porque estaba descompuesto, pero no con vómitos y diarrea.

A preguntas formuladas por la Dra. Bloch, con relación a qué se quiso referir cuando dijo que el niño se encontraba “descompuesto”, no pudo describir dicha situación, respondiendo con total seguridad que ese estado no abarcó ni vómitos ni diarrea, finalizando su relato, con relación a este punto, diciendo que con tantas “idas y venidas, con uno y con otro, se le mezcla todo” (sic).

A preguntas de la Defensa Oficial, respondió que Solano tuvo una sola entrevista en la radio zonal, no pudiendo recordar cuál fue el motivo de su convocatoria.

Finalmente, se procedió a dar lectura de parte de la declaración glosada a fs. 408: “...también dio a conocer esta colecta a través de la radio Ledesma, todo el procedimiento de las colectas, las fotocopias y demás lo hacía todo Soraya, que también salió por las radios que la entrevistaron haciendo referencia a que necesitaba ayuda económica para los estudios de SAG y hasta daba el nombre de los estudios que se tenía que realizar haciendo referencia a todo lo que había pasado tanto a SAG como a sus otros dos hijos que habrían fallecido por las mismas causas”. Con relación a este punto negó lo manifestado en aquella oportunidad, aclarando que ni ella ni Soraya relacionaron los fallecimientos de SEG y GG con las descompensaciones sufridas por SAG, sino que aquélla no quería que al niño le sucediera lo mismo que a sus otros hijos y que por eso se movilizaba tanto, máxime teniendo en cuenta que SEG había fallecido por un problema en el corazón.

A preguntas formuladas, respondió que no sabía cuál fue la causa de la muerte de la otra niña (haciendo referencia a GG).

La **DRA. MARÍA ELISABETH SPAGNOLLO**: manifestó ser médica pediatra, concretamente Jefa de Clínica de la Sala de Internación del Hospital Garrahan desde hace veintiocho años y que conoció a la imputada cuando su hijo SAG estuvo internado en la Sala de Internación de Cuidados Intermedios del citado nosocomio.

Puntualmente, manifestó que conoció a Solano una mañana mientras se realizaba el pase de sala, ya que su hijo SAG se encontraba allí internado desde la tarde anterior; recordó que, con anterioridad, el niño había estado internado en varias oportunidades en la ciudad de Bolívar y que cuando la conoció había sido derivado desde el Hospital Zonal de dicha ciudad porque el niño había cursado un cuadro de deshidratación y diarrea grave, manifestando que, como antecedente, el nene tenía dos hermanos fallecidos que habían presentado síntomas similares. Relató que para el cuerpo médico los antecedentes de los hermanos son un elemento muy importante de estudio. Que los hermanos presentaron síntomas “iguales” a los de SAG y que la institución médica estableció una relación entre los síntomas de sus hermanos y los de SAG.





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Manifestó que SAG ingresó al Garrahan para una consulta ambulatoria, que también había sido tratado en el Hospital Sor Ludovica de La Plata y que tenían conocimiento respecto de la historia y antecedentes del niño porque éste poseía una historia clínica previamente confeccionada en el hospital; que en un primer momento se entrevistó con la madre, precisando no poder recordar si Solano estableció una relación entre los síntomas de los hermanos y los de SAG, sino que tal relación fue establecida en el hospital, y que por tal motivo su historia familiar era muy importante, porque el niño había ingresado al hospital con el fin de descartar alguna enfermedad metabólica grave que lo llevara a estas descompensaciones periódicas.

Reiteró que SAG no tenía síntomas ni cuando se internó ni la mañana en que lo conoció, de hecho cuando se decidió su internación se encontraba en muy buen estado de salud, no tenía ningún síntoma o signo de estar cursando una enfermedad, sino que su internación obedeció al solo hecho de descartar una grave enfermedad.

Refirió que la historia clínica del niño se confeccionó en el ambulatorio, en la cual constaban varias atenciones anteriores en el hospital, en la misma historia clínica se hacía mención al síndrome de Münchhausen ya que a los médicos les había llamado la atención algunas cuestiones tales como que todos los análisis del niño estaban dentro de los parámetros de la normalidad y que era un chico sano. Manifestó que los análisis de laboratorio no presentaban una “coherencia entre lo que le pasaba al niño, los análisis y el diagnóstico”, ya que se trataba de un chico sano pero con antecedentes muy complicados. Que trabajaban con un niño que presentaba un examen de laboratorio “normal”, y que se había descartado cualquier tipo de enfermedad metabólica. Refirió que esta situación solía presentarse en personas que sufren el síndrome de Münchhausen.

Continuó su relato manifestando que luego de la primera consulta, el día 10 de junio, la mamá le entregó la historia clínica de SAG, que era bastante gruesa y que se encontraba anillada con todos los registros médicos y que en aquel momento le llamó la atención la “pulcritud” que había tenido la madre en registrar todo lo que le había pasado al niño. Que la historia clínica la leyó, hoja por

hoja, junto con la psiquiatra del hospital, Dra. Corina Ponce, hasta que en un momento advirtieron que en el medio de los estudios de SAG se encontraba una receta suelta de Lanicor (nombre comercial de la droga) o digital, en alusión al nombre genérico, que se usa para tratar insuficiencias cardíacas, aclarando que digital o digoxina son sinónimos. Refirió que la receta era de alguno de los dos niños que habían fallecido, no pudiendo recordar de cuál. Que inmediatamente, Corina advirtió que la ingesta de digoxina podía producir diarrea y vómitos; por tal motivo solicitó que se le hiciera a SAG un dosaje de digoxina cuyo resultado fue negativo, es decir que, en ese momento, no se halló dicha sustancia en la sangre de SAG. Creyendo que dicho dosaje se realizó el día posterior a su internación.

A preguntas que le fueron formuladas, contestó que la diarrea y los vómitos son un efecto de toxicidad, es decir que se presentan cuando la droga está siendo suministrada en mucha cantidad, aclarando que la digoxina tiene la particularidad de tener un efecto tóxico muy cercano al terapéutico, es muy estrecha la diferencia, aclarando que tanto un niño sano como uno que requiera el suministro de dicha droga pueden intoxicarse si se la provee en exceso; que los primeros síntomas de intoxicación son las náuseas, vómitos y diarrea y que si bien es un antiarrítmico, en dosis tóxicas produce un efecto desestabilizante para el corazón, que puede llevar al paro cardiorrespiratorio.

Refirió que, en general, cuando se descubren los primeros síntomas de intoxicación lo que se aconseja es suspender momentáneamente la dosis y luego se la vuelve a instalar y que esta droga, en ocasiones, se tiene que combinar con buenas dosis de potasio porque puede producir efectos por los cuales se pueden volver tóxica.

Refirió que SAG fue internado un día martes y que ese mismo día la madre le manifestó que el niño quedaría al cuidado de una tía paterna ya que debía retornar a Bolívar. Que el día jueves siguiente regresó Solano, después de las 16 horas, y el viernes a la mañana SAG comenzó a presentar nuevos síntomas de vómitos y diarrea que requirieron colocarle un suero y que ante la sospecha que le causó dicha situación, solicitó un nuevo dosaje de digoxina que arrojó resultado positivo. Durante el tiempo en el que estuvo al cuidado de la tía todos los resultados de los controles habituales



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

dieron normales. Puntualizó que el niño sufrió una descompensación muy importante ya que hubo que colocarle un suero intravenoso a fin de hidratarlo, y que luego de dicha constatación no quedaron dudas de que SAG se encontraba intoxicado por haber ingerido digoxina. Manifestó que usualmente frente a un cuadro de vómitos y diarrea no se suele colocar un suero intravenoso al paciente y que les llamó la atención que el regreso de la madre hubiera coincidido con esta situación, que el Síndrome de Münchhausen posee varias características y que si bien son diversas las causas o formas de ocasionar el daño, la más importante es la incongruencia entre lo que se encuentra en el paciente y la historia que se cuenta.

Manifestó que luego se le dio intervención al Servicio Social y de Salud Mental del hospital y que se llevaron a cabo entrevistas con el paciente, el padre y la tía y se elaboró un informe que fue elevado al Consejo de Protección de los Niños.

A preguntas formuladas respecto del Síndrome de Münchhausen, manifestó que tuvieron varios casos en el hospital y que este fue el único en el que se pudo confirmar y objetivar la intoxicación con un dosaje; que en un niño cardiópata hubiera sido muy difícil objetivar esta situación y que el síndrome posee una característica común: la incongruencia entre los estudios que se le realizan al paciente y lo que se cuenta en su historia clínica.

A preguntas formuladas por la Fiscalía, respondió que creía que, antiguamente, la digoxina se utilizaba “para envenenar gente”. Relató que este fue el único caso -de los muchos que se presentan en el Hospital- en el cual se pudo hacer una correlación entre los dos exámenes de sangre, y de este modo “certificar” -con un dosaje- que había una sustancia que de “ningún modo debía estar en el organismo de SAG”. Manifestó que “si SAG hubiera sido cardiópata y hubiera tenido indicación médica de la digoxina hubiera sido bastante difícil de diagnosticar esto”.

A preguntas formuladas por la Fiscalía, respondió que en la historia clínica de SAG se encontraron referencias a los otros hermanos, uno de los cuales había presentado una cardiopatía y que como el niño también se había atendido en el hospital se buscó su historia clínica en el archivo en la que constaba que había sido tratado con esta droga (digoxina) la que rápidamente se le había suspendido ya que no era un chico cardiópata. Que le sorprendió el

caso de SEG, ya que no requirió digoxina mucho tiempo, y que su problema había desaparecido rápidamente, y nunca llegó a requerir internaciones. Refirió que creía que el niño había fallecido en el año 2005.

A preguntas realizadas por la Defensa Oficial, contestó que leyó la historia clínica de SEG con el objeto de encontrar datos referidos a los antecedentes de SAG, no pudiendo recordar si dicha consulta fue previa o posterior al hallazgo de digoxina en la sangre de SAG ni tampoco cuándo fue la última vez que SEG se atendió en el hospital.

Seguidamente, el Sr. Defensor Oficial la interrogó acerca de cómo se encontraba montada la sala de cuidados intermedios, contestando la testigo que contaba con treinta camas, aproximadamente, divididas de a dos, las que podían ser utilizadas como aislamiento o de manera compartida, que el staff estaba conformado por un coordinador de sala, un jefe de clínica, cinco asistentes, enfermeras y residentes y que las salas del hospital Garrahan son manejadas por clínicos y hay mucha actividad.

Asimismo, contestó no recordar quién era la enfermera que se encontraba a cargo de la sala el día en que retornó Solano al hospital y que a SAG no se le practicó un electrocardiograma porque su examen clínico era normal, había dejado de tener diarrea y vómitos, estaba hidratado e incluso ese mismo día se decidió quitarle el suero.

Seguidamente, contestó al Sr. Defensor que la cuba digital es un signo de que el paciente está recibiendo digital aún en dosis permitidas, pero no de intoxicación y que la digoxina es una droga que permanece mucho tiempo en el organismo, tiene una vida media de aproximadamente treinta y seis horas, entre las veinticuatro y cuarenta y ocho horas desciende a la mitad la dosis que recibió el paciente y dura en la sangre aproximadamente hasta una semana después de haber recibido la dosis y si el paciente tiene buena función renal la elimina rápidamente.

Refirió que, en el caso de SAG, estimativamente, podría afirmarse que teniendo en consideración que la vida media es de treinta y seis horas y que él la había recibido la tarde anterior, la dosis ingerida debió haber sido mayor que la dosada.



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Que la dosis que fue encontrada en el cuerpo de SAG fue de 0.16, creyendo que se mide en miligramos y que la dosis que se suministra a una persona con problemas cardíacos varía de acuerdo al peso del paciente, si es un niño o un adulto y que en niños debe ser suministrada en micro gotas, pudiendo en chicos más grandes proporcionarse una dosis mínima en pastillas. Manifestó que la dosis terapéutica es muy cercana a la dosis tóxica, de modo que uno “debe ser muy preciso” al momento de suministrarla.

A preguntas formuladas, contestó que a un niño con un problema cardíaco se le debe suministrar una gota por kilo por día y que un chico de la edad de SAG debería tomar alrededor de diez gotas, no pudiendo precisar en micro o mili gramos a cuanto equivale, y que el gotero es muy especial, ya que posee la dosis adecuada.

A preguntas del Sr. Defensor Oficial, contestó no recordar a qué hora SAG empezó a descompensarse y que ello debió haberse fijado en la historia clínica por el médico de guardia tratante.

Seguidamente, respondió que la digoxina se debe asociar al potasio, el que se puede incorporar mediante un jarabe o pastillas, aclarando que cuando a un niño se le indica la ingesta de digoxina, también se les hace saber a los padres la forma en que se debe administrar el medicamento ya que el niño puede llegar a la muerte si se le suministra una dosis más elevada; que es una droga, no un psicotrópico y que por eso no se vende con receta archivada. Puntualizó que si bien todos los medicamentos poseen efectos adversos y tóxicos, la digoxina tiene la característica de ser una droga cuya dosis terapéutica es muy cercana a la tóxica, aclarando, por último, que si la digoxina se suministra sin el jarabe de potasio, el efecto probablemente sea más tóxico con menos dosis.

A preguntas formuladas por la Sra. Presidente, contestó que todas las habitaciones poseen junto a la cama del paciente un sofá en el que pueden descansar los familiares y que cuando SAG se internó en la sala fue ante la sospecha que tuvieron los médicos del ambulatorio de la existencia del Síndrome de Münchhausen, sobre todo porque al niño ya se le habían practicado análisis de laboratorio que habían arrojado resultados normales y que descartaban la presencia de enfermedades metabólicas.

A preguntas formuladas, contestó que los elementos que deberían estar presentes en un botiquín básico en un hogar en el que viven niños sanos son un antitérmico, tal vez un antihistamínico, elementos de primeros auxilios y también un corticoide o broncodilatador si el niño presenta alguna enfermedad tal como el bronco espasmo.

A preguntas de la defensa, contestó que si a un niño sano se le suministra una dosis de digoxina por debajo del valor terapéutico va a ser dosable si pasa a la sangre, no pudiendo precisar a partir de qué dosis en sangre puede no ser detectada.

Aclaró que los efectos de vómitos y diarrea son uno de los primeros síntomas de toxicidad, la dosis puede ser tóxica si se suministra de una vez en gran cantidad o también acumulativa, la que se elimina en un 70% por el riñón.

Contestó que el suero se coloca en los casos de deshidratación grave o, aun cuando no fuere grave, en el caso de que el paciente no tolere la vía oral, siempre dependiendo de la magnitud de la pérdida ya que hay deshidrataciones que se hacen en varios días y otras que pueden ocurrir en tan solo una hora.

A preguntas del Sr. Defensor Oficial, puntualizó que un paciente que está recibiendo la droga por indicación médica puede presentar vómitos y diarrea, por intoxicación y que después de haber transcurrido una semana, aproximadamente, la digoxina deja de ser dosable en la sangre.

Continuó su relato, aclarando que una misma dosis no puede acarrear dos episodios separados, porque si el paciente es sano la elimina rápidamente. Que en el caso de SAG el primer dosaje se habrá hecho a media mañana, alrededor de las nueve y que la descompensación debió acaecer después de las dieciséis horas, horario en que ella ya se había retirado.

A pedido del Sr. Fiscal General, se le exhibió la hoja de la historia clínica de SAG obrante a fs. 298, refiriendo que de dicha constancia surge que el día 12 de junio SAG poseía el suero colocado y que el día 13 de junio se le quitó el “agüita” del suero y allí, por error, no se ha dejado constancia de lo que ocurrió en la guardia.

Asimismo, se le exhibió el planígrafo de enfermería, correspondiente al turno noche, obrante a fs. 724, del que surge que



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

SAG, alrededor de la una de la mañana del día 12 de junio, tenía el suero colocado.

También se le exhibió la constancia de fs. 723, correspondiente al turno tarde, de la que surge que el niño se encontraba estable y que a las 16 horas llegaría la mamá, concluyendo, a partir de las constancias que le fueron exhibidas que entre las cuatro de la tarde y la una de la mañana SAG debió empezar con los síntomas de diarrea y vómitos. Por último, se le exhibió la constancia de fs. 727 correspondiente al día 11 de junio.

Continuó su relato diciendo que la persona que estuvo mucho más cerca del paciente fue la Dra. Malena Veltri, actualmente radicada en Italia y no recordó haber conversado respecto del cuadro del paciente con la Dra. Espinal ya que ésta en aquel momento era rotante y por su función trabajaba a las órdenes de la Dra. Malena Veltri.

Por último, contestó que la decisión de colocarle un suero a SAG obedeció a la circunstancia de que el niño había presentado varios episodios de vómitos y diarrea; que la digoxina tarda en hacer efecto entre treinta minutos y dos horas, y que a las treinta y seis horas el dosaje en sangre va a arrojar como resultado la mitad de lo que hubiera arrojado si se hubiera realizado en el momento pico.

La **DRA. CORINA PONCE**: psiquiatra infanto juvenil y médica de planta del Servicio de Salud Mental del Hospital Garrahan, manifestó que en el mes de junio del año 2009 SAG ingresó derivado desde el Hospital Zonal de Bolívar a la Unidad de Internación de Cuidados Intermedios Moderados del Hospital Garrahan a fin de ser evaluado por haber presentado reiterados cuadros de vómitos, diarrea y deshidratación. Que en el mes de marzo del mismo año había sido atendido en los consultorios externos del hospital ante la presencia de cuadros similares.

Refirió que desde el Hospital Garrahan se decidió su internación y que en aquel momento la Dra. Spagnollo la contactó como interconsultora para realizar la evaluación del paciente y de su familia. Dijo que en un primer momento entrevistó a la tía paterna del niño, luego a la madre y por último al padre. El objetivo de la entrevista era conocer la historia familiar de SAG, su diagnóstico

situacional, se tomaron datos de su historia familiar y se indagó respecto de si hubo otros lugares de consulta. En aquel momento tomó contacto con la historia previa de SAG, los antecedentes de varios cuadros de deshidratación, vómitos y diarrea y de dos hermanos fallecidos por haber padecido el mismo cuadro. Respecto de este último punto, contestó que los familiares de SAG tenían conocimiento acerca de que los niños fallecidos también habían tenido repetidos cuadros similares a los de SAG.

Siguiendo con su relato, puntualizó que todo paciente que ingresa al hospital con antecedentes de hermanos fallecidos llama la atención, máxime en este caso que había consultas en los hospitales de La Plata, Azul y Bolívar.

Que todos los estudios de SAG descartaban cualquier tipo de patología, era un chico sano, por tal motivo no se encontraba explicación a sus repetidos cuadros de diarrea y deshidratación.

A preguntas formuladas, respondió que el niño fue derivado desde Bolívar por haber padecido un cuadro previo severo del que se estaba recuperando. Que la madre de SAG llegó al nosocomio con una carpeta que contenía todas las consultas, recetas y pedidos de estudios en particular de SAG y que con todo ese material se pudo establecer una relación con la historia padecida por sus hermanitos que habían fallecido.

Manifestó que SEG también había sido paciente del hospital, quien tenía una historia muy “corta” en el Hospital -solamente dos o tres consultas- y que por tal motivo pudo tener acceso a su historia clínica de la cual surgía que se había tratado en el hospital por una cardiopatía congénita para la cual los especialistas le habían indicado digoxina.

Relató que durante la internación SAG estuvo al cuidado de su tía paterna, que cuando regresó su madre presentó un cuadro de vómitos y diarrea y que por tal motivo fue que el equipo médico decidió realizarle un dosaje de digoxina que dio positivo, aclarando que el paciente no tenía indicación de recibir tal medicamento.

Puntualizó que mientras SAG estuvo al cuidado de su tía no presentó ninguna sintomatología. Refirió que el comienzo del cuadro de vómitos y diarreas fue “temporal” a la llegada de la





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

madre, y que una vez que tuvieron la confirmación del dosaje positivo dieron aviso al “Consejo de Niños” acerca de lo sucedido, dando también aviso a la madre, al padre y la tía. A preguntas formuladas con respecto al modo en que reaccionó la madre en aquel momento, contestó que “no tuvo una reacción en particular, no demostraba nada, estaba desafectivizada, la tía y el padre se sorprendieron”.

Seguidamente, comentó que solicitó al Hospital Borda, vía el Consejo, una evaluación psiquiátrica de los padres y que nunca había tenido una experiencia de ingesta de digoxina en un paciente en particular.

A preguntas de la Defensa Oficial, explicó los orígenes del Síndrome de Münchhausen relatando que es un término acuñado por un médico pediatra de origen inglés, SAG Roy Meadow, que en 1977 estudió a niños con problemas renales -por ejemplo sangre en orina- y descubrió que la enfermedad era provocada en mayor medida por la madre, de ahí que se lo denomina también “Síndrome de Münchhausen por poderes”. Manifestó que mediante este síndrome se intenta fabricar o producir sintomatologías en el cuerpo de niño, lo que es provocado por los padres, fundamentalmente las madres y que no existe mucha casuística al respecto pero que lo que se sabe es los padres buscan llamar la atención a través de los niños, en particular la atención de los médicos, que si bien no se sabe a ciencia cierta cuál es la motivación de las madres para provocar esto, muchas de ellas presentan trastornos de personalidad, antecedentes de maltrato y violencia en la infancia.

A preguntas del Sr. Defensor Oficial, refirió que al recibir al paciente, inmediatamente buscaron la historia clínica del hermano, y mediante estos elementos se pudo establecer una relación entre el paciente y su hermano fallecido.

A preguntas del Sr. Defensor Oficial, contestó que el valor del dosaje que se le practicó a SAG fue de 0.16 ng/ml y que la digoxina o digital puede provocar efectos adversos en el rango terapéutico y efectos tóxicos en el rango tóxico y que los rangos terapéuticos oscilan entre 0,8 a 2,0 ng/ml. Así como también que la digoxina tiene una vida media que va de quince a cuarenta y ocho horas, que es el tiempo que tarda en lograr la meseta terapéutica, es

decir en estar en rango para cumplir la función de medicación y el tiempo que tarda en metabolizarse y en eliminarse del organismo.

A preguntas aclaratorias formuladas por la Dra. Bloch, contestó que los trastornos de personalidad en la clasificación actual (DSM IV), en general, son estructurales, si bien se diagnostican a partir de los dieciocho años tienen que ver con cuestiones estructurales y poseen distintas clasificaciones y que en este tipo de madres se lo llamó trastorno facticio, muchas de las cuales poseían trastornos de personalidad, cuadros depresivos y que, en general, no es una perversión, sino un trastorno que el adulto puede provocárselo a sí mismo o a otro (por poder).

Refirió que, si bien en términos generales, la motivación es inconsciente, las madres saben qué es lo que le están provocando al niño; hay momentos en los cuales parece que se torna incontrolable para las madres, no hay una explicación acerca de por qué eligen a un hijo y no a otro. Aclaró que parecería muy dificultoso controlar esta situación por parte de la madre. Estadísticamente, se probó que otro porcentaje de madres que padecían el síndrome poseían antecedentes de violencia y abuso sexual, siendo necesaria la evaluación en cada caso en particular. Agregó que en algunas madres no hay trastornos de la personalidad.

A preguntas del Tribunal, contestó que no hay mucho seguimiento de estos casos luego del diagnóstico y lo ideal sería que tuvieran un buen tratamiento; que también hay un acuerdo en las clasificaciones de que toda madre que genera una enfermedad en su hijo sano tendría el síndrome, que así al menos está descripto y que si bien no es común este tipo de casos, en el hospital han tenido muchos casos de Síndrome de Münchhausen por poder -por ser un centro de referencia- varios de los cuales llegaron al fallecimiento.

A preguntas del Sr. Fiscal General, contestó que en teoría los dos trastornos de la personalidad identificados principalmente en este síndrome son el “borderline” y el narcisista. Refirió que no se puede afirmar que las personas que sufren del síndrome de Münchhausen sean psicópatas, tal como sucede también en el caso de los abusadores sexuales.

Finalmente, a preguntas del Sr. Fiscal General, afirmó que podría darse el supuesto de “una madre psicópata pero que no sufre de Münchhausen”.



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

El **DR. CARLOS HUGO ESCUDERO**: declaró en calidad de médico del Cuerpo Médico Forense y, a pedido del Sr. Defensor Oficial, se dieron lectura de las respuestas a los puntos de la pericia obrantes a fs. 753/762 y que a continuación se transcriben: **“1. Informe, según las constancias obrantes en autos, si el suministro “Digoxina” a un menor de tres años de edad puede llegar a provocar la muerte de la persona que lo ingiere, debiendo indicar en su caso, en que dosis el mismo puede ser letal. Respuesta:** Según las constancias obrantes en autos (fs. 304), es posible informar que al menor **SAG**, cuando tenía 3 años y 5 meses de edad, se ha administrado el medicamento digoxina en forma inapropiada. El resultado positivo de digoxinemia certifica su presencia en sangre y revela una circunstancia extraña la terapéutica indicada por los profesionales actuantes. Tampoco existen elementos que puedan justificar el uso accidental o no intencionado de la medicación. La falta de especificación de la unidad en que se ha realizado la medición, no permite certificar ni descartar que el valor de 0,16 informado corresponda a la administración de una dosis tóxica. De corresponder alguna de las dos unidades en que se puede realizar la medición según prospecto de digoxina (Lanicor NR), el valor informado se correspondería con el hecho concreto que el menor recibió una dosis de digoxina por debajo del rango de la admitida como terapéutica (0,5 a 2,0 ng/ml, o 0,64 a 2,56 nmol/l), por lo que tampoco alcanzaría el rango de dosis tóxica. No surge de las constancias de autos que se haya administrado una dosis potencialmente letal, la cual se considera a partir de los 6,0 ng/ml. Se ha reportado que la dosis letal 50, es decir aquélla que produce la muerte en la mitad de los casos oscila entre los 6 y 10 mg, en tanto que con la ingesta de una dosis mayor de 10 mg la muerte ocurre en la totalidad de los casos. **2. Informar en el caso particular del menor SAG si, la ingesta de dicho medicamento le generó consecuencias dañinas y, de ser así, de qué índole. Respuesta:** De los registros obrantes en autos (fs. 297vta. y 304), surge que al niño **SAG**, se le administró digoxina, y si bien no es posible certificar ni descartar que haya sido en dosis tóxicas, el cuadro clínico de descompensación con vómitos y diarrea que presentó y por el que fue necesario instaurar una terapéutica de rehidratación parenteral, bien pudo corresponder al hecho de haber

*recibido el medicamento señalado. El cuadro clínico ha sido apropiadamente tratado por los profesionales que tenían a su cargo la atención del menor quien, según los registros del control evolutivo que obran en la historia clínica del hospital Garrahan, se recuperó en el término de dos o tres días. La significativa similitud clínica y evolutiva entre los múltiples episodios de vómitos y diarrea con deshidratación por los que debió ser internado y de los cuales se recuperaba en dos o tres días, con el cuadro clínico por el que fue internado en el hospital Garrahan en junio de 2009, oportunidad en la que se certificó la administración de digoxina al menor, bien pueden guardar relación de causalidad con la ingesta inapropiada de digoxina. La calificación de inapropiada de la ingesta, resulta de la inexistencia de prescripción terapéutica por profesional responsable. En razón de ello, y a que resulta altamente improbable que la presencia de digoxina en sangre del niño resulte de la ingesta accidental, es posible afirmar con alto grado de verosimilitud que la administración del medicamento en cuestión lo ha sido con la intención de causar daño en la salud del menor. Las consecuencias sufridas por el niño, han sido el compromiso gastroenterológico, electrolítico y del medio interno y, según los registros médicos obrantes en autos, se ha recuperado sin secuelas en su estado de salud física”.*

Al respecto, el testigo ratificó las conclusiones de su informe pericial y contestó que en el presente caso el niño presentó un cuadro clínico por consumo de digoxina mientras se encontraba internado, siendo muy improbable, como dijo, que en un ambiente hospitalario la droga se la hayan suministrado por error. Refirió que la digoxina tiene un margen de seguridad muy estrecho; con relación a los efectos tóxicos que produce manifestó que éstos pueden estar presentes aún en dosis terapéuticas y que, en virtud de la rápida recuperación que SAG ha tenido, era posible afirmar que las lesiones que presentó encuadran en las de carácter leve.

Explicó que a ninguna persona le quedarían secuelas por haber ingerido alguna vez una dosis tóxica de digoxina; que a partir de los 2,0 ng/ml empiezan a aparecer los efectos adversos y que en función de la dosis ingerida es que puede ocurrir la muerte; que la digoxina difícilmente puede causar lesiones graves y que si se suministra en poca cantidad la persona puede tener una rápida recuperación pero si, por el contrario, la ingesta resulta



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

excesiva puede ocurrir la muerte. Que en el término de tres días SAG estaba recuperado y que ello, a su criterio, se debió a lo avezado de los profesionales del Garrahan y no a la ignorancia de los médicos de Bolívar. Refirió que fue avezada la posición de los médicos del Garrahan, quienes se plantearon como interrogante (frente a la imposibilidad de determinar la causa) si podía ser un tercero quien causara la enfermedad del niño.

Puntualizó que este síntoma se da en chicos muy chicos que no hablan y con cuadros clínicos que no cierran y que si bien en su experiencia nunca le había tocado tratar un caso como el que nos ocupa sabe, a partir de la bibliografía, que muchos de estos casos pueden pasar inadvertidos porque cuando el médico tratante se empieza a convertir en médico de cabecera, el niño es llevado a otra institución. Explicó que no se trata de un síndrome puesto que no hay un conjunto síntomas comunes que lo definan.

A preguntas del Sr. Fiscal General, explicó que nunca ha tenido un caso, pero que sabe de algunos que finalizaron con la muerte del paciente. Refirió que es un “problema” que involucra distintas ramas de estudio (medicina, psiquiatría, psicología, derecho).

Explicó que el ejecutor busca ganarse la empatía del equipo médico al que utiliza como la herramienta para “causar el mal” (sic); no es un síndrome -referido al conjunto de signos y síntomas- ya que bien podría estar descripto en el área de la psiquiatría forense y formando parte del conjunto de lo que es el maltrato infantil y que nunca se tiene en claro la motivación. El ejecutor les recomienda a los médicos la realización de intervenciones, las que nunca son inocuas -que van desde una endoscopia hasta una cirugía-. Afirmó que usualmente tienen una excelente relación personal con el cuerpo médico, pero un importantísimo grado de despreocupación con relación al niño.

A preguntas del Sr. Fiscal General, refirió que los perpetradores no son los portadores del síndrome, ya que no se trata de un síndrome. Que un síndrome es un “conjunto de síntomas y signos que está definido por determinadas condiciones”. Relató, que el perpetrador posee todos los impulsos, pero que lo que se desconoce es la motivación de la actuación del sujeto.

A preguntas de la Dra. Bloch, contestó que aquí se da un poco lo contrario a lo que sucede en el abuso: “la madre hace y el padre deja hacer”.

Preguntado por el Sr. Defensor Oficial para que aclarase la referencia a la que alude en su peritaje relativa al punto de que “*no se determinó la unidad de medida*”, contestó que la dosis suministrada a SAG no llegó a ser ni tóxica ni terapéutica, en ninguna de las unidades en que podría ser medida. Que la digoxina es muy variable, la metabolización es variable y que por eso no existe margen de seguridad. Refirió que la metabolización de la digoxina es muy variable; depende del estado de hidratación y/o el consumo de otra medicación por parte del paciente, y que podría haber efectos adversos con dosis terapéuticas, las cuales deben ser siempre analizadas por el cuerpo médico. Refirió que si un médico de un geriátrico se encuentra con un paciente de setenta y cinco años quien empieza a sufrir un cuadro de náuseas, vómitos, desgano, lo primero que debe hacer el médico es bajar la dosis de digoxina.

Agregó que en estos casos -haciendo referencia al síndrome de Münchhausen- lo que se persigue es llevar al niño al médico, y que la herramienta de daño sea el médico. Relató que la digoxina no se acumula en dosis por debajo de la terapéutica.

A preguntas formuladas por el Tribunal, refirió que un niño que se encuentra con un cuadro de vómitos y deshidratación, puede sufrir la muerte, pero es algo difícil de que suceda en un ambiente hospitalario.

Agregó que puede ocurrir que el fenómeno se presente y desaparezca sin la intervención médica y que la toxicidad ocurre cuando se superan los niveles plasmáticos que tienen que ver con el efecto terapéutico.

Contestó que con la dosis que se encontró en la sangre de SAG no habría una relación causa efecto con la muerte, que su efecto no es acumulativo y que la vida media no dura más de veinticuatro o treinta y seis horas. Que debió realizar una especulación a la hora de informar ya que no se sabía en qué unidad se había informado pero que, de todas maneras, cualquiera que sea la unidad que se haya utilizado la dosis en cuestión era inferior a la terapéutica.



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Explicó que la digoxina produce la pérdida de potasio en el organismo, lo que implica que el corazón deba bombear más sangre. Que en el caso de SAG no aparecieron signos de falta de potasio en la sangre, ya que eso se tendría que haber visto reflejado en el electrocardiograma. Que es muy difícil que en un ambiente hospitalario un caso de deshidratación grave no pueda ser revertido y que si un niño deshidratado ingiere digoxina eso puede causarle efectos mucho más graves, ya que lo que puede resultar terapéutico para un chico normalmente hidratado puede revestir un cuadro grave en un chico deshidratado. A preguntas formuladas, contestó que el hecho de usar suero no era indicativo de estar en presencia de una deshidratación grave.

A otras preguntas realizadas, respondió que en los casos de síndrome Münchhausen hay impulsos por parte del ejecutor, de modo que se puede hablar de psicopatía.

Contestando preguntas formuladas por la defensa oficial, respondió que nadie quedaría con secuelas por ingerir digoxina y que incluso una persona que tenga prescrita la medicación puede presentar un cuadro de vómitos y diarrea, debiendo, en consecuencia, ajustarse la dosis. La toxicidad de la digoxina se puede determinar mediante un electrocardiograma mediante el cual se puede observar la presencia de bradiarritmia, no recordando en este caso haber tenido a la vista el electro de SAG.

A preguntas formuladas, el testigo respondió que la digoxina es uno de los medicamentos más utilizados en los “mal descriptos síndromes de Münchhausen”.

A pedido de la defensa, se dio lectura de parte de su declaración testimonial obrante a fs. 764 vta., y que a continuación se transcribe: *“(e)n el caso de esta droga existe por lo general una directa relación entre la dosis que se recibe o administra, los niveles de biodisponibilidad de la droga y la gravedad de los efectos adversos. Refiere que este no es el caso de autos, ya que no se observa ninguna lesión al menor, ni siquiera en el electrocardiograma efectuado a la víctima, aclarando además que, para que pueda provocar en la persona a la que se le administra algún tipo de lesión tiene que ser un suministro sostenido en el tiempo”*, aclarando el testigo que allí no hizo alusión a que tuvo a la vista el electro de SAG, sino que basó su informe en la constancia realizada por un médico del Hospital

Garrahan de la que surgía que el electrocardiograma que se le había practicado a SAG era normal.

Por último, explicó que el síndrome es “multidisciplinario”, que el perpetrador busca que el maltrato infantil lo lleve a cabo el equipo del hospital mediante la práctica de estudios invasivos en el paciente, como por ejemplo endoscopías y que a pesar de ser muy buena la relación del progenitor con el equipo sanitario, este último es tachado de ineficiente para tratar al niño. Asimismo, afirmó que ninguna declaración de la madre es “inocua”, inclusive un planteo de cirugía; se refirió al primer caso dentro de la literatura, en el que la madre le había introducido su propia sangre a una muestra de orina de su bebé, convirtiendo una simple infección en una más grave.

Afirmó, por último, que la conducta de autos podría ser subsumida dentro de la figura de lesiones leves del Código Penal.

**CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ:** padre de SAG y esposo de la imputada Soraya Soledad Solano, declaró que su hijo comenzó a partir de los dos años y medio, aproximadamente, a presentar repetidos cuadros de vómitos y diarrea, episodios que podían ocurrir a la mañana, a la tarde, en ocasiones una vez al día y en otras dos veces al día, aclarando que esto no sucedía diariamente.

Que en virtud del cuadro que presentaba SAG, Soraya lo llevó a diversos profesionales en las localidades de Urdampilleta y Bolívar y que también visitó el hospital de La Plata y el Garrahan en esta ciudad. Que acompañó a Soraya a los dos últimos nosocomios mencionados pero que a los otros dos hospitales siempre lo llevaba ella, sin su acompañamiento. Manifestó que su mujer se encontraba muy preocupada por la situación de SAG, particularmente porque “no se le cortaban los vómitos y diarrea” (sic).

A preguntas del Sr. Fiscal en torno a las causas del fallecimiento de Sebastian, preguntó: “¿el tema acá no es SAG?” (sic), manifestando, en un primer momento, su falta de deseo de responder dicha pregunta.

El Tribunal refirió que el testigo no se encontraba facultado para objetar la pregunta del Sr. Fiscal General, y que -en todo caso- sería el Sr. Defensor quien debía realizar la objeción, y el Tribunal decidir sobre la admisibilidad de la pregunta.





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Luego, relató que su hijo SEG falleció de un paro cardíaco, que tomaba un medicamento para el corazón que se lo habían recetado los médicos de Bolívar y que su mujer era quien se lo suministraba. En cuanto a GG, refirió que el día de su fallecimiento amaneció con los ojos hundidos, que no tomaba ningún medicamento y que nunca padeció síntomas similares a los de SAG.

A preguntas formuladas, relató que Solano organizó una colecta en Urdampilleta y en Bolívar para juntar fondos para el tratamiento de SAG, pero que nunca mencionó al realizar dichas colectas lo que les había sucedido a sus otros hijos. Contestó que el padre de Solano era farmacéutico y que el remedio que le habían indicado a SEG se llamaba digoxina, no pudiendo precisar si en alguna oportunidad el padre de Soraya se lo facilitó y que el nombre del remedio lo recuerda porque “le quedó grabado en la cabeza” (sic) que cuando realizaron un allanamiento en su domicilio la Fiscal buscaba esa droga.

A preguntas de la Fiscalía, contestó que el médico de Bolívar le recetó a SAG un pastillita para cortar la diarrea y que éste no tomaba ningún remedio líquido y que tampoco los solicitaba ni los llamaba de alguna manera en particular.

Siguiendo con el interrogatorio de la Defensa Oficial, contestó que las colectas fueron organizadas por la Licenciada Bruno que era una asistente social del Hospital de Urdampilleta. Dijo que en una oportunidad en que concurrió junto a Solano al Hospital Garrahan, a fin de obtener un turno para SAG, el niño se descompuso en el colectivo en el medio del viaje, tenía vómitos y diarrea; que en otra oportunidad Solano fue con su hermana a dicho hospital, ocasión en la que SAG quedó internado, yendo él a los tres o cuatro días, no pudiendo precisar en qué fecha sucedió esto último.

Manifestó que al día de la fecha SAG vive en la casa de su madre [la del propio González], que lo ve libremente y que Solano también lo puede visitar, que la relación entre ambos es excelente. Continuó su relato expresando que “cuando empezó todo el quilombo” (sic) en Urdampilleta a Soraya la tenían mal vista pero que ahora piensan que es una excelente persona. Que actualmente Solano se dedica a cuidar abuelos en un hospital y que también cuida a un nene chiquito que no tiene ningún problema de salud.

A preguntas efectuadas por el Tribunal contestó que cuando su hijo estuvo a su cuidado en el hospital el niño estaba bien y que desde ese momento no volvió a presentar otro cuadro de vómitos o diarrea.

Manifestó que su esposa trabaja en un hospital, en donde cuida a un grupo de abuelos.

A preguntas del Sr. Fiscal General, refirió que “alguien le puso la droga a SAG en el cuerpo” (sic), que en el Garrahan no le decían nada, que a la habitación del nene entraban todos los días distintos enfermeros “con bandejas con cosas” (sic) que dejaban al alcance y que otros dos nenes se encontraban internados junto a SAG, uno de los cuales padecía de cáncer y el otro de una “enfermedad del corazón” (sic). Continuó su relato manifestando que siempre “andaba” por la sala una doctora llamada Malena y también un enfermero de nombre Mauro, que entraban con bandejas con jeringas y aclaró que sólo relató lo que vio, que eso no implicó afirmar que hayan sido ellos quienes les daban cosas a los pacientes. A modo de ejemplo, manifestó que un día a las diez de la noche mientras SAG se encontraba saltando en la cama se presentó una enfermera, le inyectó alguna sustancia y el niño “quedó planchado” (sic) se durmió hasta el otro día. Asimismo, reiteró no poder asegurar que haya sido un enfermero el que le suministró la droga a SAG, ya que “no lo vio”.

Por último, relató que cuando Soraya regresó al hospital él retornó a su pueblo, no pudiendo recordar si lo hizo solo o junto a su hermana y contestó que él nunca le suministró medicación a ninguno de sus hijos, que las encargadas eran Soraya o su hermana.

**MARIO HÉCTOR GONZÁLEZ:** manifestó ser cuñado de la imputada y tío de SAG, recordando que el niño estuvo internado, hace aproximadamente seis o siete años, en el Hospital Garrahan y en el de La Plata.

Refirió que durante el tiempo que duró la internación de SAG en el Hospital Garrahan, se quedó dos o tres días al cuidado del niño y que dormía junto a él en la misma habitación. Relató que él se encontraba en el hospital cuando llegó la notificación de que la madre no podía quedarse más allí junto al niño.



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Refirió conocer a Soraya hacía treinta años y que tenía de ella el mejor de los conceptos. A preguntas formuladas, respondió conocer el motivo por el cual se estaba llevando a cabo el juicio oral y que, en su opinión, “es todo mentira, hace ocho años que están con esto y es todo lo mismo” (sic).

Por último, refirió que tenía conocimiento de que a SAG le encontraron una sustancia que no tenía que tener en la sangre y que es su deseo saber quién es el responsable.

**ADRIANA ESTER LEZCANO:** manifestó ser la madrina de SAG, con quien en la actualidad no tiene mucho contacto.

A preguntas formuladas por el Sr. Defensor Oficial, refirió que supo que SAG estuvo internado en el Hospital Garrahan, aunque no pudo precisar por qué motivo.

Con relación al concepto que posee de la Sra. Soraya Soledad Solano, contestó que “es una persona común, como cualquiera, buena”.

También contestó que no tenía conocimiento acerca de las colectas que se llevaron a cabo en la ciudad de Bolívar para juntar fondos para el tratamiento de SAG.

Que en la actualidad, Soraya cuida a algún abuelito o a algún nene y que no se ven seguido, comentando que la última vez que vio a SAG fue en diciembre del año pasado para su cumpleaños y que el niño estaba feliz y contento.

Por último, a preguntas del Sr. Fiscal General, respondió que SAG se encuentra viviendo con su abuela y su padrino, pero no sabe el por qué.

La **LICENCIADA ADRIANA LUCÍA BRUNO:** en su calidad de Trabajadora Social del Servicio Local de Promoción y Protección de Derechos del Niño del Partido de Bolívar confeccionó el informe socio ambiental obrante a fs. 560/566 y refirió conocer a la imputada desde que ésta era un bebé, que en la actualidad Soraya vive a dos cuadras de su casa y que cuando la imputada formó su hogar vivían a tres cuadras de distancia.

Recordó que Soraya llegó al pueblo junto a su madre y a su tía, que con el tiempo la madre formó otra pareja con quien

tuvo otros hijos; que Soraya se casó muy joven, a los catorce o quince años y que enseguida nació LG Soledad y luego los otros hijos.

Que LG nunca tuvo problemas de salud, y que Soraya siempre fue una madre muy abnegada que concurría al hospital con todos sus hijos, tenía los calendarios de inmunidad completos y que ante lo más mínimo concurría a las consultas. Continuó su relato manifestando que SEG nació luego que LG y que el niño sufría una patología cardíaca por la que estaba medicado con digoxina. También refirió que supo que el día en que falleció SEG estuvo internado en el Hospital de Bolívar, le dieron el alta a la mañana y que por la tarde antes de arribar al Hospital de Urdampilleta ya se había producido su deceso.

A preguntas que le fueron formuladas, contestó que antes de fallecer había estado internado en el hospital y que aparentemente ocurrió una muerte súbita.

A preguntas de la Sra. Presidente, refirió no saber el motivo por el cuál SEG concurrió al hospital y tampoco pudo precisar qué síntomas padeció en aquella oportunidad. Que SEG fue trasladado desde el hospital de Bolívar al de Urdampilleta, aparentemente en buen estado de salud, que primero le dieron el alta y el mismo día falleció en la calle o en la casa, aclarando que no fue en el hospital, sino que cuando llegó al Hospital de Urdampilleta ya había fallecido. Que supo de la noticia porque la llamó una vecina, creyendo que SEG falleció en el mes de julio ya que era pleno invierno.

A preguntas formuladas, con relación a la causa de la muerte de SEG, contestó creer que se debió a una muerte súbita y que se enteró de que el niño se encontraba medicado con digoxina porque “es tan chica la comunidad que todos nos enteramos de todo, así nos manejábamos” (sic), aclarando, ante las preguntas formuladas, que conocía la droga por el nombre genérico -digoxina-, no por el comercial.

A preguntas formuladas por el Dr. Chamot, contestó que en aquella época era la única trabajadora social en el Hospital de Urdampilleta y que cumplió funciones hasta el 1° de diciembre de 2014, fecha en la que renunció.

A preguntas formuladas por el Sr. Fiscal General, contestó que SAG nació a los dos o tres años de ocurrido el



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

fallecimiento de SEG, y que tenía problemas de salud, concretamente colitis, diarreas, y que fue derivado a varios hospitales, entre ellos los hospitales de La Plata y el Garrahan ya que presentaba episodios bastante seguidos.

Con relación a si tuvo conocimiento respecto de si SAG sufrió episodios de deshidratación, refirió no tener noticias de esto ya que nadie se lo informó. Continuó su relato, contestando que Soraya tenía una relación muy buena con el personal médico de Urdampilleta, que siempre fue muy amable con los médicos, enfermeros, bioquímicos, que no era una madre conflictiva y que siempre mantuvo un trato muy cordial. Con relación a su estado de ánimo, precisó que si bien “iba de un lado a otro” siempre mantuvo la calma.

A preguntas formuladas, contestó que SAG concurrió en varias oportunidades al Hospital por episodios de diarreas y que su problema lo conocían en el pueblo, que era sabido que el nene se descomponía seguido, pero que, por ética, ella no hacía comentarios aunque se sabía en el ámbito hospitalario y en el pueblo “el problemita de SAG” (sic). Continuó su relato, refiriendo que junto a dos colegas organizaron una colecta para recaudar fondos en el pueblo a fin de ayudar a Soraya, a pesar de que los pasajes los obtenía por intermedio de la Secretaría de Acción Social del municipio.

Que en total se recaudaron aproximadamente dos mil pesos, los que se guardaron en la caja fuerte de la administración del hospital y a medida que Soraya iba necesitando el dinero para viajar se le iba entregando parte de la plata, ante lo cual firmaba un recibo. Refirió que el pueblo colaboró mucho y que no fue Soraya quien propuso realizar las colectas.

A preguntas formuladas, contestó no saber si a Solano la agobiaba el tema de SAG, que ella se mantenía calma y que manejaba muy bien el vocabulario médico, científico, farmacológico.

Refirió que cuando Solano era chica tuvo episodios de crisis nerviosas, que ello habrá ocurrido mientras se encontraba cursando el ciclo primario y que en aquella ocasión permaneció internada en el hospital.

Volviendo al tema de la colecta, respondió que ésta fue sugerida por toda la institución, que se colocaron urnas en los

comercios y que también Solano tuvo una entrevista en la radio. Preguntada que fue por el Sr. Fiscal General respecto de si a Soraya le gustaba exhibirse, contestó “no sé si exhibirse, quizás digitar, como que todo girarse en torno de ella, estaba en permanente movimiento”.

Manifestó que en algunas ocasiones lo vio mal a SAG, y que Soraya nunca relacionó lo que le pasó a SAG con el fallecimiento de SEG.

Con relación al día en que falleció GG, precisó que una mañana Solano se presentó en el hospital junto a la beba, que en aquel entonces tenía tres o cuatro meses, a fin de ser atendida por la pediatra María Alejandra García y en esa oportunidad esta última le comentó que GG debía ser trasladada al hospital de Bolívar y que si bien, a criterio de la testigo, la beba tenía buen aspecto la pediatra opinó lo contrario.

Manifestó que aquel día Soraya llegó con la beba al hospital para ser atendida por la médica, pero que nunca supo qué era lo que le pasaba y que a la madrugada la llamó para decirle que la beba había fallecido.

Que con Soraya conversó entre las 48 o 72 horas de haber ocurrido el fallecimiento de GG y que se impresionó cuando Solano le quiso mostrar unas fotos que tenía de la nena, que ella misma había tomado, “a medida que la nena se iba poniendo mal” (sic). Que manifestó que Solano se mostraba “tranquila” frente a lo ocurrido.

Continuó su relato manifestando que supo el desagrado que le causó a Soraya la separación con SAG y que la madrugada del 9 de julio la entrevistó en su casa, que fueron tres encuentros y ello obedeció a un pedido de informe por parte del Servicio de Niñez de la Municipalidad de Bolívar.

A preguntas del Sr. Fiscal, contestó que tomó conocimiento de que SAG fue institucionalizado a raíz de una denuncia que se realizó desde el Hospital Garrahan, concretamente porque le habían encontrado una sustancia en la sangre y que con relación a esto último, Soraya le dijo que a SAG le habían tenido que realizar análisis de sangre y que debían exhumar los cuerpos de sus hijos fallecidos.



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Refirió que en una oportunidad, estando en su casa junto a Soraya ésta le comentó que la sustancia que había sido hallada en el cuerpo de SAG era la “hioscina”, indicándole que es aquella que despiden los hornos a microondas, suponiendo en aquel momento que Solano se había equivocado al mencionar el nombre de la droga ya que aquella alude al nombre genérico de la buscapina, pero que de todas formas eso fue informado tal cual como fue dicho por la imputada.

Con relación a la exhumación de los cuerpos de los hijos de Solano, contestó que siempre se mostró muy dolida al respecto.

A preguntas del Sr. Fiscal respecto de cómo era la relación de Soraya con su padre, contestó que su padre biológico nunca la reconoció y que asumió dicho rol la pareja de su madre. Que Soraya buscó a su padre y con el tiempo se empezaron a vincular, que al principio tenían una buena relación y que éste era bioquímico y farmacéutico. Asimismo, contestó no saber si en alguna ocasión Solano le solicitó medicamentos a su padre biológico, teniendo conocimiento solamente de que éste en lugar de darle dinero le enviaba productos de perfumería, pero no medicación.

A preguntas formuladas, contestó que Solano buscó mucho a su padre y que creía que éste no tuvo otros hijos. Refirió que la madre del padre biológico de Solano se avergonzaba de la madre biológica de Solano. Asimismo, contestó creer que le enviaba los productos de perfumería “para tapar la culpa de no haberla reconocido”.

A preguntas del Sr. Defensor Oficial, refirió que cuando falleció SEG, Soraya llevó a LG al hospital para que mantuviera una conversación con la niña, que en dicha ocasión le contó que “su hermanito no estaba más”, refiriendo que la niña lloró mucho, que creció normalmente y que ahora ya es mamá. Asimismo, refirió que LG nunca padeció problemas de salud.

Siguió su relato y contestó que nunca ayudó a Solano a conseguir recetas y que ésta nunca le solicitó medicación sin prescripción médica.

A preguntas formuladas, contestó que tanto SAG como SEG llevaban una vida normal y que las enfermedades que padecían no les impedían realizar ningún tipo de actividad.

Seguidamente, contestó no recordar el motivo por el cual GG fue al hospital; agregó, que mediante las colectas se buscaba recaudar dinero para que Soraya pudiera trasladarse, el motivo siempre fue la salud de SAG.

Luego de ello, se le preguntó si sabía cuál era el sentimiento que le inspiró a Soraya la situación de que en el Hospital Garrahan hubieran dado con la solución al problema de salud de SAG, contestando la testigo que no recordaba nada al respecto y que Solano nunca fue una mamá conflictiva, que si bien no era ansiosa se movilizaba mucho, no era una madre “hincha, ni sacada ni nerviosa” (sic) y que con respecto a las colectas trabajó codo a codo con ella.

A preguntas del Sr. Fiscal General respecto de si Solano se obsesionaba con las internaciones de su hijo, contestó que “era compulsiva con el tema de la ropa” -iba y venía a buscar ropa- y que no se le indicó que hiciera una interconsulta con el servicio de psiquiatría.

A pedido del Sr. Fiscal General se dio lectura de parte de su declaración de fs. 411, la que a continuación se transcribe: *“(q)ue nosotros le sugerimos que viniera a interconsultas con Psiquiatras a la Dra. Gaitón en Bolívar”*, al respecto aclaró que cuando Solano era chica estuvo en tratamiento psiquiátrico “porque veía crucifijos”, pero que en esta ocasión, ante la pérdida de sus hijos, se le sugirió que visitara a la psiquiatra, Dra. Gaitón Ruiz, quien era la Jefa de Servicio de Salud Mental del Hospital de Bolívar, esa sugerencia surgió a partir del duelo que debía elaborar, ya que no era una situación que se pudiera realizar de un día para el otro; no recordando si Soraya estuvo internada en el hospital.

Seguidamente, se procedió a dar lectura de parte de la declaración de fs. 412, concretamente el fragmento que reza: *“(q)ue yo lo conocí al nene y es un nene sano, con mucha vitalidad, que a veces me veía en el Hospital y lloraba por todo lo que estaba siendo sometido en el Hospital, las cosas y estudios que se le hacían”*, aclarando que es así, que los niños en general se sienten agredidos ante la aplicación, por ejemplo, de una inyección, mucho más si se les coloca un suero.

Con relación al motivo por el cual GG fue llevada al hospital el día que falleció, el Sr. Fiscal solicitó la lectura de parte de





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

la declaración de fs. 413 y que a continuación se transcribe: *“(l)la Dra. García me dice que la va a derivar al Hospital de Bolívar porque no la veía bien, estaba con vómitos”,* refiriendo no acordarse de dicha situación, aunque puede ser que lo haya dicho, no recordando con certitud sus declaraciones.

Por último, se dio lectura, a pedido del Sr. Fiscal, de la declaración de fs. 414 y que reza: *“(e)lla nos comentó que... ‘si hablan de mis hijos, que van a hacer, y si mis hijos ya no tienen sangre, que van a encontrar”,* afirmando que Soraya refirió eso en referencia a GG y a SEG.

El **DR. JORGE HUGO RAVASSI:** médico pediatra del Hospital Zonal de Bolívar refirió que atendió a SEG, quien había sido derivado desde el Hospital de Urdampilleta, por presentar un cuadro de gastroenteritis con deshidratación y vómitos, no pudiendo recordar si también había tenido diarrea.

Que dicho episodio ocurrió un día sábado en el que se encontraba de guardia pasiva; en aquel momento revisó al niño, no lo vio mal, ya que no estaba deshidratado, se encontraba lúcido y sus signos vitales eran correctos, por ello consideró que no correspondía su internación, y que debía regresar a su lugar de origen, que se hallaba a 65 kilómetros de Bolívar, y que una vez allí podría ser revisado por un médico de guardia si su cuadro llegaba a agravarse. Por tales motivos y luego de darle ciertas indicaciones a la madre, indicó el alta del niño quien, reiteró, se encontraba en buen estado general, más allá del soplo que el niño tenía en el corazón, sus signos vitales se encontraban perfectos.

Continuó su relato, diciendo que tomó conocimiento mediante el médico de guardia del Hospital de Bolívar de que el niño había fallecido a las pocas horas de producida el alta. Que dicha noticia le cayó muy mal, ya que debido a su especialidad esto no ocurre a menudo y máxime en este caso en que no advirtió ningún signo que lo hubiera alarmado o le hubiera hecho pensar que podía ocurrir algo similar. Refirió que la ciudad de Bolívar ha perseguido como política pública la reducción de la mortalidad infantil y que en el año 2009, ha sido de cuatro por mil, coincidente con la de Finlandia; sin perjuicio del aumento que se suscitó en los años posteriores.

Comentó que tanto los signos vitales en una persona como su evaluación clínica tienen un valor fundamental y principal y que en los casos de deshidrataciones agudas se pueden percibir signos que hay que tener en cuenta, como el pliegue en el abdomen, si está ansioso o somnoliento, los ojos hundidos etc.; que en aquella oportunidad el niño no presentó signos de cardiopatía ni de gastroenteritis, por lo que se le indicó que siguiera con su medicación habitual para la cardiopatía ya que había pruebas objetivas que respaldaban su decisión.

A preguntas que le fueron formuladas, contestó que ignoró la circunstancia por la cual el niño falleció, creyendo que en dos oportunidades había sido internado por intoxicación digitálica, no recordando bien cuál había sido el diagnóstico.

A preguntas del Sr. Fiscal General, refirió que la intoxicación digitálica tiene relación con la ingesta de digoxina, que esta última es un digital sintético que se puede administrar en gotas y que como toda medicación ambulatoria la suministra la persona que se encuentra a cargo del niño. Relato que antiguamente se utilizaba la digital *digitalis lanatta*, que era un derivado de una planta africana y que fue el primer digitálico al cual se recurrió. Que si bien él no fue el médico que inicialmente le recetó la digoxina a SEG, por lo que no pudo indicar cuál era la dosis que el niño tenía prescrita, lo cierto es que, en general, la dosis médica que se indica al inicio luego se puede ajustar aumentándola o bajándola. Asimismo, refirió que le comentaron a la madre sobre la presencia de una intoxicación en su hijo Sebastian.

A preguntas del Sr. Fiscal, refirió que diagnosticó en SEG una intoxicación digitálica; agregó que esta última tiene una relación directa con la administración de la digoxina. Que, según sus testimonios, “evidentemente tiene una relación con una dosis mal administrada”. Asimismo contestó creer haber diagnosticado previamente, en SEG, una intoxicación de las mismas características.

Con relación a SAG, contestó que no lo atendió, que el niño entró al hospital con un proceso de diarrea prolongado, con derivaciones anteriores siendo, finalmente, trasladado al Hospital Garrahan.

A preguntas del Dr. Chamot, contestó no recordar cuál fue el motivo de consulta ni los síntomas que presentó SEG en



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

aquel momento, no pudiendo precisar tampoco qué signos suele presentar una persona que se ha intoxicado con digoxina ni la dosis media que se le debe prescribir a un niño.

Refirió que SEG llegó al hospital acompañando de la madre, no recordando cuál era su actitud, creyendo que fue ésta quien le indicó que el niño se encontraba medicado con digoxina.

Asimismo, refirió que los efectos de la digoxina “dependen de la susceptibilidad individual”, es decir, los efectos de la digoxina cambian según la persona, haciendo una analogía “grosera” con el consumo de alcohol, en el cual los efectos varían según la persona que lo consume.

A preguntas formuladas, refirió que el niño fue internado en la sala de pediatría del hospital, que él tomó conocimiento de ello debido a que una enfermera lo llamó al celular, motivo por el cual se dirigió hacia el nosocomio a fin de realizarle los controles pertinentes.

Asimismo, contestó no recordar haberle recetado digoxina a SEG en el año 2002 y que, si bien, en general, es el servicio de cardiología el que decide si hay que medicar o no al chico, son muy raros los casos en que esto sucede y manifestó que probablemente, si la madre se había quedado sin medicación, él le haya transcripto la receta. Agregó que él puede haberle facilitado la receta, para evitar que la madre viaje a La Plata o a la Ciudad de Buenos Aires.

Ante preguntas formuladas, dijo no recordar haberle realizado un “ajuste de dosis” a lo recetado, previamente, a SEG.

A preguntas del Sr. Fiscal General, refirió que uno de los efectos que puede producir la intoxicación digitalica es la bradicardia y que el día en que falleció SEG no estableció una relación entre el cuadro de vómitos y diarrea y la intoxicación digitalica, pero que, seguramente, debió haber advertido los días anteriores una bradicardia en el niño.

Seguidamente, se dio lectura de parte de la declaración de fs. 879 vta. y que a continuación se transcribe: *“(p)or ser sábado no tuve acceso a la historia clínica pero yo ya lo había atendido en dos oportunidades en internaciones por vómitos y diarreas habiendo permanecido en ambos casos entre dos y cuatro días en el hospital al cuidado de su madre suponiéndose en ambos casos una*

*‘intoxicación digitálica’ ya que el niño presentaba dichos cuadros después que la madre presuntamente le aumentara la dosis de la digoxina”, al respecto reconoció lo manifestado en aquella oportunidad y manifestó que eso lo dijo en alusión a que una madre siempre conoce mejor al niño que los médicos. A fin de que el testigo explique cuáles son los efectos que produce la digoxina en dosis tóxicas, se leyó parte de su declaración en la que manifestó que “las consecuencias que acarrea la dosis excesiva de digoxina...vómitos, mareos, diarrea, visión borrosa, aumento de la diuresis, sudoración, fríos, convulsiones, bloqueo auricular y arritmias produciéndose sobre estos últimos para cardiorrespiratorio y la muerte”, reconociendo el doctor lo que surge de su declaración.*

A preguntas formuladas, contestó que si se le suministra a una persona sana digoxina los efectos deberían ser los mismos que en una persona enferma.

Acto seguido, refirió que si un niño toma la dosis adecuada de digoxina no tiene por qué presentar síntomas de intoxicación y que hay chicos que toman digoxina por años. Que las dosis no son fijas, hay márgenes. Pero, sin embargo, una dosis normal o por debajo de lo normal puede provocar este cuadro y que hay pacientes que no toleran dosis adecuadas de medicamentos.

A preguntas formuladas por el Tribunal, refirió que el diagnóstico fue informado a la madre del niño. Que éste tenía una intoxicación digitálica. Que fue el digital lo que le causó el cuadro presentado. Que es obligación del cuerpo médico informar a la madre del diagnóstico, haciendo hincapié en su voluntad de dejarle en claro, a la madre, que la digoxina fue la causante del cuadro de su hijo.

Por último, manifestó que era su deseo aclarar que SAG no tenía ningún tipo de cardiopatía.

El **DR. MARCELO BRINDESI:** médico pediatra del Hospital Zonal de Bolívar, declaró que conoció a la imputada dado que en varias oportunidades atendió a su hijo SAG hace, aproximadamente, cinco o seis años.

Que atendió a SAG por cuadros bronquiales y también por gastroenteritis, diarrea y vómitos. Que en alguna oportunidad debió permanecer internado por uno o dos días y que en otras fue atendido por consultorio y se retiraba a su domicilio. Que



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

nunca pudo dar un diagnóstico “claro” en torno a las causas de los repetidos cuadros de diarrea y gastroenteritis. Que el paciente era enviado desde el Hospital de Urdampilleta o era traído por su madre.

Manifestó que ante un cuadro como el de SAG lo que corresponde hacer, a fin de solucionarlo, es tratar los síntomas e hidratar al niño, previo análisis, para ver que no exista un desequilibrio en los parámetros de laboratorio. Con relación al suministro del suero, contestó que ello depende del grado de deshidratación del paciente, el que es requerido en casos de deshidratación moderada a grave o en leves en chicos que presentan muchos vómitos y que no toleran la vía oral. Que nunca pudo llegar a un diagnóstico “claro” del origen de los vómitos y las diarreas. Que ellos -frente a un cuadro de gastroenteritis- se abocaban solamente a mejorar el cuadro de deshidratación y chequear los análisis de laboratorio.

Refirió que también atendió a GG cuando fue derivada desde Urdampilleta por presentar un cuadro con síntomas compatibles con gastroenteritis, diarrea y vómitos, que si bien se encontraba con un grado de deshidratación más leve, se decidió colocarle suero porque era una bebé de tres meses y un niño a esa edad se deshidrata mucho más rápido que uno más grande.

Continuó su relato manifestando que GG evolucionó desfavorablemente, que la vio antes de retirarse del hospital, entre las 22 y 23 horas y que en horas de la madrugada lo llamaron las enfermeras por teléfono diciéndole que la nena tenía diarrea y vómitos y que se le había salido el suero, aclarando que esto último suele pasar con los bebés porque tienen las venas muy finitas. Que inmediatamente se presentó en el hospital y notó en la niña signos de deshidratación (no pudiendo recordar si en aquel momento estaba presente la madre creyendo que sí) y ordenó reconectar la vía, lo que se dificultó debido al estado de deshidratación que presentaba la niña, motivo por el cual se llamó al cirujano de guardia a fin de que le efectuó una canalización, que es un método que consiste en buscar en forma más profunda una vena, lo que tampoco se logró, por lo que luego hicieron un tercer intento de administrarle líquido por vía intraósea, es decir que se colocó una aguja a través del hueso, sin perjuicio de lo cual la niña tuvo un paro cardíaco y falleció.

Con relación a SAG, dijo que fue derivado del Hospital de Bolívar al de La Plata, para una evaluación más profunda y para descartar la posibilidad de una patología genética y que la primera vez que lo atendió fue en el año 2008 o 2009.

A preguntas formuladas, refirió que el grado de deshidratación en GG era mayor al que presentó cuando ingresó al hospital el día anterior y que el paro cardíaco ocurrió a consecuencia de la deshidratación ya que el organismo perdió líquido, el corazón debió latir más fuerte como respuesta compensadora, y llegó un momento en se produjo una acidosis es decir, que las células no recibieron más líquido y eso condujo al paro cardíaco.

Seguidamente, se le exhibió el resumen de historia clínica de SAG de fs. 15, reconociendo la firma allí inserta y aclaró que en los tres casos se le suministró suero y que de ahí se desprende que se le había entregado a la madre un resumen de la historia clínica.

A preguntas del Sr. Defensor Oficial, manifestó que cuando se deriva a un niño de un hospital a otro no es común que se le dé a la madre copia de la historia clínica que, por ejemplo, en el Hospital de Bolívar poseen una hoja de derivación pero que, a veces, puede suceder que por pedido de algún familiar se haga un resumen de los antecedentes de algún cuadro que haya tenido el paciente por si se lo quiere tratar en otro lugar.

Por último, refirió que lo sorprendió que se hubiera agravado el cuadro de GG en tan poco tiempo, ya que si bien en un bebé de tres meses esto puede suceder, él no lo esperaba ya que la había visto a la noche y estaba bien.

La **LICENCIADA BIBIANA RAQUEL GARCÍA**: refirió que mientras cumplía funciones como Jefa de la Asesoría Pericial del Departamento Judicial de Trenque Lauquen colaboró con la Fiscalía de Bolívar y suscribió los informes de fs. 528/538 y 539/542.

Manifestó que realizó dos entrevistas clínicas psicológicas individuales con la Sra. Soraya Solano; una entrevista individual donde se le administraron el test Gestáltico Visomotor de L. Bender y H.T.P (casa, árbol y persona) y por último otra entrevista donde se le administró el test Diagnóstico de Personalidad de Rorschach; las dos primeras se llevaron a cabo en la Asesoría Pericial



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

de Trenque Lauquen y las dos siguientes en la sede del Juzgado de Paz de la localidad de Pehuajó, que se solicitaron a los fines de que se trasladara de Urdampilleta, en el menor tiempo posible, dado que ese día (28 de julio de 2009), Solano debía continuar con las evaluaciones en el Hospital Borda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Refirió que se encargó de realizar varias entrevistas ya que el caso ameritaba cierta urgencia y que tanto Solano como su esposo siempre cumplieron con puntualidad. Con relación a la entrevista llevada a cabo por la testigo, manifestó que Solano siempre mostró coherencia, cumplió con las técnicas y que no observó en su discurso fabulaciones ni manera evitativa.

Que tanto el desarrollo de las técnicas como el test de Rorschach, arrojaron como resultado una personalidad neurótica en la imputada. Refirió que pudo notar en su discurso la referencia a sus hijos, a su situación y que hubo un primer período de su vida, aquél en el que tuvo a su hija mayor y la relación con esa hija, quien nunca se enfermó. Que también le llamó la atención la relación de pareja que tenía con González, un hombre “coherente”, que deambulaba de un lado a otro a fin de ver a su hijito y quien le refería a Soraya que “la iba a bancar a muerte” (sic).

Agregó que hubo un segundo período de su vida en el cual se produjo el fallecimiento de sus otros dos hijos y en el que Solano conoció a quien era su padre biológico; que a partir de ese momento se dieron situaciones muy difíciles; que era su cuñado quien la acompañaba. Asimismo, refirió que la madre nunca la acompañó en ese período de situaciones conflictivas o de tensión, que como todo hijo no reconocido la búsqueda para ella era importante. Continuó su relato manifestando que Soraya decidió contactarse con su padre biológico en las afueras de la ciudad y que ella le contó que éste le enviaba medicamentos en paquetes anónimos, que tenía una droguería y una abuela materna que preparaba medicamentos y que era una modalidad, un hábito, que cuando a un niño le pasaba algo lo atendiera la abuela. Agregó que el progenitor era de una clase social diferente a la de su madre.

Refirió que Soraya sentía que llevaba una “mochila” encima, que en el diagnóstico se indagó a fin de evaluar la posibilidad de que la nombrada presentara un cuadro de psicosis o de

alucinaciones, lo que fue descartado ya que se pudo determinar en la imputada una estructura neurótica con características histéricas que abarcaba la normalidad y que tampoco observó aspectos manipulatorios ni psicopáticos. Asimismo, contestó que vivía en un medio “complicado”, con labilidad y distanciamiento afectivo.

Asimismo, refirió que Soraya era una mujer que se decía fuerte y que enfrentaba las cosas.

Con relación al Síndrome de Münchhausen por poder, refirió que fueron pocas las veces que oyó hablar de éste, el que no constituye una patología, sino que tiene que ver con una estructura particular y circunstancias socioambientales, refiriendo también que advirtió algunos indicadores en ella de ese síndrome.

Explicó que existen tres grandes estructuras: neurosis, psicosis y perversión o psicopatía y numerosos trastornos que no alcanzan a constituir una estructura -base de la patología- y que en Solano se vieron características neuróticas y algunos indicadores del síndrome. Que el DSM IV apunta a descripciones de conductas.

Seguidamente, refirió que si hay algo que recorta el Síndrome de Münchhausen como característica es el fracaso en la relación con el otro, que el conflicto que advirtió en Solano tenía que ver con la relación paterna y ella buscaba incesantemente a los médicos y que todos fracasaban en ese sentido, existía una vinculación con la medicina, incluso cuidaba enfermos.

A preguntas formuladas, refirió que la señora Solano se encontraba “problematizada” (sic) por la búsqueda que tenían los médicos de una medicación. Que Solano conocía mucho los nombres de los medicamentos que habían tomado los niños, sobre todo teniendo en cuenta su formación. Que presentaba rasgos narcisistas a partir de la separación con su hijo. Que volvió a ver a Solano cuando SAG ya estaba institucionalizado, que la oyó decir que le dolía estar separada de su hijo y que pudo advertir en ella la presencia de rasgos narcisistas. Con relación a González, manifestó que nunca dejó de asistir a las visitas y que la reemplazó a ella en la función materna -en alusión a que hacía las veces de madre y padre-.

El **DR. GUSTAVO HÉCTOR DURQUET:** en su calidad de especialista en medicina legal de la Delegación





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Departamental de Policía Científica de la localidad de Azul, confeccionó los informes periciales obrantes a fs. 542/549 y 550/552 y manifestó que en el mes de agosto del año 2009 realizó dos informes, en los que hizo alusión a la cronología de las diferentes consultas e internaciones de SAG, al estado de salud del niño -quien en aquel momento se encontraba institucionalizado- al Síndrome de Münchhausen por poder y al hallazgo de digoxina en el cuerpo del niño, efectuando para ello una minuciosa revisión de las historias clínicas obrantes en la IPP, de acuerdo a lo solicitado por la Sra. Agente Fiscal de la Fiscalía Descentralizada de Bolívar.

Con relación a las características que presenta la digoxina, refirió que sirve para aumentar la fuerza de contracción del corazón y frenar la frecuencia cardíaca y que la farmacocinética es el proceso por el cual un medicamento ingresa al organismo, cumple su función y es eliminado. Que la concentración en la sangre depende de la relación del peso con la talla del niño y que en función de estos indicadores es que se debe ajustar la dosis. Que la digoxina puede tener efectos adversos por sí misma, y a medida que aumenta su concentración en sangre, los síntomas pueden ir agravándose hasta ocasionar la muerte del paciente sino es advertido a tiempo.

Explicó que todo medicamento posee efectos adversos y que los signos de intoxicación pueden aparecer como consecuencia de los efectos adversos o en función de la toxicidad propiamente dicha.

Continuó su relato manifestando que la dosis terapéutica se presenta cuando se obtiene el efecto deseado sin signos de toxicidad y que los primeros síntomas, más frecuentes, de intoxicación son los vómitos y la diarrea, tanto en adultos como en niños y luego la sintomatología vascular, concretamente la bradicardia que puede llevar al paro cardíaco y a la muerte, lo que depende en gran medida del estado previo en que se encontraba el paciente, de la concentración en sangre que, a su vez, depende de la dosis administrada y del tiempo, ya que la digoxina actúa por acumulación, es decir que la dosis terapéutica no tiene efecto inmediato.

Manifestó que la muerte de una persona, por intoxicación con digoxina, depende, sobre todo, de la dosis administrada y de la existencia de una patología preexistente ya que

si se indica una dosis terapéutica no tendría por qué ocurrir este efecto. También en el caso de un niño sano (a quien no se le indicó este medicamento) depende de la dosis administrada, de la concentración en sangre y de la velocidad de eliminación mediante el riñón.

Puntualizó que en el término de setenta y dos horas en pacientes que requieren tratamiento, se logran niveles terapéuticos (digitalización lenta), y que en los casos de digitalización rápida (casos en los que la droga se aplica de manera endovenosa) se alcanzan a la hora y media, dos y que si se suministra en una sola dosis el aumento de la concentración en sangre se presenta entre las seis y ocho horas posteriores a la administración.

Refirió que la digoxina, para no presentar toxicidad, debe ser asociada a un nivel de potasio en sangre normal ya que si esto no ocurre, puede suceder que una dosis terapéutica produzca un efecto tóxico. Que para evitar la pérdida de potasio, la digoxina es proveída con un medicamento llamado "KAON" el cual posee, principalmente, cloruro de potasio.

Manifestó que por intermedio de la Fiscalía tomó noticia de que se habían encontrado concentraciones de digoxina en la sangre de SAG y que si la droga se hubiera administrado en dosis tóxicas, el niño podría haber fallecido.

A preguntas del Sr. Defensor Oficial, contestó que los vómitos y las diarreas pueden ser efectos adversos del suministro de digoxina aún en una dosis terapéutica ya que el efecto adverso no guarda relación con la dosis en sí misma. Manifestó que la eliminación de la digoxina del cuerpo depende de la absorción digestiva, de la función renal y del estado general del paciente y que las dosis terapéuticas y subterapéuticas, una vez que se suspende el suministro, se eliminan del organismo entre las doce y veinticuatro horas posteriores.

Asimismo, respondió que no cualquier nivel de digoxina es suficiente para causar la muerte, sino que dicho resultado se debe asociar al suministro de una dosis tóxica.

A preguntas formuladas, contestó que el rango terapéutico de la digoxina se mide hasta las dos unidades y que la digoxina en sangre se mide en miligramos o microgramos por mililitros de sangre, refiriendo el testigo no recordar cuál fue el valor



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

de digoxina encontrado en la sangre de SAG, explicando que el valor de 0.16 nanogramos haría alusión a una dosis subterapéutica, en tanto que si dicho valor se mide en miligramos referiría a una de tipo terapéutica, es decir que esta última estaría diez veces por encima del valor subterapéutico.

También manifestó que si no se conoce la hora en que se le adjudicó la digoxina a SAG, tampoco se puede saber la cantidad exacta del suministro.

A preguntas del Sr. Fiscal General, contestó que los vómitos y diarrea no aumentan la velocidad de eliminación de la toxicidad del cuerpo y que, por el contrario, el nivel de toxicidad puede aumentar debido a la eliminación del potasio a través de los vómitos.

La **LICENCIADA CLAUDIA FABIANA RAFFO**: en su calidad de psicóloga del Hospital Borda, confeccionó los informes obrantes a fs. 572/573 y 579/580.

A preguntas del Sr. Fiscal General, para que explique qué significa que la imputada mostró “*escasa impronta emocional*” manifestó que pudo notar en ella un distanciamiento afectivo muy marcado en el contacto con ella y la “*escasa capacidad empática*” a la que hizo alusión en su informe, tiene que ver con la circunstancia de que, si bien la imputada le dispensó un trato cordial, notó en ella una imposibilidad de ponerse en el lugar del otro, manteniendo distancia hacia la relación terapéutica.

Contestó que el “*control omnipotente*” referenciado guarda relación con las defensas de tipo histérico y obsesivo que encontró en Solano, explicando que en determinados momentos de la entrevista pasó a estar en un estado de defensas más primarias, refiriendo a cuestiones de tipo regresivas. El control omnipotente se relaciona con creer “yo puedo todo”. Asimismo, refirió a sus fortalezas para superar las adversidades.

Manifestó que durante la entrevista le solicitó a Solano que relatará el porqué de su derivación y que, en aquella oportunidad, le contestó que el motivo era la internación de su hijo SAG en el Hospital Garrahan y que luego ahondaron sobre la vida personal de Solano. La testigo recordó, como algo muy particular y que le llamó la atención, “el linaje femenino materno” es decir, la

vinculación existente entre Soraya, la madre y la abuela, particularmente en cuanto a lo afectivo e identificadorio, que la imputada presentaba sentimientos de vacío afectivo, de soledad con relación al vínculo con su madre, de rivalidad y hostilidad, todo lo cual, a su criterio, debió haber afectado la conformación subjetiva de su personalidad.

Refirió que no encontró en Solano parámetros de trastorno facticio, ni signos psicopáticos pero sí consideró que presentaba una personalidad de estructura neurótica con rasgos histéricos y lábiles, lo que no significaba una alteración de la personalidad si no solamente la presencia de rasgos que la convierten en una persona más frágil, dependiente, insegura e inmadura.

Con relación al accionar impulsivo, contestó que si bien es propio de todo ser humano, en determinados momentos de mucha tensión emocional los mecanismos elaborativos intelectuales pueden fallar y llevar a la persona a un accionar más impulsivo, refiriendo que al momento de la entrevista la impulsividad de Solano se encontraba dentro de los umbrales esperables.

A preguntas formuladas, refirió que el DSM IV incluye el estudio del trastorno facticio y el trastorno facticio no identificado, en el cual se encontraría indirectamente incluido el “trastorno por poder” expresando que se trata de aquellos supuestos en los cuales una madre daña a sus hijos.

Agregó que el DSM IV es una descripción fenomenológica y que su tarea es la de realizar estudios de la personalidad. Refirió que de la descripción fenomenológica arrojada por el DSM IV no pudo “encuadrar” el resultado dentro del cuadro de neurosis o perversión. Asimismo, contestó que no hay bibliografía que sostenga que el trastorno facticio pueda llegar a ser neurosis, perversión o psicosis.

La **DRA. SHIRLEY JANINE ESPINAL RIVERA:** manifestó ser médica pediatra del Hospital Garrahan.

A preguntas del Sr. Fiscal General, refirió que cuando el niño ingresó al hospital, en el año 2009, ella se encontraba cursando el segundo año de la residencia de medicina. Que se desempeñó en dicha institución médica durante el período comprendido entre los años 2008 y 2011. Que no recuerda ni la



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

fecha ni el estado de salud en que ingresó SAG a la guardia del Hospital.

Relató que su primer encuentro con el niño fue en la sala común, y que en dicha oportunidad se encontraba estable. Refirió -en lo que respecta a los antecedentes de SAG- que se trataba de un menor de 3 años de edad, que había sido derivado por sospecha de una enfermedad metabólica, quién había tenido varias internaciones anteriores, cuadros de deshidratación grave y episodios de “shock”. Aludió que los médicos no encontraban la causa de la enfermedad, y que si bien en un primer momento se tuvo la sospecha de que podía tratarse de una enfermedad metabólica, ésta fue descartada mediante los informes médicos correspondientes.

A preguntas del Sr. Fiscal General, relató que tenía conocimiento de que uno de los hermanos de SAG era cardiópata y había muerto presentando síntomas similares a los de éste. Que no recordaba haberle suministrado ninguna medicación a SAG.

A preguntas formuladas, refirió que en el primer encuentro que tuvo con el paciente fue acompañado por su madre. Que los médicos les dijeron a los estudiantes que “estén muy pendientes de si se le daba algo [a SAG] y de que empezara a presentar síntomas”.

Relató que un día, no recordando la fecha precisa, el niño empezó a vomitar, y a raíz de ese cuadro se sugirió que se hiciera un análisis de digoxina en sangre que, finalmente, dio positivo.

A preguntas formuladas por el Tribunal, relató que un día se encontraba de guardia y había quedado a cargo de la sala. Que durante el transcurso de la mañana el niño se encontraba “bien”, y que “de pronto fue visitado por la mamá y más o menos en la tarde-noche comenzó a presentar síntomas”.

A preguntas del Sr. Fiscal, refirió que el servicio de enfermería había avisado que SAG había comenzado a presentar síntomas. Que, cuando le informaron de la situación del niño, se presentó en la habitación, donde la madre le comentó que el niño había comenzado a vomitar. Que la madre le preguntó: “¿Qué es lo que le está pasando al niño?”.

A preguntas del Sr. Fiscal respecto a la reacción del personal del hospital y de la madre frente a dicha situación, contestó

que dio aviso a aquélla y al Consejo de Menores. Preciso que la enfermera vio los vómitos del menor. Puntualizó no recordar el número de vómitos que tuvo el paciente.

A preguntas realizadas por el Sr. Defensor, refirió que una de las médicas del establecimiento sugirió que podía tratarse de un caso de Münchhausen. Que frente a la situación presentada por el paciente: numerosos cuadros de “shock”, recuperaciones “milagrosas” y los antecedentes de los hermanos, el cuerpo médico sugirió el análisis del síndrome de Münchhausen. Preciso que la indicación del cuerpo médico era “estar pendiente a cualquier tipo de cosa que se le pudiera suministrar al niño y que luego éste presentara síntomas”. Relató que no fue ella quien realizó la extracción de sangre, pero sí quien la ordenó.

A preguntas formuladas por el Sr. Defensor sobre las características de la sala, refirió que se trataba de una sala general, contaba con treinta y dos camas, y que SAG se encontraba alojado en una habitación exclusiva. Refirió que ésta se encontraba separada por una puerta.

A preguntas del Sr. Defensor contestó no recordar el horario en que SAG comenzó a presentar síntomas, pero que -seguramente- fue a partir de las 16:00 h. Tampoco recordó si SAG estaba con suero al momento en que fue atenderlo.

Seguidamente, se dio lectura de parte de la declaración de fs. 266 y que a continuación se transcribe: *“Que a la noche , la mamá me ubica ya que yo estaba atendiendo por ser médica de Guardia y me comenta que SAG había vomitado varias veces y que estaba decaído, fue entre las 21:00 y 22:00 horas. Que fui verlo y constaté un vómito gástrico. Que como el niño se encontraba con una deshidratación leve a moderada, le suspendí la vía oral, me refiero a la comida, agua, y le suministré suero endovenoso, y le dije a la madre que no le diera nada de comer ni beber. Que desde la 16:00 horas hasta la noche el nene debe haber estado con cuadros de vómitos reiterados, pero la mamá no me consultó hasta la noche, pasaron varias horas que podía haberse empeorado.”*. La testigo relató no recordar con exactitud sus declaraciones durante la faz de instrucción.

A preguntas formuladas, refirió no recordar si fue la madre o la enfermería quien le informó que SAG había vomitado



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

varias veces, creyendo recordar que se trataba de dos vómitos. Respecto a la administración del suero, creyó que se le había proveído, pero sin una seguridad total. Que no recordó haber hecho la suposición en torno a la posible evolución desfavorable del menor. Por último, la testigo refirió no recordar la hora en la que se sucedieron los hechos.

Posteriormente, el Sr. Fiscal General dio lectura a otra parte de declaración de fs. 266 y que a continuación se transcribe: *“(q)ue ese día tanto a las 16:00 horas como a los horarios en que fui 21 o 22 y posteriormente para ver como evolucionaba con el suero, advirtiendo que ya no vomitaba más, la madre estuvo sola con el menor se quedó toda la noche”*. Frente al pedido de aclaración sobre su afirmación en la etapa de instrucción, la testigo ratificó sus dichos.

A preguntas formuladas por el Tribunal, refirió creer que el paciente se encontraba acompañado de Solano. Que no era posible que ningún médico de la enfermería haya podido omitir los vómitos del niño.

A preguntas formuladas por el Sr. Fiscal General, puntualizó que los médicos le informaron que SAG había vomitado, mas no le informaron que éste había “vomitado sin parar”.

A preguntas formuladas por el Tribunal, refirió que el cuerpo médico sugirió a los padres que confeccionasen un informe, en el que se debía detallar los horarios en los que el paciente orinaba y/o vomitaba. Que suele extraerse sangre entre las 7:00 y 8:00 de la mañana.

Seguidamente, se le exhibió el informe de fs. 718. Refirió que el mismo fue confeccionado por enfermería y medicina. Posteriormente, se le exhibió el informe de fs. 724, refirió que, conforme se desprendía del informe, se le dispuso al paciente un plan de hidratación de 46 ml/hora, y que el niño se encontraba sin fiebre. Afirmó que la cantidad de goteo -46 ml/hora- se estableció según dos parámetros: (i) el estado de deshidratación y (ii) el peso del paciente. Luego se le expuso la fs. 726 y refirió que en ella constaban los balances de ingreso y egreso del paciente, junto con un cuadro de vómitos y diarrea. También se le exhibió la fs. 730, en la que se dejó constancia de un cuadro afebril, con plan de hidratación parenteral-46 ml/hora- administrado por vía periférica. Al pedírsele que

explicara lo asentado a fs. 348 refirió que a las 22: 30 horas se le colocó el suero al paciente, a fin de administrarle un plan de hidratación. Refirió que anteriormente, a las 19:30, le habrían administrado el protector gástrico al paciente.

A preguntas formuladas, contestó que escribieron la fecha de llegada de la madre, 16:00 h, por la sospecha de que se tratara de un posible caso de Münchhausen. Se le exhibió, nuevamente, la fs. 724, en donde consta un cuadro febril del paciente. Al respecto -y para que aclarase la divergencia entre el informe y sus declaraciones- contestó que ella recordaba que SAG se encontraba afebril. Por último, refirió que su médica directa era la doctora Veltri y que no recordaba haber hablado del caso con otro profesional.

Asimismo, **se incorporaron por lectura:** el informe psicológico de Solano realizado por la Licenciada Bibiana Raquel García de la Asesoría Pericial del Departamento Judicial Trenque Lauquen, Pcia. de Bs. As. (fs. 539/540 y 528/538), los informes médico legales confeccionados por el Dr. Gustavo Durquet de la Policía Científica de Azul, Pcia. de Bs. As. (fs. 542/549 y 550/552), los informes psicológicos de fs. 553/553 -confeccionado por la Licenciada María Emilia Rodríguez- y el de fs. 631/634 de SAG, el informe psiquiátrico de la imputada practicado por el Dr. Abásolo que luce a fs. 569 y el confeccionado por la Licenciada Claudia Fabiana Raffa de fs. 575/576, los informes psicodiagnósticos de fs. 572/573 y 579/580, también practicados por la Lic. Raffa, el informe de la Academia Nacional de Medicina (fs. 600), el peritaje químico toxicológico de fs. 574, relativo a SEG y GG González, el informe psicológico de Carlos González, que luce a fs. 577/578, el informe farmacológico de fs. 601/602, el informe médico forense practicado por el Dr. Carlos Hugo Escudero, de fs. 753/762, las constancias de la historia clínica de fs. 297 y 304 y el informe de laboratorio de fs. 317/319, las constancias de fs. 720, 723/724, 726/727, 730/731 y 734, todas en referencia a la atención que recibió SAG en el Hospital Garrahan, la reseña del caso y el informe Social del referido hospital (fs. 3/13), el acta de allanamiento glosada en copia a fs. 384/404 y el detalle de los efectos allí secuestrados de fs. 504/509 y 556/559, el informe socioambiental del grupo familiar de SAG que luce a fs.





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

560/562 y el informe del INAME de fs. 581/586, las constancias médicas y judiciales de sede provincial obrantes a fs. 14/614 y las de fs. 705/750, el informe mental previsto en el art. 78 del C.P.P.N que se realizó como medida de instrucción suplementaria (fs. 842/849), las copias de fs. 852/880 vta., la causa nro. 8461 (I.P.P. nro. 663/09) del Juzgado de Garantías nro. 1 de Olavarría, Departamento Judicial Azul, Pcia. de Bs. As., el informe socioambiental y certificado final de antecedentes de Solano que se encuentran agregados en su respectivo legajo para el estudio de la personalidad.

**IV.-** Que al momento de alegar, la Fiscalía tuvo por acreditado el hecho descrito en el requerimiento de elevación a juicio y acusó a Solano como autora del delito homicidio agravado por el vínculo, en grado de tentativa (cometido con dolo eventual) y solicitó que se le impusiera la pena de diez años de prisión, accesorias legales y costas.

A su turno, la defensa pidió que se absolviera a Solano en orden al hecho por el que viniera requerida su elevación a juicio ya que no se había podido trasponer el estado de duda en cuanto a quién le habría suministrado la digoxina a SAG (art. 3º, CPPN).

En segundo lugar, planteó la nulidad de todo el procedimiento por haberse violado el derecho de defensa y el principio del debido proceso, toda vez que los médicos y enfermeros del Hospital Garrahan dispusieron medidas de prueba, montando una verdadera agencia de investigación, sin conocimiento de la autoridad respectiva; sobre la base de este argumento también pidió la absolución de su asistida.

Continuó con un primer planteo en subsidio para el caso en que el Tribunal considerase que Solano fue quien le administró la digoxina a SAG: la atipicidad de la conducta o que se encuadre en un caso de tentativa inidónea; que debía descartarse el dolo homicida, aun en su variante eventual, dado que el trastorno de personalidad que significa el “síndrome de Münchhausen por poder” se configura en que la madre busca provocar a su hijo síntomas para llamar la atención en especial de los médicos y el espacio hospitalario, no la muerte; que también debía descartarse la posibilidad de dolo eventual en los casos de tentativa; también en

forma subsidiaria postuló la inimputabilidad de su asistida por padecer del síndrome de Münchhausen (art. 34, inc. 1º, Cód. Penal) y, alternativamente, que se encuadre en un caso de circunstancias extraordinarias de atenuación (art. 80, Cód. Penal). Solicitó también que no se impongan las accesorias legales, por inconstitucionales, toda vez que Solano tiene una hija (LG) y está retomando el vínculo con SAG. Por último, postuló que en caso de que se impusiera pena bajo la última calificación propuesta, ésta sea inferior a la mínima establecida en la escala penal con fundamento en el principio de culpabilidad.

Corrido el traslado al Sr. Fiscal General del planteo de nulidad interpuesto, éste pidió que se lo rechace, al igual que el planteo de inconstitucionalidad.

Los argumentos desarrollados por cada una de las partes pueden ser consultados en el acta de debate, donde fueron consignados.

Finalmente, concedida la palabra a la Sra. Soraya Soledad Solano (conf. art. 393, último párrafo, del Código Procesal Penal de la Nación), expresó su agradecimiento por el trato que se le había dispensado tanto a ella como a su familia por parte del Tribunal; refirió que venía de un pueblo donde se suele maltratar a la personas que se encuentran sometidas a un proceso, que se les levanta la voz o se los discrimina. Por último, expresó que era inocente del delito que se le imputaba.

**V.-** Que los sucesos detallados en el acápite I de este voto han sido reconstruidos, como se dijo, sobre la base de la prueba producida en el juicio y valorados de conformidad con las reglas de la sana crítica (arts. 241 y 398, segundo párrafo, del Código Procesal Penal de la Nación), lo que me ha llevado a la convicción de que se encuentra probada tanto la materialidad del hecho, como la participación de la acusada.

De conformidad con este principio “la discreción que poseen los jueces para valorar la prueba es atemperada por su deber de brindar una opinión razonada” (Cámara de Apelaciones de la Corte Penal Internacional, ICC-01/04-01/06, sentencia del 1º de diciembre de 2014, *The prosecutor v. Thomas Lubanga Dylo*, párr.



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

24). Es por ello que a continuación se procurará fijar con claridad cuáles de los hechos que se dan por probados, son la base de cada uno de los elementos legales del delito, incluyendo obviamente la acreditación del elemento subjetivo (Cámara de Apelaciones de la Corte Penal Internacional-IT-95-16-A-“*The prosecutor v. Zoran Kipra , Mirjan Kupre, Valtko Kupre, Arago Josipov, Vladmir Santic*” sentencia 23 de octubre de 2001, parr. 32, citado en Cámara de Apelaciones de la Corte Penal Internacional-01/04-01/06-, “*The prosecutor v. Thomas Lubanga Dylo*”, sentencia del 1 de diciembre de 2014, párr. 42).

En cuanto a la materialidad del hecho debe aclararse en primer lugar que ésta no fue controvertida por las partes, limitándose el señor Defensor Oficial a cuestionar la autoría de su asistida. De todos modos, y como ya señalamos, los hechos deben ser fijados con absoluta claridad.

En este cometido, corresponde señalar que el día 11 de junio de 2009, SAG sufrió un cuadro de deshidratación agudo secundario a vómitos y diarrea -ver, entre otras, fs. 299 de la historia clínica incorporada por lectura (informe de la médica tratante Dra. Veltri y de la médica psiquiatra infanto juvenil del hospital Garrahan, Dra. Ponce)- que se inició alrededor de las 19 h y que empezó a ser revertido con hidratación parenteral (suero) a partir de las 22.30 h (la necesidad de suero surge de lo consignado por la Dra. Espinal - médica residente de segundo año que se encontraba de guardia ese día- en la planilla de indicaciones médicas presente en la historia clínica incorporada a fs. 348). Allí se asienta que el 11 de junio a las 22.30 debió ser suministrado suero (46 ml/h). La necesidad de hidratación parenteral también fue afirmada en la audiencia por la Dra. Spagnollo -jefa de clínica de la sala de internación del Hospital Garrahan y Jefa de Clínica de Sala de Cuidados Intermedios de dicho hospital- quien también refirió que “SAG comenzó a presentar nuevos síntomas de vómitos y diarrea que requirieron colocarle un suero” (ver también plan de hidratación a fs. 724 y 730).

El horario preciso del comienzo de los vómitos que he establecido a las 19 h se encuentra asentado en una agenda -secuestrada durante el allanamiento en el domicilio de Solano-, que tuvo que ser confeccionada por ella por cuanto es quien, tal como indican todos los testimonios acompañó a su hijo ese día y quien se

ocupaba de todas las cuestiones médicas. En esa agenda se consignaron los datos de SAG y como el día 11 de junio se asentó en lo que aquí interesa: "vómito 19 hs." (luego hay otras anotaciones a las que haremos referencia más adelante). En línea con esto, la Dra. Espinal manifestó durante la audiencia que era habitual pedirles a los padres que registraran por escrito el horario de los vómitos y deposiciones de los niños ante problemas gastro-intestinales. Este momento, por lo demás, se ubica en una franja horaria coincidente con lo manifestado por las Dras. Spagnollo y Espinal como posterior a las 16 h. Ello por cuanto la Dra. Spagnollo sitúa el episodio con posterioridad a las 16 h, horario en que ella se retiraba y la Dra. Espinal, en el horario posterior al comienzo de su guardia que era a partir de las 16 h.

En esa misma agenda se asienta como último vómito el de las 21.39 lo que guarda sentido con el hecho de que a las 22.30 se le haya colocado una vía con suero. Esto explica también que no se produjeran más vómitos luego de ello, al poder compensarse el potasio (tal como también se refleja en la agenda mencionada).

Asimismo, no está controvertido, el hallazgo de digoxina en la sangre del menor SAG el día 12 de junio de 2009, es decir al día siguiente de haberse producido el cuadro de deshidratación secundario a vómitos (ver análisis de laboratorio a fs. 318 e informe de la médica tratante Dra. Veltri -médica de planta de especialidad pediátrica del hospital Garrahan- a fs. 304); así como también, el hecho de que el día 10 de junio, fecha en la que el niño se encontraba en perfecto estado de salud y simplemente sometido a control y estudios, no se hubiese hallado presencia de digoxina en sangre (ver también el resultado de ese análisis a fs. 318). Tampoco, se encuentra discutido que esta droga no le había sido médicamente indicada al menor (por todos, ver informe de fs. 304 recién citado).

A su vez, al hallarse digoxina los médicos finalmente encontraron explicación al cuadro de deshidratación presente -y aun cuando no es materia de este juicio- a todos los cuadros de deshidratación secundario a vómitos y diarrea que SAG venía experimentando desde hacía un año y medio a los que luego se hará referencia. Para explicarlo sucintamente se presentaron los siguientes elementos: **1)** una primera sospecha de que estos cuadros



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

agudos podrían corresponder a **intoxicaciones por medicamentos como la digoxina** luego de que el dosaje hubiese arrojado resultado positivo (conf. Dra. Veltri en informe citado) y **2) la inexistencia de otra causa** que los hubiese explicado luego de la innumerable cantidad de estudios a la que fue sometido SAG y a los que posteriormente me referiré, **3) la no repetición de esos cuadros habituales** -como luego se verá en relación con la autoría- desde el 11 de junio de 2009 a la fecha. Todo ello terminó por confirmar que la causa de los síntomas experimentados por el menor fue inexorablemente **la intoxicación digitálica** (o intoxicación por digoxina).

En efecto, para los médicos no hubo duda alguna de que la digoxina fue la causa de la intoxicación (tampoco para las partes). Así lo afirma, por ejemplo, la Dra. Spagnollo: “luego de dicha constatación no quedaron dudas de que SAG se encontraba intoxicado por haber ingerido digoxina”. También lo indica el Dr. Escudero, médico del Cuerpo Médico Forense en su informe de fs. 753/62: “en el caso se trató de la ingesta accidental o intencionada (por voluntad propia o de terceros) del medicamento en dosis que originan signos y síntomas de toxicidad” (fs. 757). Sobre esto debe aclararse que si bien el profesional señaló que no se podía afirmar que se hubiese administrado digoxina en dosis tóxicas [de lo que me ocuparé más adelante], **sí produjo síntomas de toxicidad**. Ello lo derivó de lo que había observado en el registro previo de fs. 297 vta. en el que la digoxina resultó no dosable y de la evolución que obraba a fs. 304 en la cual constaba que en la muestra de sangre tomada el 12 de junio sí se dosó digoxina. Durante la audiencia el Dr. Escudero ratificó que “el niño presentó un cuadro clínico por consumo de digoxina mientras se encontraba internado”. Con respecto a los cuadros previos de deshidratación el mismo profesional afirmó que “la significativa similitud clínica y evolutiva entre los múltiples episodios de vómitos y diarrea con deshidratación por los que debió ser internado ... con el cuadro por el que fue internado en el hospital Garrahan ... bien pueden guardar relación de causalidad con la ingesta inapropiada de digoxina” (fs. 762).

Con respecto a la dosis encontrada haré referencia al ocuparme del tipo penal seleccionado, en tanto ello tiene importancia no respecto de la materialidad del hecho en sí como a

simple vista podría confundirse -suministro por parte de un tercero de una droga que produjo deshidratación secundaria a vómitos y diarrea- sino con la subsunción en el tipo penal de tentativa de homicidio.

A continuación desarrollaré sucintamente los tres puntos antes mencionados y que conforman la materialidad fáctica.

1) En primer lugar, entonces, me referiré a los **efectos de la intoxicación digitálica**. Tanto el Dr. Escudero como todos los médicos que declararon como testigos durante la audiencia afirmaron que es un síntoma usual de la *intoxicación digitálica* o por digoxina, la ocurrencia de vómitos y diarrea. Así, a modo de ejemplo, puede citarse a la Dra. Spagnollo quien señaló que “los primeros síntomas de intoxicación (de la digoxina) son las náuseas, vómitos y diarrea”. Los vómitos eran, entonces, una consecuencia de la depleción del potasio -hipokalemia- que produce la digoxina. De modo conteste el médico especialista en medicina legal de la Delegación Departamental de la Policía Científica de Bolívar, Dr. Durquet, indicó que “el vómito y la diarrea son las primeras manifestaciones de la intoxicación y la que deben alertar al médico frente a un niño al que se administra digoxina” (obviamente esto último en referencia a un paciente que ya la tiene prescrita).

2) Por otra parte, recordemos también que **no había otra causa orgánica** que explicara esos vómitos ni en ese momento, ni con anterioridad. Efectivamente, el descarte de cualquier otra causa que explicara un cuadro que se había repetido durante un año y medio con asiduidad fue como luego veremos uno de los motivos que dio lugar a la sospecha por parte de los médicos del Hospital Garrahan acerca de la presencia de síndrome de Münchhausen by Proxy del que luego me ocuparé. No debe olvidarse en este aspecto que tal como lo señaló la Dra. Ponce, el Hospital Garrahan es un centro de referencia y fue precisamente la falta de una correlación orgánica la que despertó la sospecha que finalmente salvó la vida del niño. En efecto, el médico forense Dr. Escudero refirió que fue la avezada posición de los médicos del Garrahan “quienes se plantearon como interrogante [frente a la imposibilidad de determinar la causa de los cuadros de deshidratación agudos que se resolvían solos] si podía ser un tercero quien causara la enfermedad del niño”. Es que ante un cuadro como el que presentaba SAG, todos los pediatras



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

intervinientes durante el año y medio que duraron los síntomas del niño comenzaron -como indica la *lex artis*- de “menor a mayor”. Se trataba de un paciente que tenía el antecedente de dos hermanos fallecidos a muy temprana edad y que presentaron también cuadros de enfermedad gastrointestinal. Por ello, el camino de los médicos transitó hasta el momento en el que se halló la digoxina -como puede verse en toda la historia clínica de SAG y fue reiterado por los médicos tratantes Ravassi, Brindesi, Spagnollo y Espinal durante la audiencia- por el estudio de la presencia o descarte de alguna “metabolopatía” congénita, toda vez que se trata de una patología en la que los niños nacen sanos y mueren a temprana edad. Claramente debían -como hicieron- investigar algún origen genético.

En efecto, resulta incontrovertido que aproximadamente desde los dos años SAG presentaba recurrentemente cuadros de vómitos y diarrea. Concretamente, en febrero de 2008 comenzó con cuadros de gastroenteritis -a la edad de 2 años y 2 meses- (el 30 de junio de 2008 se asentó en la ficha de SAG -fs. 512-: “hace cuatro meses que comienza con la gastroenteritis, se interna por deshidratación porque vomitaba y se desvanecía, que se reinternaba a los quince días en iguales condiciones por diez días con vómitos y diarrea y al mes nuevamente también con vómitos y diarrea”). Así también lo ha manifestado la tía del menor, Marta Susana González, y su padre Carlos Alberto González durante la audiencia; también la propia Solano en tanto así lo refirió a los médicos del hospital Garrahan, tal como consta en la historia clínica glosada a fs. 525 de la causa provincial donde -en lo que luego fue motivo de la última internación para control- describió cuadros de deshidratación que implicaron internación a los 2 años y 4 meses- internado tres días en Bolívar-, 2 años y 5 meses -internado quince días en Bolívar-, 2 años y 7 meses -internado una semana en Bolívar- y otras tantas internaciones también durante el año 2009. Ello coincide también con lo informado por el Dr. Brindesi -médico pediatra del hospital zonal de Bolívar- a fs. 19 respecto de 2009 y fs. 100/104 respecto del año 2008.

Y también es indiscutido que esos reiterados cuadros agudos de deshidratación no encontraron durante el año y medio de continua investigación correspondencia con patología alguna, lo que como dijimos, era motivo de constante preocupación

en atención a los antecedentes familiares de dos hermanos fallecidos. Así, a modo de ejemplo puede citarse la fs. 46, donde se asienta que se ha descartado: déficit de oxidación de ácidos grasos, enfermedad celíaca y fibrosis quística del páncreas. El 8 de septiembre de 2008 la Dra. Nanfito del Hospital Sor María Ludovica de La Plata indicó: “no encontré nada en SAG que pueda hacer entender su cuadro y los óbitos de sus hermanos” (fs. 511). Tampoco los estudios invasivos que también se le practicaron a SAG arrojaron resultado alguno. Así el 16 de julio de 2008 se le practicó en el quirófano del Hospital Sor María Ludovica de la Plata -centro de referencia pediátrico en la provincia de Buenos Aires- una endoscopia (fs. 524) para lo que permaneció internado del 15 al 17 de julio (fs. 57) que no arrojó la detección de patología alguna. También el 19 de septiembre de 2008 se le practicó una ecografía abdominal en un centro de imágenes de Bolívar cuyo resultado fue “normal” (fs. 418). Y lo más importante es que al egresar SAG de la última internación, aquella en la que se desarrollaron los hechos que motivan la presente causa, se asentó con fecha 14 de julio de 2009 que **todos los estudios son normales** -haciéndose únicamente referencia al dosaje de digoxina positivo- (fs. 483 ss.; énfasis agregado). Del mismo modo se pronunció la médica psiquiatra del hospital Garrahan, Dra. Corina Ponce durante la audiencia quien refirió que “todos los estudios de SAG descartaban cualquier tipo de patología, era un chico sano, por tal motivo no se encontraba explicación a sus repetidos cuadros de diarrea y deshidratación”. El perito médico Durquet, en su informe de fs. 551 resumió que “todos los cuadros digestivos que motivaron las reiteradas consultas de SAG a los diferentes hospitales no pudieron ser encuadrados en ninguna entidad nosológica o síndrome que las justificara”. Lo afirmó también la Dra. Spagnollo al manifestar que los análisis de laboratorio no presentaban una “coherencia entre lo que le pasaba al niño, los análisis y el diagnóstico”, ya que se trataba de un chico sano pero con antecedentes muy complicados. Agregó que trabajaban con un niño que presentaba un examen de laboratorio “normal”, y que se había descartado cualquier tipo de enfermedad metabólica. A todo esto debe agregarse que la experiencia también nos indica que el hecho de que el niño en cada uno de los episodios hubiese sido compensando solo con la rehidratación y sin tratamiento alguno denotaba que no había una





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

patología orgánica detrás. Así lo manifestó, entre otros, la Dra. Espinal: "el niño tuvo episodios de shock grave con recuperación milagrosa". Ya desde un principio los análisis sobre errores congénitos del metabolismo habían arrojado resultados normales pero los médicos siguieron insistiendo ante la falta de explicación.

3) A todo ello se suma el hecho de que a partir del día siguiente de los acontecimientos que aquí se describieron y **hasta el día de hoy, SAG no presentó ninguno de los síntomas gastrointestinales con los que prácticamente convivía**. Se trata de un niño totalmente sano. En efecto, SAG nació sano -ver epicrisis neonatal a fs. 192- y solo en el lapso del año y medio ya mencionado tuvo episodios de deshidratación que ameritaron internaciones (lo que luego también se relacionará con la autoría). Téngase en cuenta que ya con fecha 12 de agosto de 2009 -tan solo dos meses después de los hechos que aquí se ventilan- el Dr. Durquet informó que "en el hogar infantil se alimenta correctamente en forma variada y no ha presentado ningún cuadro digestivo que motivara consulta médica" (fs. 551/2). Del mismo modo se ha pronunciado el 13 de agosto de 2009, la psicóloga María Emilia Rodríguez que se desempeñaba en el hogar "Mi Casita", donde se encontraba alojado SAG (ver informe incorporado de fs. 553/5). Lo mismo ha afirmado su propio padre Carlos Alberto González durante su declaración testimonial al afirmar que desde ese episodio "no volvió a presentar otro cuadro de vómitos o diarrea".

En suma: es claro que si SAG tenía digoxina en sangre y ésta causa como uno de sus síntomas más comunes vómitos y rápida deshidratación y, además, en el año y medio en el que se lo investigó profundamente sobre todo en relación con enfermedades metabólicas -realizándose muchas veces estudios invasivos que requirieron internaciones-, se descartó patología alguna que pudiera causar esos vómitos con rápida deshidratación, resulta innegable que la intoxicación digitalica fue la causante de los síntomas que SAG presentó. Sobre esto, como se dijo, no hay controversia alguna entre las partes. La entidad que cabe asignarle al suministro de dicha droga, y que sí es uno de los puntos en discusión, se analizará -como dijimos- al examinar la calificación legal.

Sobre la cuestión debo señalar que he tratado de distinguir para un mejor análisis estos aspectos de la sentencia con la dificultad que esto conlleva, lo que a veces resulta un tanto artificial teniendo en cuenta que la distinción entre la materialidad fáctica y la calificación legal no siempre es de fácil escisión en tanto "aquello que debe ser probado en juicio depende de los supuestos de hecho a los que las normas jurídicas atribuyen consecuencias jurídicas. De este modo, en el proceso deberá probarse la proposición que afirma la ocurrencia del hecho a los efectos de la aplicación de la consecuencia jurídica prevista por el derecho" (Ferrer Beltrán J., *Prueba y Verdad en el Derecho*, Marcial Pons, Madrid, 2005, p. 49). En efecto: "(e)l propio juez selecciona los hechos, del mismo modo que el juez ve la figura penal del hurto luego busca los datos de la realidad que le interesan para ese fin, de los que excluye, por ejemplo, el color de la cosa hurtada o su tamaño" (Klaus Volk, *La verdad sobre la verdad y otras estudios*, ad-hoc, Buenos Aires, 2007, p. 94 s.).

Siguiendo con la materialidad fáctica, el suministro de digoxina debió producirse entre las 17 y las 18.30 del mismo 11 de junio. Esto teniendo en cuenta que los efectos de dicha droga sobre el organismo se producen entre media hora y dos horas después de la ingesta (tal como lo ha referido la Dra. Spagnollo durante la audiencia y el Dr. Escudero en su informe de fs. 757: "por vía oral el efecto comienza entre los 30 minutos y las 2 horas"). Los restantes vómitos posteriores al de las 19 bien pudieron ser consecuencia de la primera ingesta o de alguna nueva.

Establecido entonces el supuesto de hecho, debemos ocuparnos ahora de la acreditación de la participación de Solano en el suministro de la droga en cuestión, lo que sí se encuentra cuestionado por el distinguido Defensor Oficial.

En relación con ello, varios y concordantes son los indicios que confluyen en su asignación: en primer lugar la presencia indiscutida de Solano el día y la hora en la que indefectiblemente debió ser suministrada la droga y el posterior momento en el que comenzaron los vómitos: 11 de junio entre las 17 y 18.30 y, contrariamente, su ausencia entre el 9 de junio por la noche y el 10 de junio por la mañana. En ese primer momento el niño se encontraba en perfecto estado de salud y solo internado para control



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

al cuidado de su tía paterna, arrojando la digoxinemia -realizada por existir una sospecha de síndrome de Münchhausen, a la que luego haré referencia- resultado negativo. La Dra. Spagnollo precisó que “les llamó la atención que el regreso de la madre hubiera coincidido con esta situación” (en relación con el cuadro que presentó SAG). Exactamente lo mismo dijo la Dra. Ponce: “cuando regresó la madre presentó un cuadro de vómitos y diarrea”. Puntualizó que “mientras SAG estuvo al cuidado de su tía no presentó ninguna sintomatología” y que “el comienzo del cuadro de vómitos y diarreas fue ‘temporal’ a la llegada de la madre”. En un todo coincidente fue la médica de guardia Dra. Espinal quien manifestó que le había resultado llamativo que el niño "de pronto" hubiera tenido vómitos y diarrea, y que esto hubiese sucedido la primera vez que lo acompañaba la madre. Los síntomas le resultaron extraños a todos los médicos sobre todo teniendo en cuenta, como se dijo, que en los primeros días habían realizado numerosas evaluaciones y habían descartado todo tipo de enfermedad. La Dra. Spagnollo también afirmó que “durante el tiempo que estuvo al cuidado de la tía los resultados de los controles habituales dieron normales”.

En efecto, resulta importante aquí detallar la secuencia de los hechos: SAG arribó al hospital Garrahan **el día 9 de junio** -en perfecto estado de salud para ser estudiado por sus cuadros de vómitos y diarrea con deshidratación recurrentes (derivado del hospital de Bolívar -cercano a su lugar de residencia-; ver la nota a fs. 45 de la Dra. García, pediatra de este último hospital, solicitando turno con fecha 8 de abril de 2009). El ingreso, en principio ambulatorio, y en buen estado general fue también reseñado durante la audiencia por la Jefa de Clínica Dra. Spagnollo, que especificó que la internación obedeció al hecho de descartar una grave enfermedad. Ya el 30 de abril de 2009 fueron los médicos del Hospital Garrahan los que indicaron durante un control ambulatorio que SAG debía ser reevaluado en forma urgente (fs. 1212).

Téngase en cuenta que, como dijimos, en el transcurso de ese año hasta el mes de junio en el que el niño ingresa al Hospital Garrahan, SAG ya había sido internado en tres oportunidades y en seis entre 2008 y 2009 (a lo que debe agregarse en el ínterin una numerosa cantidad de consultas y estudios tal como se detalla en la historia clínica y de lo que da cuenta el

distinguido Fiscal General). En cinco de las internaciones el niño fue derivado desde el centro médico de su ciudad de residencia - Urdampilleta- al hospital zonal de Bolívar (ver informe del Dr. Durquet fs. 542 con prolijo detalle a fs. 550/2). En todas esas internaciones, el tratamiento de SAG requirió en virtud del grado de deshidratación que presentaba, suministro de suero (ver informe del Dr. Brindesi -el que ratificó al declarar durante la audiencia- aclarando que a la madre se le entregó un resumen de la historia clínica; agregado en la propia del Hospital Garrahan, fs. 287). Por ello, se asentó en la historia clínica del Hospital Garrahan que el diagnóstico que motivaba la última internación de SAG el 9 de junio era el de “deshidratación grave con vómitos y diarrea necesitando expansión e hidratación endovenosa presentando varias internaciones por cuadros similares” (fs. 483) y que se decidió internarlo “porque no ha(bía) explicación médica razonable” (fs. 282).

En puridad, ya el 3 de junio de ese mismo año y durante una atención ambulatoria en el mismo Hospital Garrahan (fs. 278 y ss.), Solano presentó las historias clínicas de SAG y de dos hermanos fallecidos del niño. Allí, por las razones a las que haré referencia al ocuparme del "síndrome" es donde por vez primera se asienta junto con la sospecha de enfermedad metabólica, el planteo como diagnóstico diferencial del "Síndrome de Münchhausen by proxy"; (fs. 280) y se cita a SAG para que el 9 de junio concurren por el consultorio de residentes. Nuevamente, el 9 de junio vuelve a anotarse ese diagnóstico alternativo: enfermedad metabólica o "Münchhausen" (fs. 295). Fundamentalmente se señaló que cuadros similares desencadenaron en el fallecimiento de sus dos hermanos y que se descartaron en el hospital Sor María Ludovica de La Plata, enfermedades metabólicas. Se hizo también referencia a la personalidad obsesiva de la madre. La Dra. Spagnollo precisó durante el debate que la mención al Síndrome obedeció a que “a los médicos les había llamado la atención algunas cuestiones tales como que todos los análisis del niño estaban dentro de los parámetros de la normalidad y que era un chico sano”.

Que también refirió que “la mamá le entregó la historia clínica de SAG que era bastante gruesa y que se encontraba anillada con todos los registros médicos y que en aquel momento le llamó la atención la ‘pulcritud’ que había tenido la madre en registrar



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

todo lo que le había pasado al niño”. Esa sospecha inicial coincide también con lo señalado por la Dra. Espinal durante la audiencia.

Volviendo al 9 de junio, cuando los médicos decidieron la internación del pequeño a fin de evaluar su caso, Solano regresó esa misma noche a Bolívar a fin de buscar vestimenta (tal como lo señaló la licenciada en psicología y jefa de la asesoría pericial de Trenque Lauquen Bibiana García en el informe incorporado a fs. 528), quedándose SAG al cuidado de su tía paterna. Por otra parte, esta costumbre de regresar a su ciudad de residencia a buscar mudas de ropa durante las internaciones de SAG fue referida por varios testigos que la acompañaron en otras oportunidades. No se me escapa que la tía paterna ha negado que esto hubiera sido así -manifestando que la madre permaneció siempre en el hospital-, lo que se encuentra contradicho por todas las constancias de la causa, tanto por los médicos actuantes como por lo asentado en los planígrafos de enfermería, mas sobre ese testimonio y su mendacidad haré referencia más adelante. Tal como ya se adelantó, el día 10 de junio por la mañana, el equipo pediátrico solicitó un dosaje de digoxina en sangre -sobre el motivo del pedido aludiré más adelante-, que como se dijo resultó no dosable (ver fs. 318; en idéntico sentido se pronunció la Dra. Spagnollo durante su declaración testimonial). Entre la tarde del 10 y la del 11 de junio regresó Solano. Esta diferencia, si bien no es relevante en cuanto al hecho que se imputa, pues lo decisivo es que el día 11 por la tarde sin lugar a dudas Solano se encontraba acompañando a su hijo (sola, conforme lo refiere la Dra. Espinal y no se ha controvertido), obedece a una discrepancia entre lo que creyeron recordar los médicos de la sala y lo que aparece en el planígrafo de enfermería de fs. 723 del 10 de junio.

Como ya se refirió, lo importante es que el 11 de junio por la tarde -cuando sin dudas la madre ya se encontraba acompañando a SAG- se produjeron los primeros vómitos. También que fue en su presencia cuando se produjo la deshidratación del niño que tuvo que ser detectada poco antes de las 22.30, tal como lo demuestra la necesidad de colocarle una vía con suero en ese horario (fs. 348) hasta el día 13 de junio (ver fs. 724, donde se detalló que tuvo que iniciarse un plan de hidratación de 46 ml/h. y 298; así como el informe elaborado por la Dra. Veltri a fs. 304). A raíz de ello,

el 12 de junio por la mañana se solicitó un nuevo dosaje de digoxina en sangre que arrojó resultado positivo según lo informado el día 13 de junio: 0.16 ng/ml (ver fs. 318 e informe de fs. 304).

En suma: la primera digoxinemia se solicitó el 9 de junio, lo que coincide con la aparición de la sospecha que comenzaron a tener los médicos sobre la presencia del síndrome de Münchhausen, la que finalmente se realizó el 10 (en la historia clínica de SAG a fs. 297 surge que el 9 todavía estaba pendiente la digoxinemia, que como toda extracción de sangre y tal como señaló la Dra. Espinal se realizaba en horas de la mañana). En forma coincidente, la Dra. Spagnollo también refirió durante la audiencia que el primer dosaje de digoxina se realizó al día siguiente a la internación, cuando la madre no se encontraba en el hospital (pese a lo que ha manifestado la tía paterna). La misma dinámica se presentó ante el segundo examen -ya solicitado luego de que la madre del niño estuviera presente y de que concomitantemente comenzaran los síntomas-. En efecto, a fs. 298 vta. figuraba todavía como pendiente, realizándose el 12 de junio y arrojando finalmente resultado positivo.

Volviendo a la participación de Solano, es ella la única que se encontraba con SAG al momento en el que él ingirió las gotas de digoxina. El suministro resultaba para ella una conducta muy simple de realizar respecto de su propio hijo, que no requería más que de unos segundos y que, conforme lo que puede observarse en los planos de la sala de internación podía efectuar sin ningún inconveniente y sin ser vista. Recordemos que la sala de enfermería se encontraba por fuera y que si bien había una conducta expectante en el personal -conforme lo manifestado por la Dra. Espinal- la vigilancia y el posterior acompañamiento que se dispuso respecto de la imputada lo fue varios días después del hecho: concretamente el día 18 (el 13 se obtuvo el resultado positivo y a partir de allí se comenzaron las entrevistas a todos los integrantes de la familia que derivaron en la intervención del Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires -ver informe de fs. 304-).

A la presencia indiscutida de la imputada al momento de producirse los síntomas y también en el momento en que ellos debieron ser causados se agrega la estrecha relación de Solano con la droga encontrada. Sobre la cuestión corresponde



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

recordar que la Dra. Spagnollo explicó durante la audiencia que el motivo de la búsqueda específica de digoxina obedeció al hecho de que en la historia clínica de SAG confeccionada y entregada por la madre, encontraron como trasapelada una receta de Lanicor (digoxina) a nombre de alguno de los dos niños ya fallecidos de Solano, advirtiendo junto a la Dra. Ponce que esto podría explicar los cuadros de vómitos que SAG presentaba con asiduidad porque sabían que uno de los efectos adversos más comunes de esta droga eran la diarrea y los vómitos. Esto coincide con lo que pudo memorar la Dra. Espinal en cuanto a que los médicos tratantes comenzaron a evaluar si no se trataba de una "intoxicación".

El contacto y manejo previo que tenía la imputada respecto de esta particular droga resulta de innumerables constancias de la causa y ha resultado incontrovertido. En efecto, como SEG -el hijo de Solano que nació en 2000 y falleció en 2005- tenía una cardiopatía congénita -civ, comunicación interventricular- detectada en el primer mes de vida, que no revestía mayor gravedad pero sí control y que posiblemente se "cerraría" sola (ver fs. 1066 de la causa de provincia) le fue prescripto el medicamento "Lanicor" (digoxina). La prescripción de esta droga junto con el "Nuriban" y el "Kaon" -lo que se conoce como el "tripleto cardíaco"- puede observarse en innumerables constancias de la causa. A modo de ejemplo pueden citarse fs. 516 de la causa de provincia (medicado con 3 gotas por día al 28 de junio de 2000 -historia clínica del propio Hospital Garrahan-) y también el 8 de agosto de 2000 -prescripta en el hospital de Bolívar, ver fs. 1065 de la causa provincial-. También a fs. 519 con fecha 14 de mayo de 2002 en el que se reajusta el Lanicor a media gota por kilo por día, o sea 6/7 gotas, (sobre las intoxicaciones digitálicas vividas por SEG y los correspondientes reajustes de dosis, haremos referencia más adelante al ocuparnos del conocimiento de Solano del hecho que se le imputa: dolo). De forma coincidente, la tía del menor, Marta González, manifestó que SEG "tomaba un remedio denominado 'Lanicor' y que éste era suministrado por 'la madre' [Solano] o por 'ella' (también en la historia clínica de SEG a fs. 1025 de la causa provincial puede observarse asentado que la "digital" -digoxina- la suministraba la madre, de idéntico modo a fs. 1028: "medica la mamá", entre muchas otras). También el padre comenta a las licenciadas en trabajo social del hospital Garrahan (fs. 571/2 de

la causa provincial) -ya en general sobre el suministro de medicación a sus hijos- que “la madre es la que se ocupa de guardar la medicación y suministrarla”. Y durante la audiencia afirma que “él nunca suministró medicación a ninguno de sus hijos. Esto también coincide con el resultado de su informe psicológico realizado por la Lic. Rosana Casella cuando en referencia al padre de SAG refiere que “delega en la mujer el cuidado cotidiano de los hijos” (fs. 577).

Es decir, SAG no solo tenía en su organismo una droga que no debía estar allí pues no la tenía prescrita, sino que no se trataba de una droga presente en un botiquín básico cualquiera, sino de una muy específica y que su madre -a diferencia del común de la población- había utilizado cuanto menos durante dos años en el tratamiento de uno de sus hijos (SEG), quien -por lo menos durante un tiempo- sí la tuvo indicada. Por lo demás, también resultaba llamativo que transcurridos cuatro años del fallecimiento de su hijo SEG, Solano aun conservara recetas médicas de dicho medicamento (teniendo en cuenta también que al mismo SEG le habían suspendido el ‘Lanicor’; ver fs. 1360 de la historia del Hospital Garrahan).

En efecto, en la carpeta negra secuestrada en el domicilio de la imputada se encontró una prescripción del Hospital Garrahan correspondiente a su hijo SEG en el que se asentaba: "Lanicor (o sea digoxina): 2 gotas por la mañana, 1 por la noche más Nuriban y Kaon" (fs. 1215). Llama la atención también que dicha prescripción no se encontrara en la carpeta donde se hallaban los papeles de SEG sino en otra.

A esta altura debo hacer una aclaración. Quizá resulte llamativo que en punto a la autoría no haya hecho ninguna alusión al *Síndrome de Münchhausen by proxy*. Este tiene como característica esencial la producción o simulación de forma deliberada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se halla a cargo del individuo y como luego veremos en su descripción fenomenológica, el accionar y la personalidad de Solano parece corresponderse cual "calco" a la detallada en la descripción de dicho síndrome. Sin embargo, me hago eco de aquellas posturas, quizá minoritarias, que consideran que se han cometido muchas injusticias queriendo derivar de una determinada descripción fenomenológica del síndrome, la autoría de la persona imputada. Me





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

explico: en los Estados Unidos, sobre todo, se ha arribado a numerosas condenas sin prueba objetiva alguna y solo a partir de peritajes psicológicos y de algunos indicios por sí solos no concluyentes. Esto, por ejemplo, redundó en que el Dr. Meadow -el "descubridor" del síndrome de Münchhausen fuera muy cuestionado por algunos sectores (en ese sentido ver Adam Wilson, *'Expert testimony in the dock'*, Journal of Criminal Law, 2005, 69 (4), p. 330; cuestionando el uso erróneo que Meadow hizo de las estadísticas y las consecuencias que de allí se derivaron). Ya he sostenido que los jueces deben estar muy atentos a la "existencia de posiciones condenatorias apriorísticas y sobre el ingreso de la subjetividad, del sesgo, del prejuicio y de la ideología ... al momento de elaborarse los peritajes" (Bloch Ivana, *Estado Puerperal e Infanticidio* -Presentación del libro del Dr. Mariano Castex-, Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, 2008, p. 15).

El presente caso, en cambio, tiene la particularidad, a diferencia de aquellos a los que estoy haciendo referencia, de contar con una prueba objetiva decisiva que no da lugar a explicaciones alternativas: la presencia de digoxina en la sangre de un menor no cardíaco (gracias a la extraordinaria tarea de los profesionales del hospital Garrahan). De hecho, la Dra. Spagnollo comentó que no es inusual por tratarse dicho hospital de un centro de referencia en toda Latinoamérica, el encontrarse con sospechas de "Münchhausen", frente a las cuales tienen pocas herramientas, pues es difícil que se "objetivicen", generándoles una cierta impotencia. En el mismo sentido Steelman ha señalado que "(d)esde su descubrimiento médico en 1977 ... Cientos de casos son traídos a la atención de la comunidad médica todos los años, pero se cree que muchos más casos en gran medida no son reportados por una variedad de razones, diagnósticas y sociales" (Steelman Selene, *Munchausen syndrome by proxy and a proposed diminished capacity defense for homicidal mothers*, disponible en Cardozo Women's Law Journal, 2002, p. 2; traducción no publicada de Sheila Heimenrath: *Una cuestión de venganza: Síndrome de Münchhausen por Poder y una propuesta de capacidad de culpabilidad disminuida para madres homicidas*).

Con esto no estoy negando en absoluto que se encuentren configurados los elementos propios de síndrome de

Münchhausen que se han explicado detalladamente en el requerimiento de elevación a juicio -y en el que salvo por algunos matices que luego se examinarán, encuentran también presentes los señores Fiscal y Defensor-. Tampoco niego que estos elementos contribuyen a fundar la idea de participación de la imputada (vgr. la presencia de desafectivización, abnegación y omnipotencia de la madre, excesivos conocimientos médicos y farmacológicos, empatía con el equipo médico, sometimiento a estudios invasivos, entre muchos otros). Lo que quiero decir es que si bien estos elementos coadyuvan a la idea de autoría, no podrían ser en absoluto definatorios si no existiera en el **caso concreto**, pruebas concluyentes de dicha participación. En el presente caso y por las razones que *ut supra* expuse puede afirmarse que al niño se le suministró digoxina y que ese suministro fue llevado a cabo por la madre. Sobre el "síndrome" me expediré más adelante, pues si bien considero, como dije, que constituye una contribución a la idea ya probada de autoría y la enfatiza, su configuración resulta más relevante a los fines de la culpabilidad (ámbito en el que raramente se lo ha estudiado como luego se verá).

Por lo demás, con respecto a la autoría no existe otra alternativa de explicación razonable conforme la prueba del juicio. No comparto en absoluto la tesis del señor Defensor -que encuentra resquicio para hipótesis alternativas tanto de autoría imprudente como dolosa por parte de terceros-, conforme las razones que a continuación expondré. Tanto la cuñada de la imputada como el marido de ésta intentaron deslizar que podría haber ocurrido que algún médico o enfermero por error suministrara la sustancia a SAG. Eso, por ejemplo, parece entenderse cuando Carlos González alude a los enfermeros del siguiente modo: “entraban todos los días con bandejas con cosas que dejaban al alcance”, queriendo instalar la teoría de una posible confusión al señalar “que otros dos nenes se encontraban internados junto a SAG” y diciendo como al pasar que “uno padecía de cáncer y el otro de una ‘enfermedad del corazón’”, como intentando explicar la presencia de digoxina, aunque al mismo tiempo sosteniendo que no podía asegurar que algún enfermero le hubiera dado alguna droga a SAG.

Esta “titubeante” -en palabras del señor Defensor- alternativa esbozada, resulta a todas luces inverosímil y por varias



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

razones. En primer lugar, se trata de una droga -por los motivos que luego detallaremos- cuyo manejo para los médicos es sumamente delicado y es constantemente monitoreado, considerada por muchos casi como un "cuco" de la farmacología. Por otra parte, no debe olvidarse que SAG se encontraba internado en perfecto estado de salud y solo a los fines de ser estudiado. Por tal razón, la confusión debió ser doble: no se trataba de un paciente que tuviera alguna medicación indicada que pudo haber sido confundida con otra, sino de uno que no tenía prescrita medicación alguna con lo cual derechamente la confusión debió consistir en suministrar medicación a un niño que no la necesitaba. A su vez, de seguirse esta hipótesis un niño cardiópata que debió ser tratado con digoxina no habría recibido la medicación correspondiente, lo que debió haber derivado en alguna descompensación o malestar en ese paciente de los que no hay constancia alguna en la causa por parte de ninguno de los médicos que atendían la sala. Por lo demás, en las planillas de enfermería agregadas a la causa no consta que otro niño con el que compartía sala estuviera recibiendo digoxina. Y si bien el error médico nunca puede descartarse, un error tan grosero, no parece posible en un centro de excelencia como lo es el Hospital Garrahan (dicho sea de paso, donde salvaron la vida de SAG). Por su parte, durante la audiencia el Dr. Escudero -médico forense- afirmó que resultaba "muy improbable que en un ambiente hospitalario la droga h(ubiese) sido suministrada por error" (justamente por los cuidados que requiere el suministro de esta droga). A mayor abundamiento puede agregarse que si bien se trata de un niño que tuvo varios otros episodios de deshidratación aguda -muchos de ellos originados en su hogar-, debería derivarse de esta hipótesis que en esta oportunidad tuvo la "mala suerte" e "infeliz coincidencia" de que un tercero imprudentemente le causara el mismo síntoma con el que convivía recurrentemente desde hacía dos años y que nunca más volvió a padecer. Es claro que esto no resiste el menor análisis. Por lo demás, las alusiones que realiza el señor Defensor Oficial en torno a ciertas "desprolijidades" en el Hospital que pone en boca de la Dra. Spagnollo, son sólo una tergiversación de sus dichos. Ello por cuanto la Dra. Spagnollo no dijo que en el Hospital faltaba el reporte de enfermería sino que no lo encontraba como incorporado en la causa al serle exhibida durante la audiencia (el que por otra parte sí figura).

Tampoco puede derivarse nada del hecho de que no recordara a la Dra. Espinal. Tal como aquélla afirmó se trataba de una residente que no estaba directamente a su cargo sino al de la Dra. Veltri, residentes que por lo demás tienen un alto nivel de rotación. Debe agregarse asimismo que la Dra. Espinal hace muchos años que regresó a Ecuador, su país de nacimiento, tal como lo manifestó durante la audiencia en su visita ocasional a nuestro país.

Más inconsistente resulta la hipótesis que desliza el señor Defensor Oficial acerca de que algún profesional de la salud, hubiese dolosamente causado los síntomas para probar una hipótesis médica. Si quisiera verse esto con alguna lógica, lo primero que podría contestarse es que los médicos plantearon el “Münchhausen” como alternativa y nunca como un diagnóstico seguro (de hecho siguieron investigando las metabolopatías aun cuando hace años que no se encontraba nada anormal en ese aspecto). Así puede verse en la historia clínica -fs. 280-, que el 9 de junio de 2009 se había asentado que recién “en caso de descartarse las posibles causas orgánicas debería plantearse como diagnóstico diferencial Sínd. Münchhausen by proxy (posibilidad no planteada por los médicos de Bolívar)”. Es claro que si hubiera existido algún tipo de búsqueda tendenciosa hacia ese síndrome, éste no se hubiera planteado como diagnóstico “diferencial” de posibles causas orgánicas, incluso teniendo en cuenta que éstas ya habían sido hartamente investigadas y en conocimiento de que dos hermanitos ya habían fallecido. Al respecto cabe señalar que "(i)rregularidades en las historias clínicas de otros hijos de la madre pueden proporcionar una significativa evidencia de SMPP: La previa muerte de otro hermano bajo el cuidado de la madre suele ser suficiente para levantar sospecha e iniciar una seria investigación sobre SMPP. Muchos expertos entienden que existe una alta probabilidad de reincidencia entre las madres con SMPP" (Steelman, *op. cit.*, p. 9). No obstante ello, se seguía planteando como un diagnóstico diferencial. Por otro lado, los testimonios de los médicos durante la audiencia traslucían una gran preocupación por el estado del niño. Según la hipótesis que plantea el señor Defensor, estaríamos ante un médico maligno y sofisticado que primero se ocupó de no administrar digoxina para que arrojara resultado negativo al realizarse la digoxinemia cuando el menor se encontraba solo con su tía, luego administrarla y volver a



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

hacer el dosaje para que arrojara resultado positivo. Por otro lado, tendría que tratarse de un *complot*, dada la cantidad de médicos y profesionales intervinientes en una sala pediátrica y con el solo fin “narcisista” de encarcelar a una madre para probar una hipótesis que tenían como alternativa. Creo que la exposición de estas objeciones habla por sí sola. En un ámbito donde los médicos pasan sus vidas para curar niños, habría un grupo de médicos, residentes y enfermeros que se pondría de acuerdo y encargaría de hacerle daño a un niño en pos de no se sabe qué deseo o rédito “académico”.

Por lo demás, la actitud de Solano que da aviso recién después del quinto vómito de su hijo y ya con un grado de deshidratación avanzada -lo que luego se analizará-, condice con la conducta que debió tener quien causó el daño y no tendría sentido alguno si hubiera sido un tercero extraño a ella quien -imprudente o dolosamente- lo hubiese causado. Además, el enfermero o médico en el caso de que el comportamiento hubiese sido doloso debió tener la seguridad de que la madre no avisaría hasta la deshidratación y así poder tener la excusa para una nueva realización de la digoxinemia que le daría la razón.

Como sostiene Ferrer el hecho de que nunca pueda alcanzarse una certeza absoluta acerca de ninguna hipótesis no significa que no puedan existir razones para preferir una hipótesis explicativa respecto de otra (Ferrer, Beltrán J., *La valoración racional de la prueba*, Madrid-Barcelona-Buenos Aires, Marcial Pons, 2007, p. 121 s.). Utilizando sus palabras, la última tesis descripta tiene un “grado de corroboración” prácticamente nulo que la elimina frente a la **contundencia** de la hipótesis rival, que es la que fundé en punto a la autoría. En efecto, dicha hipótesis no deja duda. Mientras que la explicación alternativa puede ser tachada de irrazonable o absurda.

Sentado lo anterior, corresponde expedirse sobre el planteo subsidiario propuesto por el distinguido Defensor Oficial, esto es, el de nulidad de todo el procedimiento sobre la base de que los médicos y enfermeros del Hospital Garrahan dispusieron medidas de prueba, montando una verdadera “agencia de investigación”, sin conocimiento de la autoridad respectiva. Como es fácil advertir, en algún punto se relaciona con su defensa de fondo, porque también parte de una observación del accionar médico; no en cuanto al actuar

doloso o imprudente de aquéllos, sino respecto del dirigido a culpar a la madre.

Tampoco este planteo de nulidad habrá de tener favorable acogida; en principio, porque la situación que describe el esforzado letrado no fue tal. Como ya se ha afirmado, nada indica que los profesionales del Hospital Garrahan estuvieran interesados en culpar a Solano; sucede que el descubrimiento que éstos hicieron de cuál era el origen del mal que acogía a SAG –su obligación como médicos, en definitiva– terminó coincidiendo con lo que sería la prueba de cargo en este proceso.

En otras palabras, los médicos no estaban “investigando” en un sentido criminalístico –recolectando prueba para culpar a una persona determinada– sino que pretendían descubrir cuál era el origen de la enfermedad del niño; al momento en que hicieron los respectivos dosajes de digoxina no habían descartado –como dijimos– que hubiera un problema metabólico. Cabría preguntarse qué hubiera hecho un Fiscal con la noticia de que los médicos habían hecho un primer dosaje, con resultado negativo, y que, eventualmente, iban a realizar uno nuevo si se presentara algún síntoma; seguramente les hubiera dicho a los profesionales que volvieran recién cuando tuvieran algo que denunciar.

Como bien sostuvo el Sr. Fiscal General, los médicos desconocían el motivo de las deshidrataciones previas –y luego actual– de SAG, y por ello le hicieron los dosajes aludidos, no al revés; para la defensa, los médicos habrían hecho los dosajes para comprobar algo que ya sabían: alguien le estaba administrando digoxina al menor, lo cual se relaciona con otra hipótesis que sugirió el Dr. Steizel. Nadie incitó a Solano ni la predispuso para que le suministrara esa droga a su hijo; siempre el accionar de los médicos tuvo por objeto la averiguación del origen del mal y, en esa inteligencia, adoptaron las medidas que consideraron prudentes. No puede hablarse en modo alguno de “agentes provocadores”.

Tampoco son atendibles los cuestionamientos puntuales que hizo el Sr. Defensor Público Oficial respecto de lo que calificó como un accionar “desprolijo” por parte de los médicos, siempre dentro de este contexto que él critica por haberse llevado a cabo sin control de la autoridad. Dijo que no se consignó en la



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

historia clínica la hora en que había comenzado el cuadro de diarrea ni la deshidratación, pero lo cierto es que sí se asentó el horario en que se dispuso la hidratación parental, por lo que bien puede deducirse que ese fue el momento en que los médicos advirtieron el cuadro; del mismo modo, criticó que no se había determinado a qué hora se le sacó sangre a SAG, pero omitió que la Dra. Espinal declaró que la extracción de sangre solía practicarse entre las 7 y las 8 de la mañana.

Pero no sólo la situación fue distinta a como la describió el Sr. Defensor, sino que, y también aquí acierta el Dr. Saint Jean, ninguna ley veda a los particulares la posibilidad de realizar “medidas de investigación”, en tanto y en cuanto no se inmiscuyan en el ámbito privado de otra persona ni conculquen sus derechos, lo que sí está reservado a los jueces. Por estos motivos es que corresponde rechazar la nulidad planteada.

### **VI.- Calificación legal.**

Que corresponde, pues ahora establecer la adecuación típica de los hechos acreditados. Adelanto que el hecho debe ser subsumido en el tipo penal de tentativa de homicidio agravado por el vínculo. La imputada responderá en calidad de autora (art. 45 del C.P.).

Debo aclarar que si bien parto de los mismos hechos y de la misma calificación jurídica -en principio- que la del requerimiento, el razonamiento será bien distinto.

En primer lugar debe establecerse que la acción es la de suministrar digoxina, pero el resultado muerte no se ha producido. Tratándose entonces de un caso en el que “manifiestamente no hay consumación, se debe comenzar de inmediato con el análisis de la tentativa” (Frister, H., *Derecho penal: Parte General*, Hammurabi, Buenos Aires, 2011, p. 470). Aquí Soraya Solano con el fin de matar a su descendiente -SAG- comienza su ejecución pero no lo consuma por causas ajenas a su voluntad (art. 42 y 80 inc 1º).

Me ocuparé en primer lugar del principio de ejecución. Al haber suministrado Solano digoxina a su hijo es claro que no puede cuestionarse que éste se hubiese configurado. Desde ya que ello presupone la existencia de dolo. En efecto, “(d)ado que en la

tentativa el tipo objetivo tiene que estar incumplido, eso sólo puede suceder en el análisis de la cuestión de si la representación de A estaba dirigida a la realización del tipo objetivo” (Frister, *op. cit.*, p. 471). Sobre la cuestión del dolo volveré más adelante.

### **Aspecto objetivo:**

En relación con el principio de ejecución y tal como afirma el profesor Righi resultan de utilidad los criterios orientadores de la imputación objetiva, según los cuales jamás pueden considerarse principio de ejecución y, consiguientemente tampoco acción punible como tentativa, los comportamientos que se mantienen dentro del riesgo permitido o que son socialmente adecuados (Righi E., *Derecho penal: parte general*, Lexis Nexis Argentina, Buenos Aires, 2007, p. 418). Es claro que suministrar digoxina -introducirla en el cuerpo de la víctima- de forma tal de producir una intoxicación digitalica es un peligro jurídicamente desaprobado. Un peligro, por lo demás, que tenía a la muerte como una consecuencia altamente probable (lo que era reconocido por la imputada como se expondrá al analizar el aspecto subjetivo).

En efecto, había un riesgo concreto de muerte que podía realizarse, fundamentalmente, como desenlace del proceso de deshidratación ya iniciado fruto de la intoxicación digitalica o bien por producirse cualquiera de los efectos de ese envenenamiento que ya estaba en marcha. Se trata en ambos casos de un peligro de muerte por envenenamiento con variables no esenciales a los fines de la tipicidad. Dentro de los márgenes de riesgo que objetivamente existían cuando obró la autora claramente se encontraba el de la posibilidad de la muerte. Sobre esto nos ocuparemos a continuación.

Sabido es que el juicio de previsibilidad sobre el curso del acontecer debe ser hecho *ex ante* desde el punto de vista del momento de la acción (Stratenwerth G., *Derecho penal: el hecho punible*, Hammurabi, Buenos Aires, 2005, pp. 151 y 157). El suministro de digoxina (envenenamiento) es apropiado para producir el resultado muerte. La muerte no sería un caso de “notoria imprevisibilidad”. Es claro que el ámbito de protección de la norma abarca la puesta en peligro que el suministro conllevaba por los múltiples factores que podían acaecer (conf. Jakobs, *Derecho penal: Parte General*, Marcial Pons, Madrid, 1997, 7/85). Una vez que se





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

produce tal tipo de agresión, las consecuencias ya no son controladas por la perpetradora y por lo tanto esa creación del peligro le es imputable.

En efecto, se trata de una droga que no solo es muy peligrosa por los efectos adversos que produce, sino que también lo es por la facilidad con la que esos efectos no deseados pueden generarse con un manejo inadecuado y no controlado. Sobre esto último, debe señalarse que esta droga tiene una particularidad muy conocida en el ámbito médico que consiste en que **su efecto tóxico es muy cercano al terapéutico** (sobre esto fueron contestes e insistentes todos los médicos y no ha sido controvertido por las partes). A modo de ejemplo puede citarse al Dr. Durquet: "debemos tener en cuenta que la digoxina tiene un valor terapéutico estrecho, la relación entre dosis y efecto o nivel en sangre es muy mala y su toxicidad puede ser grave". Precisamente, siendo las dosis terapéuticas tan cercanas a las tóxicas su suministro sin control siempre entraña un riesgo para la vida. El Dr. Escudero lo expresó claramente: "la digoxina tiene un margen de seguridad muy estrecho". En todo libro de farmacología se señala a los médicos que la utilizan que la digoxina es una causa frecuente de intoxicación en el curso de un tratamiento crónico por su estrecho rango terapéutico y por la interacción con otros fármacos que pueden afectar a su cinética. Justamente el suministro de "digoxina" es vivido por los propios médicos como un tema muy delicado por el estrecho margen entre el rango terapéutico y el tóxico. Todo ello también indica que se trata de una droga sobre la que la persona que la suministra no puede argumentar que tiene algún tipo de dominio. Ya veremos que incluso cuando está prescrita -lo que no era el caso- los pacientes que la reciben están sujetos a controles permanentes y reajustes periódicos, precisamente, por este "estrecho margen". En los textos de farmacología se señala que la digoxina "(s)e trata de una droga sumamente tóxica: en este contexto, la intoxicación digitalica (ID) es la reacción adversa medicamentosa más común en los servicios de urgencias y es la segunda causa de admisiones hospitalarias por medicamentos" (Capilla Cristina/Ramallal María, [www.sefh.es/procedimientos/Digoxina\(I\).pdf](http://www.sefh.es/procedimientos/Digoxina(I).pdf), último acceso: 21 de diciembre de 2015, p. 1; *conf. Conserjería de Sanidad de la Región de Murcia*, Murcia Salud,

[www.murciasalud.es/toxiconet.php?iddoc=212637&idsec=4014#](http://www.murciasalud.es/toxiconet.php?iddoc=212637&idsec=4014#),

último acceso: 21 de diciembre de 2015). Piénsese entonces, en el peligro que entrañaba que una persona la suministrara sin ningún tipo de control y la imposibilidad de que pudiera dosificarla con algún criterio.

En cuanto a los efectos, ya no eran menores aquellos que en el caso se estaban produciendo. Así, tal como señala la Dra. Spagnollo “el niño sufrió una descompensación muy importante ya que hubo que colocarle un suero intravenosos a fin de hidratarlo”, aclarando que “el suero se coloca en los casos de deshidratación grave” [como éste] y que “usualmente frente a un cuadro (cualquiera) de vómitos y diarrea no se suele colocar un suero intravenoso al paciente”. Asimismo, el médico forense Dr. Escudero señaló que “(l)as consecuencias sufridas por el niño, han sido de compromiso gastroenterológico, electrolítico y del medio interno”.

Hasta aquí, nos hemos referido al proceso de deshidratación, cuyos efectos no necesariamente resultan nimios -ni mucho menos- por producirse en un ámbito hospitalario. El niño bien podía morir como efecto propio de la deshidratación causada por los vómitos ante la imposibilidad -que podía obedecer a múltiples motivos- de poder ser rehidratado (de hecho su hermana GG, sin que quepa aquí determinar cómo es que llegó a un estado deshidratación, falleció como consecuencia de no poder ser rehidratada por lo avanzado del proceso y la imposibilidad de colocarle una vía en virtud de ese mismo estado). Tal como indicó el Dr. Brindesi en el caso de GG “el organismo perdió líquido, el corazón debió latir más fuerte como respuesta compensadora y llegó un momento en que se produjo una acidosis es decir, que las células no recibieron más líquido y eso condujo al paro cardíaco”. Cabe tener en cuenta que los niños pequeños y los bebés tienen más probabilidades de deshidratarse porque sus cuerpos son más pequeños y tienen menores reservas de líquidos. También debe agregarse que en el caso específico de deshidratación por consumo de digoxina y tal como lo señaló el Dr. Durquet los mismos vómitos pueden hacer, a su vez, “aumentar el nivel de toxicidad ... debido a la eliminación del potasio a través de los vómitos”. En efecto, se da como un círculo vicioso porque la digoxina depleciona el potasio pero a su vez, una vez comenzados los vómitos el potasio baja aún más por el propio efecto



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

de su eliminación. Así, se ha recomendado evitar los lavados gástricos o la provocación de vómitos como terapéutica ante una intoxicación "porque en ... las primeras dos horas tras la ingestión ... El sondaje gástrico o los vómitos pueden producir estimulación vagal empeorando la conducción cardíaca" (Burgi, Jesús Ángel Martínez/Oviedo, Antonio Martínez/Alonso Formento José Enrique/Rodilla Calvelo, Francisco, *Manual de Urgencias Cardiopulmonares*, Talleres Editoriales Cometa, Teruel, 2009, p. 252).

Mas este riesgo no es el único -ni mucho menos- en la ingesta inadecuada de digoxina porque también puede generar otros como la arritmia mortal. En los textos de farmacología se ha indicado que "la toxicidad más grave radica en la aparición de arritmias de difícil manejo" y que "(l)as manifestaciones clínicas más frecuentes son digestivas (náuseas, vómitos y diarreas), neurológicas (astenia, mareos, cefalea, confusión y más raramente trastornos de la visión o alucinaciones) y cardíacas que son las más graves. Los signos de bajo gasto cardíaco por bradicardia producen lipotimias y síncope. Las alteraciones electrocardiográficas más usuales son bradicardia sinusal, el signo de la "cubeta digitalica" ... y extrasistolia ventricular, que es la arritmia más frecuente. También pueden observarse diferentes grados de bloqueo AV, taquicardia auricular con bloqueo, taquicardia de la unión AV y taquicardia ventricular bidireccional o polimórfica (cambia la morfología del QRS latido a latido) o incluso 'torcidas de punta', que tienen especial gravedad si se presentan en un paciente con patología cardíaca estructural previa y/o trastorno hidroelectrolítico. También puede aparecer fibrilación ventricular. En la intoxicación aguda son más frecuentes los síntomas digestivos y en la crónica, los neurológicos" (*Conserjería de Sanidad de la Región de Murcia, loc. cit.*). Téngase en cuenta que dichos textos indican que en la mayoría de los casos, la intoxicación digitalica es una entidad clínica grave y a pesar de las opciones terapéuticas de que se disponen, puede alcanzarse la mortalidad. La toxicidad más grave radica en la aparición de signos de bajo gasto cardíaco -por bradicardia que produce lipotimias y síncope) y arritmias de difícil manejo- (conf. *Conserjería de Sanidad de la Región de Murcia, loc. cit.*). Como dijimos, la digoxina es una droga muy peligrosa, siendo los vómitos y la diarrea solo el primer síntoma de toxicidad (conf. Capilla Cristina /Ramallal María,

[www.sefh.es/procedimientos/Digoxina\(II\).pdf](http://www.sefh.es/procedimientos/Digoxina(II).pdf), último acceso: 21 de diciembre de 2015, p. 1) y por eso siempre se recomienda un urgente aviso a los médicos si se presentan estos síntomas.

Al ser su mecanismo de acción la “inhibición específica de la bomba de sodio/potasio” (ver informe Dr. Escudero a fs. 755) son varias las consecuencias perjudiciales que su ingesta conlleva. Ello por cuanto y tal como manifestó el médico forense “la pérdida de potasio en el organismo (que produce la digoxina) implica que el corazón debe bombear más sangre”. Sin olvidar que estos efectos se producían en un niño de tres años y cinco meses de edad. La Dra. Peret -médica pediatra del Hospital de Niños de la localidad de Azul ha señalado en su informe que esta droga “lleva a la deshidratación y de acuerdo a la magnitud al óbito del paciente” (fs. 1583/4 de los autos provinciales). En el mismo sentido el Dr. Escudero ha mencionado que “(l)a Organización Mundial de la Salud (OMS) define reacciones adversas a medicamentos como cualquier respuesta nociva intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas. La digoxina se caracteriza por presentar efectos adversos o secundarios, los cuales pueden ser cardíacos y no cardíacos”. Entre los efectos adversos cardíacos en los niños conforme la observación más frecuente se encuentra la “bradicardia sinusal y bloqueos aurículo-ventriculares hasta taquiarritmias. En el caso de niños con corazón sano, como se supone que lo es el del causante, la manifestación más frecuente de toxicidad cardiológica de la digoxina es la bradiarritmia” (fs. 758). Y “(l)os efectos adversos no cardíacos de la digoxina, incluyen a signos y síntomas gastrointestinales tales como anorexia, náuseas, vómitos y diarrea, y si bien los mismos se relacionan con la ingesta de dosis elevadas, pueden aparecer a niveles hemáticos temporalmente elevados debido a una rápida absorción del medicamento. Es decir, que la presencia de los mismos no certifica ni descarta la administración de digoxina en dosis tóxicas” (*loc. cit.*). Otras manifestaciones adversas atribuibles a digoxina se expresan a nivel de sistema nervioso e incluyen cefaleas, cambios en la visión, fatiga, confusión, letargo y alucinaciones. También, aunque excepcionales, son reacciones las urticarianas o escarlatiniforme, eosinofilia, trombocitopenia e isquemia intestinal (fs. 759.).



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

En el mismo sentido, la Dra. Spagnollo declaró que “si bien [la digoxina] es un antiarrítmico, en dosis tóxicas produce un efecto desestabilizante para el corazón, que puede llevar al paro cardiorrespiratorio”. Efectivamente, se trata de una droga muy peligrosa y la Dra. Spagnollo se refirió específicamente a la necesidad de que esa droga se asocie al potasio –a lo que luego se hará referencia-, aclarando que “cuando a un niño se le indica la ingesta de digoxina también se les hace saber a los padres la forma en que se debe administrar el medicamento ya que el niño puede llegar a la muerte si se le suministra una dosis más elevada” de la que corresponde. Lo mismo manifestó el médico pediatra del hospital de Bolívar, Dr. Ravassi: “las consecuencias que acarrea la dosis excesiva de digoxina (son) vómitos, mareos, diarrea ...bloqueo auricular y arritmias produciéndose sobre estos últimos paro cardiorrespiratorio y la muerte”. En idéntico sentido el Dr. Durquet afirmó que “los síntomas más frecuentes de intoxicación son los vómitos y diarrea ... y luego la sintomatología vascular, concretamente bradicardia que puede llevar al paro cardíaco y a la muerte, lo que depende en gran medida del estado previo en que se encontraba el paciente”.

Debe tenerse en cuenta que se trata de un fármaco que aumenta nada menos que la fuerza de contracción del corazón a la vez que disminuye la frecuencia cardíaca (los latidos por minuto) y se emplea en ocasiones para disminuir la frecuencia de contracción del corazón en la fibrilación auricular. No debe olvidarse que tal como lo ha señalado el Dr. Escudero en su informe de fs. 755 la digoxina se extrae de las hojas de la planta *digitalis lanatta*, conocida como “dedalera” o “dormidera” (el Dr. Ravassi también se refirió a la planta africana *digitalis lanatta* en su declaración testimonial). Los manuales de farmacología indican que "(e)l uso por el hombre de la hoja de digital se remonta a las primeras civilizaciones, donde además de utilizarse para el tratamiento de la hidropesía se utilizaba para el tratamiento de otras muchas afecciones como epilepsia, escrófula, lesiones de piel, expectorante, purgante y ansiolítico ... Durante la edad media su uso disminuyó por su alta toxicidad ante una mala dosificación ... Durante los siglos XIX y XX su uso fue incrementándose en las afecciones cardiovasculares, sintetizándose su principio activo en 1930 a partir de la variante *digitalis lanatta*, al que se denominó “Digoxina” (conf. González Pérez, P/Lázaro

Fernández, E/Cuenca Boy, R/Rodríguez Padial, L, *La digoxina, hoy*, disponible en: “Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud”, Vol. 27-Nº4, 2003, p. 115). Estos libros señalan que la intoxicación digitalica por ingesta aguda masiva, es mucho menos frecuente que la crónica pero más grave y que es común en tentativas de suicidio. Se la ha asociado como un **veneno** y si bien es poco conocida para quienes no ejercen la medicina, para los profesionales es una droga muy delicada que muchos actualmente desaconsejan prescribir (ANMAT, *Digoxina en Vadecum*, [www.iqb.es/cbasicas/fama/farma04/d024.htm](http://www.iqb.es/cbasicas/fama/farma04/d024.htm), último acceso: 22 de diciembre de 2015; énfasis agregado). Así, la Dra. Spagnollo señaló que “antiguamente la digoxina se utilizaba para envenenar gente”.

Es claro que si, por ejemplo, se hallara cianuro en la sangre de un niño sano nadie dudaría en considerar el caso como tentativa de homicidio. Sin embargo, el cianuro también se utiliza en productos farmacéuticos como el “laetril”, una sustancia para combatir el cáncer, y el “nitroprusiato” una droga para reducir la presión arterial. Este mismo efecto de alarma produce en los médicos hallar digoxina, sobre todo en un niño, cuando no está prescrita. A ello debe agregársele que ese “veneno” ya había comenzado a dar muestras de su toxicidad mediante los vómitos.

Para contrarrestar justamente su excesiva peligrosidad y evitar estos síntomas, ese medicamento es suministrado habitualmente -tal como afirmaron los médicos durante la audiencia- junto a otras drogas cuando aquél está prescrito: Kaon -potasio- y nuriban -diurético- (lo que se conoce como el “tripleto cardíaco”). El Kaon justamente compensa el potasio que el Lanicor (digoxina) depleciona (si se observa, en las internaciones anteriores de SAG -abril de 2008-, su nivel de potasio se encontraba muy por debajo de lo normal: 2.1 y 2.7 mientras el rango normal era entre 3.5 y 5.1 meg/1 -fs. 2349 de la causa de provincia-). Los médicos han insistido mucho en lo imperioso de esta combinación y de una constante monitorización (esto último por el estrecho margen terapéutico al que ya hicimos referencia). Así, por ejemplo, puede citarse al Dr. Durquet, quien ha señalado “que para evitar la pérdida de potasio, la digoxina es proveída con un medicamento llamado 'KAON' el cual posee, principalmente, cloruro de potasio”. Al tratarse de un niño que no tenía prescrita la



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

digoxina, el suministro se realizaba sin obligación de combinarse con otros medicamentos y sin monitorización alguna, lo que potenciaba aún más la peligrosidad ya ínsita de la droga. En cualquier libro de farmacología puede verse la importancia que tiene el control de los niveles del fármaco debido a que la diferencia entre los niveles terapéuticos y los niveles dañinos es pequeña. Se recomienda hacerlo "(p)oco después del inicio del tratamiento con digoxina y después a intervalos regulares para asegurar que los niveles del fármaco se mantienen dentro del rango terapéutico y no están ni demasiado bajos ni alcanzan concentraciones tóxicas" (*SEQC/Fenin Tecnología/ "Edma diagnostics for health", Labtest- Digoxina, <http://www.labtestsonline.es/tests/Digoxin.html>, último acceso: 23 de diciembre de 2015).*

No se me escapa que al realizarse la digoxinemia se halló en la sangre de SAG un valor que si bien fue positivo para digoxina, se trataba de un "valor subterapéutico", lo que para el distinguido Defensor Oficial sería demostrativo de que se está ante una caso de "atipicidad" o "tentativa inidónea" (sic). Este enfoque de la cuestión a mi modo de ver no es correcto y varias son las razones.

En primer lugar y teniendo en cuenta que la ingesta debió producirse entre las 17 y las 18.30 del 11 de junio y el examen de sangre debió ser realizado entre las 7 y las 8 de la mañana (tal como lo refirió la Dra. Espinal), al momento del dosaje la droga se encontraba en el organismo ya por un espacio de entre 12 horas y media/ 15 horas.

Tal como indican los médicos la droga comienza a ser detectable en sangre a las seis horas de su ingesta y tiene una vida media en el organismo que va según lo que refirió cada especialista entre 12 y 48 horas -siendo la más aceptada por la bibliografía especializada la de las 36 horas de vida media-. Si bien no hubo coincidencia con respecto a la vida media de la droga en el organismo, esta discrepancia no resultó relevante en tanto todos los rangos proporcionados explicaban que pudiera encontrarse la sustancia en el momento en el que se la halló. Mas transcurridas tantas horas hasta el dosaje en sangre, lo que sí no puede determinarse es -tal como el señor Defensor también admitió- cuál ha sido la dosis suministrada. En efecto, "(l)a valoración de las concentraciones séricas sólo es completa y correcta a las 6-8 horas

desde la ingesta" (período necesario para una absorción y distribución completa en el organismo). Pasado ese tiempo, ya comienza a haber una merma. En efecto, mientras la Dra. Spagnollo indicó que a las 24 horas ya puede descender a la mitad la dosis que recibió el paciente, también debe tenerse en cuenta que si la vida media, es como dice la Dra. Ponce entre 15 y 48 horas o entre 12 y 24 horas como indicó el Dr. Durquet, al tiempo de la muestra aquí tomada, la digoxina ya pudo haber sido eliminada por completo y no debería llamar la atención de un hallazgo como el de 0,16 ng.

Por lo demás, no debe desdeñarse que se trata de una droga de absorción errática (conf. Laurance L. Bruton/John S., Lazo/ Keith L., Parker, *Las bases farmacológicas de la terapéutica*, McGrawHill, Colombia, 2007, p. 888): puede suministrarse una cantidad y absorberse menos o más. Esa absorción errática siempre preocupa y por eso es una droga que hay que dosar y reajustar permanentemente en niños enfermos, como luego veremos que ocurrió con SEG. En el mismo sentido, el Dr. Escudero -médico forense- afirmó en su declaración que "la metabolización de la digoxina es variable y por eso no existe margen de seguridad". Lo mismo se dice en el informe del Dr. Durquet a fs. 546 tiene "gran variedad interindividual, tanto en su aclaramiento (cantidad de droga que eliminan los riñones por unidad de tiempo) como en su volumen de distribución (relación entre la dosis de la droga administrada y la concentración alcanzada en sangre); esto hace que el efecto o el nivel en sangre que se obtendrá en un determinado paciente con cierta dosis sea imprevisible sobre la base de parámetros clínicos y antropométricos".

De hecho, los niveles plasmáticos por sí solos poco indican acerca de la toxicidad y, por ejemplo, para llegar a la dosis adecuada se recomienda "usar los niveles plasmáticos como un dato más que, junto con el contexto clínico y los efectos, puede ayudar a obtener de la digoxina el máximo beneficio con el mínimo riesgo en cada paciente... (tabla IV)" (González Pérez, P/Lázaro Fernández, E/Cuenca Boy, R/Rodríguez Padial, L, *op. cit.*, p. 116) Es tan complejo llegar a la dosis adecuada que se advierte a los médicos que al iniciar "un tratamiento con digoxina habitualmente [se inicie] con una dosis de carga (comenzando con la mitad de ésta seguida de un cuarto de la misma cada 6-8 horas), siguiendo 12 horas después





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

(descartando previamente intoxicación por el ECG) con la dosis de mantenimiento repartida en dos tomas al día ... (y que) ... la monitorización durante los primeros días de iniciar el tratamiento se debe realizar con el ECG, ya que los niveles en plasma no se estabilizan hasta pasar 5 días del inicio del tratamiento" (González Pérez, P/Lázaro Fernández, E/Cuenca Boy, R/Rodríguez Padial, L, *op. cit.*, p. 119 s.). Todo ello, tal como señala el Dr. Durquet es imposible de tener en cuenta para quien no es profesional de la salud (conf. informe a fs. 547), lo que lógicamente potenciaba el riesgo.

En suma: la presencia de digoxina a niveles hemáticos no certifica ni descarta la administración primigenia de digoxina en dosis tóxicas y por lo tanto idóneas para causar el resultado.

Pero aun cuando se considerase hipotéticamente que el valor sérico hallado por lo menos doce horas más tarde, se correspondía exactamente con la dosis suministrada -lo que hasta el propio Defensor Oficial niega como posibilidad- o, lo que es más probable, que aunque la dosis inicial fuera mayor a la encontrada, de todos modos aquélla no clasificaría como "tóxica", lo cierto es que ese dato pierde relevancia en virtud de la efectiva ocurrencia de "intoxicación digitalica" -lo que resultó incontrovertido y acreditado *ut supra*- con todo lo que ello conlleva. En efecto, más allá de que a partir del análisis de sangre no puede certificarse ni descartarse que se le haya suministrado una dosis *per se* tóxica, lo cierto es que fue capaz de producir una importante intoxicación. Tal como ha afirmado el Dr. Ravassi (y también el Dr. Durquet) "los efectos de la digoxina dependen de la susceptibilidad individual, es decir, los efectos de la digoxina cambian según la persona", haciendo una analogía con el consumo de alcohol, en el cual los efectos varían según la persona que lo consume.

Me explico. El valor "sub terapéutico" hallado en sangre, dato que fue durante el juicio tan relevante para la Defensa en relación con informe del médico forense Dr. Escudero a fs. 753/762 y explicado durante su declaración testimonial en el debate, nada aporta si se tiene en cuenta que aun asumiendo que la dosis suministrada -no sólo la hallada- fuese de un valor bajo, lo fue con suficiencia para generar los efectos que se causaron. Y esto no debe sorprender porque, como dijimos, en todo estudio que se halle sobre

la digoxina, lo que siempre se deja en claro es que "(l)a digoxinemia añade datos a la clínica, pero el tratamiento depende más de esta última que de los niveles séricos ya que puede aparecer toxicidad con digoxinemia en rango terapéutico" (*Conserjería de Sanidad de la Región de Murcia, loc. cit.*).

Se ha dicho también que "(l)a intoxicación digitálica se sospecha más por la presencia de manifestaciones clínicas digestivas y neurológicas y/o electrocardiográficas compatibles, que por la elevación de la concentración sérica de digoxina" (*Conserjería de Sanidad de la Región de Murcia, loc. cit.*). En el mismo sentido se ha señalado que "(l)a intoxicación digitálica se sospecha más por la presencia de manifestaciones clínicas y/o electrocardiográficas compatibles que por la elevación de la concentración sérica de digoxina" (*Conserjería de Sanidad de la Región de Murcia, loc. cit.*). En efecto, la "clínica" justamente eran los síntomas que manifestó SAG: "vómitos" y "diarrea", seguidos por deshidratación. Por eso se ha recalado que el rango de 0.8 a 2.2 ng "debería utilizarse como una guía para controlar la dosis en los tratamientos a largo plazo y no como indicador de toxicidad, ya que determinados factores... pueden predisponer a toxicidad con niveles plasmáticos por debajo de ese rango" (*loc. cit.*).

Lo cierto aquí es que el suministro de digoxina por parte de Solano causó en SAG uno de los primeros y más habituales síntomas de intoxicación, lo que indica que la cantidad suministrada tuvo que ser la suficiente para causar dicho efecto de toxicidad. En el mismo sentido, el Dr. Ravassi indicó durante la audiencia que una dosis normal o por debajo de lo normal puede provocar este cuadro y que hay pacientes que no toleran dosis adecuadas de medicamentos. En el informe de fs. 757 el Dr. Escudero lo explica muy bien: pueden aparecer signos de toxicidad con dosis en rango terapéutico. El propio prospecto del "Lanicor" al que alude el Dr. Escudero en su informe no descarta que aparezcan síntomas y signos de toxicidad en dosis terapéuticas. Lo mismo señala el Dr. Durquet en su informe: "el rango terapéutico con niveles plasmáticos entre 0,8 y 2,2 ng/ml no debe utilizarse como indicador de toxicidad" y con relación a los efectos tóxicos que produce manifestó que éstos pueden estar presentes aún en dosis terapéuticas. Enfatizó que "la digoxina puede tener efectos adversos por sí misma" y "los síntomas pueden ir



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

agravándose hasta ocasionar la muerte del paciente si no es advertido a tiempo”.

Para expresarlo mejor y que no haya confusiones semánticas con el término "tóxico" (como parece haber sucedido durante la audiencia): cuando un medicamento genera una respuesta -llamémosla mejor- nociva, dicha respuesta nociva tiene distinta denominación según aparezca como consecuencia de una dosis normalmente usada en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento -lo que se llama efecto adverso- o de una dosis por encima de lo normal -efecto tóxico- (ver en el mismo sentido informe Dr. Escudero con cita de la OMS). Lo importante, entonces, es que aquí se ha producido el efecto nocivo (intoxicación digitalica) con su peligro ínsito de muerte por múltiples factores, sin importar que lo haya sido como un efecto adverso de una dosis "sub terapéutica" o "terapéutica" o lo haya sido producto de una "sobredosificación". Para decirlo de otro modo y utilizando los términos del Dr. Escudero en su informe y durante la audiencia, puede afirmarse que más allá de las dosis recomendadas e indicadas en el prospecto del medicamento como terapéutica para un niño enfermo, va a ser terapéutica en cada caso concreto la que se presenta cuando se obtiene el efecto deseado sin signos de toxicidad (corresponde aquí aclarar que si bien en este caso SAG ni siquiera tenía prescrita la medicación, los médicos han señalado durante el debate que su condición de niño no cardíaco no tenía incidencia en relación con una mayor o menor posibilidad de toxicidad).

A su vez, hemos observado que no era la primera vez que SAG había manifestado signos de toxicidad y hemos concluido a partir de los elementos de prueba antes referidos que el suministro de digoxina es lo que explica también las deshidrataciones anteriores que experimentó SAG. Es claro, entonces, que producir el efecto tóxico poniendo en marcha un peligroso cuadro que entre sus posibles consecuencias incluye la muerte -sea a partir de la propia deshidratación o por los efectos cardíacos propios de la toxicidad a los que ya hicimos referencia-, sin importar con qué tipo de dosis eso se lograra, era la creación del peligro procurado por la autora. En modo alguno puede hablarse de inidoneidad.

En efecto, sea cual fuere el concepto que se tenga acerca de la tentativa inidónea -sobre lo que no corresponde

extenderse aquí-, es claro que en modo alguno se está ante un supuesto absolutamente inidóneo para realizar la conducta típica, como en el caso del clásico ejemplo del envenenamiento con azúcar (conf. *Código Penal de la Nación y normas complementarias. Análisis doctrinal y jurisprudencial*, dirigido por David Baigún y Eugenio R. Zaffaroni, Buenos Aires, Hammurabi, 2007, p. 213). En efecto, “(e)n la tentativa inidónea el autor supone que realiza una acción idónea con medios aptos (por ejemplo, veneno) ... pero por su falta de cuidado emplea otros que frustran su plan (por ejemplo, azúcar) o dirige su acción sobre un objeto no prohibido (por ejemplo, una persona que ya ha muerto)”, en Bacigalupo E., *Derecho Penal: parte general*, Buenos Aires, Hammurabi, 2012, p. 469 s.).

Por lo demás, cuando se ilustran los supuestos de atipicidad -siguiendo el razonamiento del señor Defensor Oficial pareciendo aludir a aquéllos en los que por falta de medio idóneo debe llegarse a tal conclusión-, en modo alguno se hace referencia a casos como el presente. En tanto, de conformidad con los autores que así lo consideran se trata de aquellos en los que el medio -*ex ante*- carece en forma absoluta de cualquier idoneidad para consumar el hecho (*atipicidad por falta de medio idóneo*). Al respecto Zaffaroni, Alagia y Slokar explican que se trata de “falta la tipicidad objetiva porque el sujeto no está comenzando la ejecución de ningún delito ... El sujeto sabe que se trata de sal y que con sal matará a una persona sana, sabe que el revólver no tiene tambor pero cree que igualmente puede disparar o cree que puede matar pinchando alfileres en la foto de la víctima etc..., o sea, que se trata de una grosera inadecuación de los pretendidos medios a los fines, observable por cualquier tercero” (Zaffaroni/Alagia/Slokar, *Derecho penal: parte general*, EDIAR, Buenos Aires, 2000, p. 800).

Claramente ninguna de estas situaciones es comparable con la que se presenta en el caso. En suma: tal como sostuvo el señor Fiscal General, se trataba de una droga altamente tóxica y con margen terapéutico estrecho. Por otra parte, tal como se esbozó *ut supra*, por su bajo margen terapéutico, el suministrar esa droga constituía claramente un peligro jurídicamente desaprobado. Merced a ese estrecho margen los efectos que puede producir el suministro son incontrolables, lo que ya implica el riesgo en sí, más allá de que sea "correcta" la dosis suministrada. Justamente, de



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

seguirse la hipótesis del distinguido Defensor y admitir que se suministró una dosis que se ubicaba dentro incluso debajo del rango terapéutico, el hecho de que de todas formas se hubiesen logrado los primeros síntomas de efectos tóxicos habla a las claras de la idoneidad de la maniobra desplegada.

A su vez, es lógico que una vez que se pone en marcha ese proceso, poco aporte la magnitud de la dosis encontrada -e incluso si se determinara la efectivamente suministrada- porque son muchísimas las variables que se conjugan junto con la de la dosis ingerida. Eso explica, justamente, que se alcancen efectos tóxicos como los procurados aun en dosis "sub terapéuticas" o "terapéuticas". A modo de ejemplo -y tal como ya esbozamos- los efectos de una dosis correctamente suministrada no son los mismos si por ejemplo la digoxina en dosis recomendadas se suministró junto con potasio o no (Kaon). En efecto, hemos mencionado que a niños cardíacos -tal fue el caso de SEG- la digoxina le era suministrada junto con Nuriban -un diurético- y Kaon -potasio-. Este último compensaba el potasio que la digoxina deplecionaba. En este sentido, la Dra. Spagnollo también refirió durante la audiencia que esta droga "se tiene que combinar con buenas dosis de potasio porque puede producir efectos por los cuales se puede **volver tóxica**" (énfasis agregado). Entonces sin combinarla, incluso la dosis terapéutica puede volverse tóxica. Tal como enfatizó la médica recién mencionada: "si la digoxina se suministra sin el jarabe de potasio, el efecto probablemente sea más tóxico con menos dosis". Ello por cuanto y tal como manifestó el médico forense Dr. Escudero la digoxina produce "la pérdida de potasio en el organismo, lo que implica que el corazón debe bombear más sangre". Si bien no puede sostenerse que en el caso Solano no hubiera suministrado Kaon junto con la digoxina, el hecho de suministrar esta última droga a un niño sano sin otra propósito explicable distinto del de causar daño y que éste se hiciera evidente, aleja la idea de que a la vez la hubiese combinado con el jarabe.

Otras variables que no pueden soslayarse son las interacciones medicamentosas y las condiciones del paciente que también explican que incluso dosis subterapéuticas sean idóneas para producir la intoxicación y sus consecuencias, entre ellas, la muerte. El Dr. Durquet en su informe a fs. 547 es claro al respecto

al señalar que la digoxina "(t)iene muchas variaciones en sus efectos tanto por las múltiples interacciones con otros medicamentos así como en algunas situaciones especiales". Si esta droga se usa de forma concomitante con otros fármacos que el riesgo de toxicidad digitalica aumenta notablemente (conf. Capilla Cristina, /Ramallal María, [www.sefh.es/procedimientos/Digoxina\(II\).pdf](http://www.sefh.es/procedimientos/Digoxina(II).pdf), loc. cit., p. 1). También "las comorbilidades y los trastornos metabólicos incrementan la sensibilidad a la digoxina y se genera toxicidad (manifestaciones clínicas) aún con concentraciones plasmáticas consideradas como terapéuticas". Asimismo "(l)a hipopotasemia (< 2,5 mEq/l) inhibe la actividad de la bomba Na-K-ATPasa, potenciando el efecto de la digital". Téngase en cuenta también que las concentraciones séricas de digoxina "se ven influidas por numerosos factores tales como la edad, la función renal, el balance hidroelectrolítico, función tiroidea, interacciones farmacológicas, etc." (Capilla Cristina /Ramallal María, [www.sefh.es/procedimientos/Digoxina\(I\).pdf](http://www.sefh.es/procedimientos/Digoxina(I).pdf), loc. cit., p. 1).

Todo lleva a concluir también que ante la ingesta de una droga tan peligrosa son tantas las variables que pueden conjugarse que el hecho de que en episodios anteriores de intoxicación de SAG no se hubiese producido la muerte, en nada contradice la existencia de un peligro cierto para su vida. Del mismo modo, son habituales, por ejemplo, los casos de chicas anoréxicas que toman diuréticos y pueden llevar una vida "normal" de esa manera, hasta que un día esa ingesta que también depleciona el potasio, combinada por ejemplo con un ejercicio físico un tanto diferente puede llevarlas a la muerte. Parangonando la situación con el conocido "caso de la bola de cristal de Lancmann" -al que luego haremos referencia-: no importa cuántas veces haya disparado exitosamente el tirador en dirección a la copa de cristal que otra persona sostiene en la mano para que en cada una de ellas siempre esté presente el peligro para la integridad física o la vida, según el caso.

Como dijimos, se trata de una droga con tan estrecho margen terapéutico que cualquier suministro no prescripto y controlado implica por sus efectos un peligro potencial para la vida. No se trata de cualquier medicamento que puede tener un efecto adverso, sino de uno que muy marginalmente tiene un efecto



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

terapéutico. Y, tal como se afirmó, las concentraciones plasmáticas nada indican -más allá del resultado positivo- pues la toxicidad está patentizada precisamente por la manifestación de los primeros síntomas. En efecto, son signos clínicos de sobredosis de drogas, náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, dolor de cabeza, alucinaciones, taquicardia sinusal, fibrilación ventricular o extrasístoles, bloqueo auriculoventricular (conf. Fund, Barceló, *Intoxicación digitalica*, <http://www.fundacionbarcelo.com.ar/medicina/toxicologia%20medicina/INTOXICACION%20DIGITALICA.pdf>, último acceso: 23 de diciembre de 2015).

En cuanto al grado de avance del *iter criminis*, no sólo se había suministrado la droga en cuestión, sino que como se dijo ya había comenzado el proceso de intoxicación y no solamente por la manifestación de vómitos y diarrea, sino también porque se trató de evacuaciones que ya habían dado comienzo a un proceso de deshidratación importante. Parafraseando al profesor Jakobs, la autora ya había "hecho todo" (había administrado el veneno), pero hasta la producción del resultado (muerte) "se necesita(ba) tiempo" (conf. Jakobs, *op. cit.*, 25/58).

Y no sólo había suministrado la droga sino que también había omitido dar aviso a los médicos al producirse los primeros síntomas de intoxicación -lo que podría haber dado lugar a una mayor posibilidad de reversibilidad-. Fue recién después del quinto vómito y ya con un cuadro de deshidratación que requirió de hidratación parenteral que los médicos pudieron intervenir. En efecto, entre las 19 y las 21.39 SAG vomitó cinco veces a intervalos de aproximadamente media hora. Esto surge de la agenda ya mencionada y guarda correlación con lo declarado por la Dra. Espinal que creyó recordar que el niño había vomitado un par de veces antes de que se le diera aviso -esto seguramente fue lo que le informó la madre- y fundamentalmente teniendo en cuenta el grado de deshidratación en el que se lo encontró poco antes de las 22.30 cuando comenzó a ser rehidratado. Es claro que tratándose de un niño que se encontraba en perfecto estado de salud al ser internado y, precisamente, en observación por episodios agudos de deshidratación secundaria a vómitos y diarrea, de haber sido avisados los médicos en el primer episodio de vómitos esto hubiese sido asentado en ese horario y no hubiesen esperado que el niño

llegara a la deshidratación moderada para tomar algún temperamento y dejar que transcurrieran tres horas con síntomas de importancia. Por otra parte -si bien no tiene mayor relevancia en virtud del tiempo ya transcurrido desde el inicio de la intoxicación digitalica-, no quedó claro si fue la propia Solano o los enfermeros de sala quienes dieron aviso finalmente a la Dra. Espinal sobre la deshidratación de SAG poco antes de las 22.30 (la médica de guardia se refirió en primer lugar a los enfermeros aunque afirmó que también podría habérselo informado la madre del menor) por lo que incluso de estarse como corresponde a lo más favorable para la imputada, lo cierto es que toda esta descripción permite concluir que Solano no solo suministró una droga altamente peligrosa a su hijo sino que -en el mejor de los casos- dio aviso a los médicos -con el mayor peligro que ello implicaba- tres horas después de comenzados los síntomas -en puridad entre tres horas y media y cinco después de haberle suministrado la droga- y con su hijo ya deshidratado. En muchos textos de farmacología se enfatiza justamente que "si durante el tratamiento con digoxina el paciente experimenta pérdida de apetito (anorexia), náuseas, vómitos, palpitaciones o mareos, debe ponerlo **sin demora** en conocimiento del médico" (Bover Freire, Ramón, *Digoxina (digoxinemia). Intoxicación. Insuficiencia cardiaca*, <http://www.insuficiencia-cardiaca.com/farmacos-digoxina-insuficiencia-cardiaca.html>, último acceso: 23 de diciembre de 2015; énfasis agregado). Como antes se señaló este aviso tardío, contradiciendo lo recomendado, potenció aún más el peligro.

Es claro, a su vez, que ese aviso a "medias" -si es que lo hubo por parte de Solano- no pueda tratarse en modo alguno de un desistimiento porque por un lado fue temerariamente "tardío" (dando aviso, en todo caso, ya en estado de deshidratación importante) y, por otro, al no haber informado nunca a los médicos acerca de que era aquello que realmente producía los síntomas no puede hablarse entonces de "especiales esfuerzos para resolver la situación" (Jakobs, *op. cit.*, 25/73), tal como lo requiere el desistimiento en la tentativa acabada (Jakobs, *op. cit.*, 26/21).

### **Aspecto subjetivo:**

Establecida la acción en la cuestión de subsunción, corresponde analizar si la imputada se ha representado la posible





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

causación de un resultado típico al realizar la acción que ya fue caracterizada (conf. Frister, *op. cit.*, p. 472). A ello debe responderse que Solano ha actuado en primer lugar con conocimiento de los efectos del medicamento. En un caso similar se ha afirmado que el médico que actuó “conociendo los efectos colaterales del medicamento, necesariamente tuvo que representarse el resultado pese a lo cual no dejó de suministrarlo” (Righi, *op. cit.*, p. 264 con cita de Torío).

Es claro que la imputada tenía conocimiento acerca de que el proporcionar digoxina de forma no adecuada producía intoxicación digitalica, uno de cuyos síntomas más comunes eran los vómitos. También sabía que cuando los vómitos eran persistentes, esto producía deshidratación y estaba al tanto también de que la deshidratación podía derivar en la muerte. Por lo demás, conocía también la peligrosidad intrínseca que tenía la droga en cuestión como instrumento utilizado en el suceso.

Para arribar a esta afirmación, será necesario referirnos a la experiencia que la imputada tuvo con relación a dos de sus hijos ya fallecidos. Es relevante entonces hacer una aclaración. Se habrá notado que a fin de establecer la tipicidad objetiva de la conducta, el Tribunal se ha limitado a analizar la acción de la imputada en el caso concreto que involucró a SAG. A diferencia de lo argumentado por el distinguido Fiscal General no se ha hecho alusión alguna ni inferido nada acerca de una posible participación de Solano en la muerte de los menores SEG y GG. Aquí en modo alguno se relacionará el devenir fatal de esos niños con el camino aquí emprendido. Ello por cuanto, coincidimos con el señor Defensor Oficial en cuanto a la imposibilidad de ingresar en un terreno que nos está absolutamente vedado en sede capitalina: el de asumir la existencia de algún delito en el caso de la muerte de esos niños y, consiguientemente, la participación de Solano en él.

Ahora bien, como se ha visto, y luego se desarrollará más pormenorizadamente de acuerdo con el concepto de dolo aquí sostenido "el dolo es, en su indiscutido núcleo conceptual, el conocimiento que tiene un sujeto de determinadas circunstancias" (Ragués I Vallès R., *El dolo y su prueba en el proceso penal*, J.M. Bosch, Barcelona, 2001, p. 363). Las reglas para determinarlo tienen como presupuesto aplicativo hechos objetivos anteriores, coetáneos y

posteriores al momento de realización del comportamiento respecto al cual debe determinarse la realización consciente" (Ragués, *op. cit.*, *loc. cit.*). Es entonces, que la experiencia vivenciada por Solano con sus hijos SEG y GG, solo se tendrá en cuenta como hecho objetivo anterior, a los fines de acreditar simplemente el conocimiento de las circunstancias del hecho actual.

Me explico. En primer lugar nada puede concluirse aquí en relación con algún tipo de responsabilidad de la imputada en la muerte de su hijo SEG González. Mas, sí puede afirmarse -como seguidamente se desarrollará- que, por ejemplo, Solano conocía perfectamente -saber previo- cuál era el modo de producción de una intoxicación mediante digoxina y las consecuencias que ella acarrea y, sin embargo, decidió suministrar a su hijo SAG la referida droga.

Solano ya había enfrentado determinadas circunstancias similares con anterioridad. En efecto, se encuentra plenamente acreditado en este juicio que SEG González vivió cuanto menos dos episodios de intoxicación digitálica con pleno conocimiento de su madre sobre su ocurrencia. Recordemos que SEG había nacido con una enfermedad cardíaca por la que debía suministrársele "Lanicor" (digoxina), en tanto este medicamento sirve para un mejor funcionamiento del corazón y control del ritmo cardíaco. Producto del suministro de una dosis inadecuada de esta droga -sin que esté acreditado el motivo y tampoco importa: accidental, mal prescripto, doloso-, SEG, padeció dos intoxicaciones (situación que como vimos es frecuente en quienes consumen crónicamente esta droga, precisamente por el bajo margen terapéutico).

SEG vivió muchos episodios de vómitos y diarrea (a modo de ejemplo v. fs. 1016 de la causa provincial con fecha 3 de febrero de 2004 y 3 de julio de 2004) y, como se dijo, se dieron por lo menos dos episodios en los que se atribuyeron los vómitos y posterior deshidratación que requirió suero a una posible **intoxicación digitálica** debida -así por lo menos se pensaba en ese momento- al aumento de la dosis de "Lanicor" por reajuste de dosis. Tal como ha indicado el médico forense Dr. Escudero durante la audiencia: aun teniendo "prescripta la medicación (se) pueden presentar cuadro de vómitos y diarrea, debiendo en consecuencia ajustarse la dosis".



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Estos dos episodios -que el Dr. Ravassi recordó durante su declaración en el debate- se presentaron el 8 de junio y el 18 de diciembre del año 2002. En el primero de ellos, Ravassi, médico tratante del hospital de Bolívar asentó -v. fs. 1035 de la causa provincial- como diagnóstico de ingreso “deshidratación por vómitos”, como diagnóstico de egreso: “Gastroenteritis? **Intoxicación Digital?** y como antecedente “**medicado con Lanicor con aumento de dosis reciente**” [debe referirse al aumento del mes de mayo que seguramente obedeció a un aumento de peso del niño y lo que llevó a suponer al médico que éste era el motivo de la intoxicación]. Es por ello que como tratamiento además de la “hidratación parenteral” dispuso la **disminución** [marcada con una flecha para abajo] de la “dosis digital”. A fs. 1038 vta. de la historia clínica de guardia el Dr. Ravassi detalló que el paciente ingresó con vómitos y que desde hacía tres días se le había aumentado la dosis de Lanicor a 7 gotas/ día -lo que obviamente solo pudo ser referido por la madre- y se asentó también “deshidratación leve x vómitos”, decidiéndose la **disminución de dosis de Lanicor** a 2 gotas c/ 12 hs” (énfasis agregado); también se asentó “**intoxicación digitalica**”? Esto quiere decir que se pasó de las 6/7 gotas por día (ver lo prescripto el 14 de mayo y asentado también el 23 de mayo de 2002), cuando ingresó al hospital de Bolívar (fs. 1032 vta. y fs. 1036) a 4 gotas por día porque se relacionaron los vómitos con el aumento anterior de la dosis. También consta a fs. 1038 vta. que debió colocársele suero. Téngase en cuenta que pese a tener SEG una cardiopatía se privilegió bajar la dosis del remedio cardíaco en pos de evitar la intoxicación digitalica.

En consonancia con todo lo dicho, el Dr. Ravassi indicó durante la audiencia de debate que creía “que en dos oportunidades [SEG] había sido internado por intoxicación digitalica, no recordando bien cuál había sido el diagnóstico” y aclaró que la digoxina -como toda medicación ambulatoria- la suministra la persona que se encuentra a cargo del niño. Agregó que, en general, la dosis médica que se indica al inicio luego se puede ajustar aumentándola o bajándola”.

En suma, desde por lo menos junio de 2002, Solano tenía conocimiento de que la digoxina mal suministrada producía intoxicación digitalica y lo que ello implicaba. El ajuste de dosis continuó en los días siguientes (ver fs. 1040, 1041 vta. e informe de

enfermería a fs. 1043). La necesidad imperiosa de ajuste de dosis era conocida por la madre, por cuanto ella era, tal como consta en todos los registros, la que le suministraba la medicación a su hijo y por lo tanto la que también contaba con la información de las sucesivas cantidades administradas. Ella es quien le refirió a Ravassi que recientemente había sido aumentada la dosis de Lanicor -lo que coincide con los propios registros de la historia clínica en el Hospital Garrahan del 14 de mayo de ese año- y es el médico quien ante la posible intoxicación digital, prescribió la baja de la dosis. Nuevamente, la madre conocía perfectamente los efectos del suministro no adecuado -sea por la causa que fuere- de digoxina.

También, como se dijo, en diciembre de ese mismo año el médico tratante de Bolívar Dr. Ravassi asentó que la internación en ese momento podía deberse a una **intoxicación digitálica**. Así puede observarse el 18 de diciembre de 2002 -hay un error material cuando se asienta 2003- cuando -v. fs. 1020 de la causa provincial- en una de las internaciones en las que también se requirió hidratación parenteral (suero) se asentó como posible diagnóstico de egreso la **“intoxicación digitálica”** y ya cuando SEG fue derivado desde Urdampilleta a Bolívar, el médico tratante consignó como resumen de historia clínica a fs. 1021 que “presenta(ba) ... vómitos **que se presentan con el aumento de la medicación”** (énfasis agregado). A fs. 1028 consta que nuevamente ya se le daban 6 gotas de Lanicor.

Solano, entonces, no sólo sabía que un aumento en dicha medicación producía intoxicación que llevaba a un cuadro de vómitos con deshidratación, sino que también sabía que no había una dosis adecuada *per se*, sino que ésta se ajustaba hasta que no se produjeran más síntomas. Véase también, por otro lado, como resulta claro para los médicos que la intoxicación digitálica se determina a partir de los síntomas que se producen y no a partir del suministro de una dosis determinada.

Todo esto coincide, como se dijo, perfectamente con lo manifestado por el Dr. Ravassi, quien durante la audiencia afirmó en alusión a SEG: “yo ya lo había atendido en dos oportunidades en internaciones por vómitos y diarreas habiendo permanecido en ambos casos entre dos y cuatro días en el hospital al cuidado de su madre suponiéndose en ambos casos una ‘intoxicación digitálica’ ya



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

que el niño presentaba dichos cuadros después (d)e que la madre presuntamente le aumentara la dosis de digoxina”. Durante la audiencia precisó que una madre siempre conoce mejor a los niños que los médicos, en alusión a que la madre es quien le informó sobre el aumento de dosis -decidida en otro centro médico- y entonces él pudo relacionar los síntomas con el aumento de dosis. Este médico en su declaración aseguró que “le comentaron a la madre la presencia de una intoxicación en su hijo SEG” (lo que guarda sentido con la orden de disminución de dosis). Lo importante es que “dicho diagnóstico fue informado a la madre del niño. Que fue la digital lo que le causó el cuadro presentado [porque] es obligación del cuerpo médico informar a la madre del diagnóstico; haciendo hincapié en su voluntad de dejarle en claro, a la madre, que la digoxina fue la causante del cuadro de su hijo” y que tenía que ver con una “dosis mal administrada” (conf. Ravassi).

Téngase en cuenta también que la imputada sabía que las dosis en su hijo enfermo requerían de constante reajuste. Ravassi al respecto refiere que la digoxina en general se ajusta aumentándola o bajándola y se recomiendan visitas cada seis meses. Por ello en el caso de SAG, la imputada no solo sabía que le suministraba esta peligrosa droga, sino que con conocimiento pleno de la necesidad de un control permanente con monitorización, ocultó siempre dicha circunstancia. Este ocultamiento en conocimiento de la situación, por otro lado, podría haber potenciado más el peligro al que hicimos referencia en el aspecto objetivo, por cuanto la interacción de la digoxina con otras drogas es muy peligrosa, por ejemplo si se la administra concomitantemente con "anestesia ... etc." (Cristina Capilla/María Ramallal, [www.sefh.es/procedimientos/Digoxina\(II\).pdf](http://www.sefh.es/procedimientos/Digoxina(II).pdf), *op. cit.*, p. 3). Otra recomendación habitual es la de “no cambi(ar) la dosis por ... cuenta (propia)” (Capilla Cristina/Ramallal María, *loc. cit.*), y que se recomienda llamar al médico en caso de vómitos.

Justamente, se trataba de una persona que a diferencia de otras que no conocían dicha droga, sabía no sólo del peligro que conllevaba sino que también había sido advertida de la necesidad de los controles permanentes, etc.. Tal como indicó el señor Fiscal, la Dra. Spagnollo destacó –como ya adelantamos- que cuando los médicos prescriben la administración de digoxina a niños,

le advierten a los padres de los efectos adversos que posee la droga, concretamente que puede ser mortal ya que estimula la contracción del corazón. Solano, entonces, conocía más que nadie -al tener un niño que ya utilizaba digoxina- los cuidados extremos que debían tenerse y eligió usar esa droga tan riesgosa.

Y, lo que es más importante, también sabía que el cuadro que inmediatamente precedió a la muerte de sus hijos SEG y GG fueron cuadros de deshidratación. Ella provocó entonces en su hijo SAG los vómitos suministrando digoxina en pleno conocimiento de su efecto hasta lograr -merced al ocultamiento de aquellos-, su deshidratación, sabiendo que un cuadro de deshidratación fue aquello en lo que derivó la muerte de sus otros dos hijos. Debe quedar claro que aquí nuevamente nada se está diciendo -y no sería posible hacerlo sin excederse indebidamente del objeto de este juicio-, acerca de que ella fuera quien causó la muerte en el caso de GG y SEG. Simplemente, lo que aquí se indica es que está debidamente acreditado el conocimiento que tenía la imputada en cuanto a la relación de la deshidratación -en el caso de SAG claramente provocada por ella- y el riesgo que para la vida de un menor ello entrañaba.

Y si bien pudo observarse durante la audiencia que tanto la tía como el padre de SAG, desvincularon rotundamente la muerte de SEG con un cuadro de deshidratación previo y negaron la existencia de vómitos y diarrea, muchísimas son las constancias que contradicen esta versión y que, consiguientemente, niegan el desconocimiento por parte de la imputada de que el cuadro de deshidratación fue la antesala del desenlace fatal en el caso de SEG. Incluso en la propia declaración de la tía Marta Susana González se advierte una contradicción, pues si bien por un lado trata de limitar la causa de la muerte de SEG a un problema cardíaco, critica al médico que lo atendió por haber confundido el padecimiento cardíaco con un dolor estomacal. El diagnóstico del médico, justamente, guarda conexión de sentido con el motivo por el que SEG fue llevado a la guardia y no así con el del problema cardíaco. En efecto, hay innumerables constancias en la causa acerca de que el motivo de la consulta en el caso de SEG había sido un cuadro de vómitos, a las que en breve me referiré.



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Veremos entonces que la intención de la testigo Marta Susana González de demostrar un desconocimiento por parte de Solano que no le permitiría relacionar el cuadro que le generó a SAG con los de sus hijos fallecidos se ve abrumadoramente contradicha en la causa como se detallará en el párrafo siguiente. Son varias las veces que la testigo mintió con el propósito de ayudar a su cuñada: primero, como dijimos, al negar que la testigo hubiese quedado sola con SAG (cuando la digoxina arrojó resultado negativo), sosteniendo que “al cuidado de SAG estuvieron todos juntos (ella, la madre y el padre)”. Y son varias también las pruebas que, como adelanté, contrariarían esa afirmación. A modo de ejemplo puede nombrarse el testimonio de la Dra. Spagnollo al afirmar que el día de la llegada de Solano con SAG ésta le manifestó que “el niño quedaría al cuidado de una tía paterna ya que debía retornar a Bolívar”; exactamente en los mismos términos se expidió la psiquiatra Corina Ponce.

Pero más importante es que la testigo mintió al afirmar por ejemplo que “SEG no tuvo ningún problema de salud más que el referido al corazón (y) que nunca tuvo vómitos”, que “SEG murió por el problema que tenía (en alusión a la cardiopatía)”, que Solano nada le mencionó sobre que SEG el día de su fallecimiento “hubiera presentado ... diarrea, vómitos o deshidratación” y que “Solano nunca le comentó que los tres niños hubieran padecido los mismos síntomas ya que SEG no tuvo los síntomas de SAG (vómitos y diarrea) y GG empezó a la noche y al otro día ya no estaba” y “que no sabe de qué murió” (pese a la gran cercanía que tenía con ella.). Incluso ante preguntas -por la contradicción con su declaración a fs. 407 donde sí refirió que SEG tuvo vómitos y diarrea- enfatizó que podía describir con total seguridad que el estado de descompostura de SEG “no abarcó ni vómitos ni diarrea” pero que “con tantas idas y venidas, con uno y con otro, se le mezcla todo”. Y estas falsedades no deben llamar la atención, pues se trata de un testimonio cuya parcialidad es explicable. No olvidemos que Solano le dio un hogar a su cuñada Marta y a sus cuatro hijos por lo menos durante un año y medio cuando “su pareja vendió sin consultarle el lugar donde vivían” (ver informe socio ambiental elaborado por las licenciadas en trabajo social Bruno y Aribe a fs. 560). Esto fue referido por la propia testigo quien dijo que “t(enía) una muy buena relación con la imputada (y)

que estuvieron viviendo casi dos años en la casa de ella”. Todo ello la transformaría en una suerte de “deudora” en los términos de las generales de la ley.

Pues, bien. Decíamos que muchísimas son las constancias de la causa que indican que tanto en el caso de SEG como en el de GG los síntomas previos a sus fallecimientos fueron los mismos que Solano generó en su hijo SAG y que ella conocía. Así en la historia clínica de guardia del 2 de junio de 2009 (fs. 16) -una semana antes de los hechos de esta causa- cuando Solano llevó a su hijo SAG para que sea atendido se asentó que éste tenía “antecedentes de hermanitos fallecidos por cuadros de diarrea y deshidratación rápida” y es por ello que quedó internado. En numerosas oportunidades es Solano la que menciona los antecedentes familiares de gastroenteritis tal como se asienta en las respectivas historias clínicas (fs. 434 de la causa provincial, entre muchas otras). También a fs. 512 donde se asienta: “hermanito (de) 4 años fallecido hace cuatro años (CIV) comienza con vómitos y diarrea ... paro cardíaco (y que) la hermana de tres meses hace 15 días con vómitos y diarrea fallece”. Datos, por lo demás aportados por la madre que siempre era quien los llevaba. En el Hospital de La Plata ocurre algo similar: “la madre [de SAG] refiere que presenta vómitos y diarrea desde hace 4 meses ... [y cuando informa sobre la hermana fallecida que lo fue] debido a una gastroenteritis que la lleva a paro cardiorrespiratorio), y lo mismo respecto del hermano aunque puntualizan que padecía civ” (fs. 520/2). Lo mismo puede decirse del momento en el que concurrió al Hospital Garrahan en marzo de ese mismo año [2009] -también referido en la audiencia por la psiquiatra Ponce-, donde se asentó en la actualización de historia clínica: “presenta antecedentes de dos hermanos fallecidos por interurrencias infecciosas banales frente a las cuales presentan **deshidratación con shock y muerte**” (fs. 202 s. y fs. 419; énfasis agregado). Y a fs. 483 ss., puede observarse que en la última internación, la que dio lugar al hecho que aquí se imputa se asentó “dos hermanos fallecidos por cuadros similares” (ver también fs. 295 donde se consigna: hermanos fallecidos por episodios de deshidratación; es decir deshidratación directamente asentada como causa de muerte).





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

En referencia a SEG se asentó “hermano fallecido por gastroenteritis/posterior paro cardíaco” (fs. 295 vta.). El cuadro de gastroenteritis previo coincide con lo narrado por el Dr. Ravassi del Hospital de Bolívar, quien si bien indicó que venía derivado de Urdampilleta por presentar un cuadro de gastroenteritis con deshidratación y vómitos, ya al verlo él no lo encontró deshidratado, pero posteriormente falleció. Del mismo modo la Dra. Spagnollo -que conoció a Solano durante la última internación- también declaró durante la audiencia que “el nene tenía dos hermanos fallecidos que habían presentado síntomas similares”.

Otra muestra elocuente de que ella tenía muy en claro la relación entre la gastroenteritis y el fallecimiento, es lo asentado en el acápite de antecedentes familiares informados al Hospital Sor María Ludovica cuando SAG es internado para realizarse una endoscopia el 16 julio de 2008; allí la INFORMANTE Soraya Solano, refiere que SAG tiene una hermana fallecida a los cuatro meses **“debido a una gastroenteritis que la lleva a pcr - paro cardiorrespiratorio-“** [ella, entonces, relaciona el síntoma y la consecuencia] y luego también se asienta que hay un hermano fallecido también por una “gastro” (fs. 522, énfasis agregado). También informó a los médicos a fs. 510 "la circunstancia de un hermanito de 4 años fallecido que comienza con vómitos y diarrea y luego tiene un paro cardíaco y hermana de 3 meses que fallece hace 15 días, vómitos y diarrea". Es claro, por lo demás, que todo ello fue referido -y obviamente conocido- por la propia Solano a punto tal que en la misma encuesta se asienta que SAG tenía una prima fallecida por problemas neurológicos. Ello muestra que no se trató de la entrega de "papeles médicos" de los que ella desconocía su contenido (lo que resultaría de todos modos inverosímil conforme todas las referencias acerca del conocimiento puntilloso de las enfermedades de sus hijos) sino de una información que ella proporcionó oralmente. Es ella misma quien da cuenta a los médicos de que los síntomas que provocó en su hijo SAG son los mismos que tuvieron sus otros hijos antes de fallecer.

Por otra parte, en poder de la madre, en las carpetas mencionadas, había innumerables constancias que dan cuenta del conocimiento de la imputada respecto de la relación entre el cuadro de los hermanos y el de SAG. A modo de ejemplo puede citarse un

certificado firmado por la Dra. Bevilacqua con respecto a SAG -glosado a fs. 1275- : “derivación en marzo de 2009. Niño de 3 años de edad que presenta diarrea crónica. Tiene antecedentes de varias internaciones por gastroenteritis con deshidratación también tiene antecedente de dos hermanos fallecidos: el primero a los 4 años portador de CIV falleció por gastroenteritis (año 2004) y el segundo a los 3 meses de vida también padecía gastroenteritis con deshidratación importante (año 2008)”. A fs. 1277 puede observarse que en esa misma carpeta Solano poseía la actualización de la historia clínica de SAG en la que figuraba como antecedente: “dos hermanos fallecidos por interurrencias ... **deshidratación** con shock y muerte” (énfasis agregado).

Como puede observarse, esta relación entre deshidratación y muerte –pese a que como dijimos algunos testigos quisieron negar como existente y por ende conocida- no era entonces ignorada por Solano, quien -como dijimos- pese a ello provoca la deshidratación en SAG con una droga que, a su vez, sabía que la produciría. No solo por estar asentado, sino porque en la mayoría de los casos la información era proporcionada por ella, quien, como adelantamos, además se trataba de una persona que, tal como afirman todos los médicos, conocía al dedillo las enfermedades de sus hijos. Era una madre muy informada pues no solo proporcionaba datos médicos, sino que también la solicitaba. Así puede verse a fs. 201 que el 4 de mayo de 2009 –un mes antes de los hechos- se asienta una comunicación desde el Hospital Garrahan sobre el estado de salud de SAG para la región sanitaria IX de Azul que “se extiende el presente por expreso pedido del familiar”.

Durante la audiencia, la psiquiatra infanto juvenil y médica de planta del Servicio de Salud Mental del Hospital Garrahan, Dra. Corina Ponce también refirió que “los familiares de SAG -con los que se entrevistó- tenían conocimiento acerca de que los niños fallecidos también habían tenido repetidos cuadros similares a los de SAG”. Y que fue la propia madre de SAG -esto también lo dijo Spagnollo- la que concurrió al nosocomio “con una carpeta que contenía todas las consultas, recetas y pedidos de estudios” y que “con todo ese material se pudo establecer una relación con la historia padecida por sus hermanitos que habían fallecido”.



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Y si la relación entre un cuadro de gastroenteritis y la muerte podía establecerse claramente en el caso de SEG -pese a una mejoría previa a su fallecimiento constatada por el Dr. Ravassi- en el caso de GG la evidencia del vínculo específico con la deshidratación era aun mayor. Si bien Solano refirió a los médicos del Hospital Garrahan -tal como consta en su historia clínica- que tanto SEG como GG experimentaron cuadros similares de forma previa a sus respectivos fallecimientos, de lo que no hay lugar a duda alguna conforme las constancias objetivas de la causa -y no ya por su sola referencia- es de la deshidratación con desenlace fatal que sufrió la bebé de cuatro meses GG. Y, como dijimos, también con base a esta experiencia previa es claro que la relación entre los vómitos, consecuente deshidratación y la muerte -más allá, repetimos, de qué es lo que hubiese causado dichos vómitos en el caso de la menor- era conocida para la imputada, quien no obstante dicho conocimiento decidió proporcionar digoxina -cuyo efectos adversos, también conocía como ya se ha visto- a su hijo SAG.

En primer lugar debe tenerse en cuenta, el acta de defunción de fs. 1007 de la causa provincial en la que se asienta como causa de muerte “paro cardiorrespiratorio. Gastroenteritis con deshidratación grave”. Así también puede verse en el detalle de su historia clínica (fs. 419 a 441). Concretamente en el resumen a fs. 420 de la causa provincial se asienta que GG llega el 5 de junio de 2008 de Urdampilleta a Bolívar con un cuadro de “deshidratación” diagnosticándosele “gastroenteritis con deshidratación” y que se la trató con “hidratación parenteral” (suero) siendo su evolución el “óbito”. A su vez, en la historia clínica de guardia se asentó que la paciente fue derivada “por presuntos diarrea y vómitos de 5 hs. de evolución”, lo que lógicamente debió ser informado por la madre, quien es la que la acompañaba (tal como puede verse al momento de ser derivada desde Urdampilleta en donde refiere que tuvo cuatro deposiciones diarreicas y tres vómitos -fs. 434-). Algo similar se asienta en el parte de evolución a fs. 428 “ingresa ... por presentar vómitos y deposiciones diarreicas que comenzaron en el día de hoy” y en cuanto a su interpretación diagnóstica: “gastroenteritis aguda con deshidratación moderada-grave”. El Dr. Brindesi -médico pediatra del hospital zonal de Bolívar- durante la audiencia se expidió en los mismos términos: “fue derivada desde Urdampilleta por presentar un

cuadro con síntomas compatibles con gastroenteritis, diarrea y vómitos”.

Por lo demás, Solano siempre tuvo muy en claro que la causa de la muerte de su hija fue una deshidratación; así puede verse incluso en ocasión de concurrir Solano con SAG por penúltima vez al hospital Garrahan el 13 de marzo de 2009: en la historia clínica se asienta: “refiere la mamá que se deshidrató de golpe/ informe médico deshidratación moderada-grave que evoluciona shock” (fs. 525 de la causa de provincia). A punto tal era todo esto de conocimiento de Solano que en dos de las carpetas negras secuestradas en su domicilio un año después de la muerte de su hija, se encontraba un certificado –copia y original respectivamente– firmado por el Dr. Brindesi (glosado a fs. 1130 y 1344) en el que constaba que GG había ingresado con cuadro de gastroenteritis con deshidratación moderada/ grave, agravándose aún más y conduciéndola a un shock, que terminó en un paro cardiorrespiratorio. Es decir, con conocimiento claro de tener una hija que murió, luego de cinco horas de vómitos, como consecuencia directa de una deshidratación previa, omite advertir a los médicos acerca de que su hijo había vomitado cinco veces luego de haberle suministrado digoxina.

En efecto, téngase en cuenta que al momento de ser atendido SAG por la Dra. Espinal, los vómitos llevaban cuanto menos tres horas y media de evolución (conforme lo informado por la mencionada profesional y lo que puede extraerse de la agenda secuestrada en el domicilio de la imputada). En efecto, en dicha agenda se asienta que el 11 de junio de 2009 a partir de las 19 SAG vomitó cuatro veces con intervalos de media hora y una quinta vez una hora después de la última. Esta franja horaria coincide perfectamente con lo dicho por la Dra. Espinal que ubica aproximadamente a las 22 el momento en el que SAG debió ser atendido por deshidratación -22.30 según las planillas- y refiere que este cuadro venía desarrollándose desde horas antes (lo que seguramente concluyó a partir de la deshidratación misma).

Ello también nos alerta acerca de un niño que justamente había sido internado para que se le realizaran estudios por cuadros de deshidratación previos y cuya madre, que es quien proporciona la droga que le causa los vómitos informa del primer



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

episodio de vómitos durante la internación y con conocimiento del peligro que ello entrañaba en virtud de las dramáticas experiencias previas vividas, cuanto menos tres horas y media después de detectados los primeros síntomas. Debe agregarse que tanto en el caso de SAG como en el de los hermanos fallecidos -cuadros previos- siempre se ha asentado que la deshidratación no se producía paulatinamente sino en forma muy rápida, lo que transforma ese aviso tardío en más cuestionable aun en pos del peligro que se generaba y del conocimiento que de esto ella tenía. Este conocimiento también lo tenía con base en experiencias previas del propio SAG: a modo de ejemplo cabe citar cuando los Dres. Brindesi y García asientan que en el caso de SAG “ante episodios de diarrea y vómitos desarrolla rápidamente deshidratación con grave alteración del medio interno potasio” (fs. 280). Que ello conllevara un peligro de muerte era más que conocido para ella. Si bien en el caso de un bebé, el riesgo es mucho mayor, por la dificultad de -tal como lo explicó el Dr. Brindesi- encontrar acceso venosos ante un cuadro de semejante - como de hecho ocurrió (se intentó incluso colocar un vía intraósea y la paciente entro en “paro cardiorrespiratorio”, fs. 431 vta. de la causa provincial)-, lo cierto es que ésta y otras consecuencias altamente probables no son para desdeñar tampoco en un niño de tan solo tres años, aun cuando esté hospitalizado. En efecto, Solano experimentó con su hija GG las fatales consecuencias de la deshidratación y la complejidad propia de “reconectar la vía, lo que se dificultó debido al estado de deshidratación que presentaba la niña” (según testimonio del Dr. Brindesi). El Dr. Escudero en el mismo sentido indicó que “si un niño deshidratado ingiere digoxina eso puede causarle efectos más graves, ya que lo que puede resultar terapéutico para un chico normalmente hidratado puede revestir un cuadro grave en un chico deshidratado”.

Como vimos, son muchas las variables que pueden generar peligro para la vida en el marco de un cuadro de deshidratación rápida y Solano las conocía. A modo de ejemplo puede citarse lo sucedido no ya con la luctuosa experiencia de GG sino con el propio SAG cuando veinte días antes de los hechos de esta causa - 23 de abril de 2009- tuvo que ser internado en el Hospital de Bolívar con síntomas similares. Allí puede verse que en varias oportunidades tuvieron que retirar y recolocar la vía porque ésta se infiltraba,

resultando imposible en una oportunidad volver a colocarla (ver registros firmados por los médicos Ravassi y Brindesi y otros médicos a fs. 49; era tan preocupante el cuadro de deshidratación que con fecha 26 de abril de 2009 se asienta “no suspender la vía por ningún concepto” -fs. 41-, firmado por el Dr. Ravassi; lo que después se complica porque se infiltra y deben quitársela).

Lo mismo sucedió en su internación en Bolívar en abril de 2008, donde varias veces se infiltró la vía y se asentó en muchas oportunidades que no respondía a medicación (fs. 100/104 vta.; atendido entre otros por el Dr. Ravassi). Ver en ese sentido también lo asentado a fs. 49 cuando se señala en el caso de SAG que “se infiltra la vía, se retira y se recoloca [y luego] imposible volver a colocar” con el peligro que ello entraña; las infiltraciones en la vía, entonces, no son un episodio aislado.

A ello se agregan otras variables que pueden combinarse en la atención médica y que ella conocía. No debe olvidarse, por ejemplo, que SAG era un niño que también había tenido varios episodios que comprometían las vías respiratorias, según lo que refirió el Dr. Brindesi durante la audiencia, lo que requirió utilización de puff y budesonide -salbutamol- (ver fs. 478 s.) también muy cerca de la fecha del hecho: el 6 de mayo de 2009, ver fs. 475; y que tuvo asma (tal como refirió la madre a los médicos a fs. 521), lo que también constituía otra variable conocida por la imputada como potenciadora del riesgo. A fs. 296, el mismo 9 de junio de 2009, fecha de la última internación, se asentó que es un niño con “bronquitis obstructiva recurrente” y con “retraso psicomotriz” (sobre esto también hay muchas referencias en la causa: Durquet informa a fs. 542 s. que incluso en cuatro oportunidades fue internado por cuadros respiratorios).

Las circunstancias reseñadas permiten concluir que la imputada se ha representado la posible causación del resultado típico de la acción desplegada por ella. Es decir, que tenía conocimiento de los elementos del tipo objetivo. Soraya Solano tenía conocimiento de todos los efectos nocivos de la digoxina, de los primeros síntomas de intoxicación -las náuseas, vómitos y diarrea-, y además tenía conocimiento de que en dosis tóxicas la digoxina produce un efecto desestabilizante para el corazón, que puede llevar al paro cardiorrespiratorio. Tenía también claro conocimiento acerca



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

de los peligros de la deshidratación. Un juicio objetivo *ex ante* muestra a todas luces que la digoxina resultaba, conforme la representación de Solano Soraya, un elemento probablemente letal.

Secundariamente la descripción de tales circunstancias ha dejado en claro que la testigo Marta González ha incurrido en una serie de contradicciones y discordancias no menores durante el devenir de toda la causa, encontrándose sus dichos controvertidos por las numerosas constancias del expediente descriptas. Tales extremos me llevan a proponer entonces al distinguido Acuerdo que se extraigan testimonios de las partes pertinentes de las presentes actuaciones a fin de que se desinsacule al Juzgado de Instrucción que deberá intervenir en la investigación de la posible comisión del delito de falso testimonio por parte de la señora Marta González. No es óbice para lo aquí decidido, la circunstancia de que la testigo afirmara que en la fiscalía departamental tuvo que mentir y declarar en contra de Solano por presión de la fiscal interviniente pues al serle preguntado específicamente a la testigo en qué había mentido dijo que sólo en cuanto a “la relación de pareja entre su cuñada y su hermano”, lo que no se relaciona esencialmente con el objeto de la causa. Por lo demás, la denuncia que dijo haber efectuado no se encuentra acreditada, de conformidad con el informe actuarial de la Fiscalía General de Azul que luce a fs.1001.

Al mismo temperamento me lleva la conducta del marido de Solano, que pese a todas las constancias de la causa que lo niegan llegó a manifestar que GG “nunca padeció síntomas similares a los de SAG” y que SEG “falleció de un paro cardíaco”, ocultando una verdad: que previo a ello presentó un cuadro de gastroenteritis. Desde un primer momento se advirtió una actitud reacia en el padre, quien al serle preguntado por las causas del fallecimiento de SEG, preguntó: “¿el tema acá no es SAG?”, mostrándose contrariado por tener que responder dicha pregunta.

En ambos casos, es claro que no rige el principio general de los arts. 243 y 242 del Código Procesal Penal de la Nación –respectivamente-, que impediría al pariente incurrir en la comisión de dicho ilícito. Esto por cuanto en el caso de Carlos González el delito origen de esta causa aparece ejecutado contra un pariente de grado igual o más próximo de aquél que lo liga con la imputada

(excepción prevista en la misma norma). Es claro que ante dicha situación se desvanecen los fundamentos que inspiran a la excepción en cuestión. Por su parte, toda vez que Marta González fue advertida de su facultad de abstenerse de declarar sin acogerse a dicha posibilidad, también queda comprendida por la regla general. Por tales razones y, tal como se estableció durante la audiencia, regía para ellos -en su caso- la obligación de testificar y declarar la verdad de todo cuanto supiere y le fuere preguntado (art. 240 del mismo cuerpo legal).

Ahora bien. El señor Defensor Oficial ha señalado en uno de sus planteos subsidiarios que Solano no había tenido la "finalidad" de provocar la muerte de SAG sino, en todo caso, la de generar sólo "los efectos adversos" que podía tener la digoxina. Por tal razón postuló que se descarte el dolo homicida, el que a su criterio ni siquiera concurriría en su variante eventual. Para el Dr. Steizel la voluntad de matar requerida por el dolo no podía estar presente, toda vez que para satisfacer las necesidades del síndrome de Münchhausen "se necesita contar con un objeto, y el objeto es el hijo; sin hijo se queda sin objeto".

Sin perjuicio de que al tratar la cuestión de la culpabilidad haré referencia específica al síndrome mencionado, debe señalarse en primer lugar que la afirmación, si bien muy extendida, que realiza el señor Defensor acerca de que quien padece del síndrome mencionado nunca tiene "intención" de matar, no resulta científicamente indiscutida.

En efecto, es cierto que se ha señalado en línea con lo que argumenta el señor Defensor que una madre con síndrome de Münchhausen por poder -en adelante SMPP- obtiene atención siendo una figura materna para su hijo y que ella deliberada e intencionalmente no destruiría el vehículo por el cual ella recibe atención. También algunos autores, a modo de ejemplificación tomaron un caso de la jurisprudencia extranjera -Commonwealth v. Robinson, 565 N.E. 2d 1229, 1236 (Mass. App. Ct. 1991))- en el que una madre envenenó a su hijo con sal y en el que aquélla se puso histérica sosteniendo: "no se supone que esté muerto. Sólo se supone que esté enfermo considerando que "si el niño muere, esa estructura va a ser desmantelada, *frustrando el objetivo de la madre*" (ver Lita





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Linzer Schwartz, Natalie Isser, *Child Homicide: Parents Who Kill*, Taylor and Francis, Boca Ratón, 2007, p. 111).

Sin embargo, hay otros tantos autores que sostienen que aun cuando la madre se despoje "de un vehículo sobre el que proyectar su SMPP ... una madre que sufre SMPP no va a parar de abusar de su hijo hasta ser descubierta o hasta que el niño muera y si ella no es atrapada luego de la primera muerte, continuará matando hasta quedarse sin hijos. Estudios reportan índices de mortalidad en un rango del 9% como mínimo hasta un máximo del 31 %". También se ha dicho que "(el) filicidio que resulta del SMPP es singularmente reincidente porque la madre puede llegar a prosperar con la mayor atención que recibe ante la muerte de su hijo por una enfermedad fatal" (Steelman, *op. cit.*, p. 9 con nota de Alexander).

Pero aun cuando por vía de hipótesis aceptáramos que en gran parte de los casos la madre no "quiere" provocar la muerte, tal afirmación en modo alguno lleva a negar la existencia de un tipo doloso.

Ello por cuanto "la fórmula usual que concibe el dolo como conocimiento y voluntad de realización del tipo se revela desde el principio inadecuada ... La fórmula debe decir, correctamente: Dolo es el conocimiento de que la realización del tipo depende de la ejecución querida (!) de la acción, aun cuando no sea querida por sí misma. Dicho brevemente: *Dolo es conocimiento de la acción junto con sus consecuencias* ... En la medida en que el autor persigue conscientemente con su actuación fines externos, también debe haber querido algo en el suceder externo, al menos la ejecución de la acción, aunque las consecuencias de la ejecución de la acción (en parte o todas) únicamente las haya percibido como dependientes de ésta" (Jakobs, *op. cit.*, 8/8 y 8/9). Lo importante es que se advierta que la lesión puede resultar mortal, aun sin querer la muerte (conf. Jakobs, *op. cit.*, 8/9). ).

Reiteramos. En cuanto a la presencia de una actitud interna contraria al resultado, podría admitirse -hecha la salvedad del comienzo- que en este caso ella existe y no es una mera "floritura retórica" -tomando las palabras de Jakobs- pues ello podría entenderse como característico del síndrome. Podemos, entonces, asumir que como actitud interna el resultado no era querido por la autora. Sin embargo "(a)l igual que tales actitudes ... carecen de

función en la actuación a sabiendas, tampoco la tienen en el dolo eventual” pues dichas “actitudes no tienen nada que ver con la dirección” (Jakobs, *op. cit.*, 8/21).

Me explico. Es cierto que los hechos de esta causa espontáneamente evocan al conocido caso de "manual" de "los mendigos rusos" (Löffler). Pero esta tentadora "asociación" que también ha hecho el señor Defensor Oficial me lleva precisamente a arribar a una conclusión contraria a la que él llega. En tanto aquél es demostrativo de que se está ante un supuesto de dolo eventual. Recordemos entonces el caso. El supuesto era el siguiente: unos mendigos de esa nacionalidad amputaban brazos o piernas a niños para usarlos luego excitando la compasión. Por cierto que de vez en cuando algún niño moría como consecuencia de las amputaciones. Los mendigos sabían de tal posibilidad, aunque no la deseaban ni hubiesen aceptado el resultado como fin o consecuencia necesaria, porque el niño muerto no servía a sus propósitos (debe aclararse que este caso en realidad ha sido introducido por la ciencia penal con el fin de rebatir la conocida primera fórmula de Frank, lo que excede el análisis de la presente causa).

Pues bien, tal como ha indicado el profesor Roxin este supuesto es estructuralmente similar al de "la barraca de tiro al blanco" o "señoritas de la caseta de tiro al blanco" (aportado a la discusión por Lacmann, publ. en *ZStW* 31 (1911), p. 159 y también en *GA*, t. 58 (1911), p. 109 s.): un muchacho apuesta 20 DM a que puede acertar de un disparo a una bola de cristal que sostiene en la mano una señorita de una barraca de tiro al blanco en la kermesse y da en la mano de la muchacha.

Son todas constelaciones de casos en las cuales se ve a las claras que un resultado "negativo" no resulta conveniente para los planes del perpetrador y, por lo tanto indiscutiblemente, el resultado no es "querido" por él. La semejanza está en que es claro que quien realiza una apuesta que ganará cuando acierte un disparo en la bola de cristal que otra persona sostiene en la mano, no "quiere" en modo alguno lesionar a esa persona. En el caso es clarísima su "falta de intención" de lesionar, si se tiene en cuenta que ello le impediría ganar la apuesta. Aquí puede decirse algo parecido -quizá no tan evidente como el caso de la caseta pero sí aceptable-: en efecto, parece defendible -como ya señalamos- la "falta de intención"



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

de Solano de matar a su hijo, si se tiene en cuenta que en virtud del síndrome que padece esto le impediría seguir "llamando la atención" - motivación tampoco incontrovertida como luego veremos- mediante la causación de nuevas enfermedades a su hijo.

Sin embargo, comparto con el profesor Roxin que en el caso mencionado "hay que apreciar dolo eventual: el sujeto había incluido el fracaso en los cálculos de su plan, porque las perspectivas de éxito tenían para él más valor que el riesgo de fallar" (Roxin, *Derecho Penal, Parte General*, Civitas, Madrid, 2000, 12/46). Sobre el mismo caso ha sido conteste Jakobs: "(q)uien para ganar una apuesta intenta acertar de un disparo a la bola de cristal que una persona sostiene en la mano, actúa con dolo eventual de lesiones si se da cuenta de que la 'aventura' puede acabar en la lesión de una persona; no se requieren ulteriores proceso o estados de ninguna clase, y el esfuerzo por evitar el resultado (y además la pérdida de la apuesta) no basta para impedir el dolo" (Jakobs, *op. cit.*, 8/23)".

En efecto, la doctrina actual más autorizada ha resuelto estos casos como supuestos de dolo eventual por cuanto si el sujeto "advirtió que podía [en ese caso] causar lesiones" es, como dijimos, "irrelevante cualquier indagación sobre su actitud anímica" (por todos, Righi, *op. cit.*, p. 245). Tal como ha afirmado el profesor Ragués I Vallès "esta forma de ver las cosas ya fue expresada magistralmente por los partidarios del *dolus indirectus*, especialmente von Böhmer, [si bien] con respecto al pretendido elemento volitivo del dolo, al afirmar que 'quien quiere una causa típica no puede no querer el resultado cuando es *previsto* o *conocido*'" (Ragués I Vallès R., *op. cit.*, p. 391, nota 1077). En el presente caso no hay dudas de que el resultado -si bien no llegó a configurarse- fue previsto y conocido, tal como se ha argumentado *ut supra*.

Esta constelación de casos justamente ha demostrado que más allá de las preferencias o actitudes anímicas, corresponde que el autor responda por un delito doloso, pues decide realizar la acción con total conocimiento de que está poniendo en marcha un curso causal riesgoso (a pesar de su inconveniencia). Ello se enmarca en una "evolución del concepto de dolo" que prescinde "del elemento volitivo". Desde esta perspectiva la doctrina contemporánea propone un concepto unitario de dolo basado en el conocimiento del peligro concreto del autor en el momento del hecho,

exigencia común tanto para el dolo directo como el eventual” (Righi, *op. cit., loc. cit.*).

Puntualmente, el dolo eventual "(i)mporta el conocimiento de que no es improbable la realización del tipo ... *Concurrirá pues, dolo eventual cuando en el momento de la acción el autor juzga que la realización del tipo no es improbable como consecuencia de esa acción*" (Jakobs, *op. cit., 8/23*).

Precisamente, aquí se ha intentado fundar *in extenso* la presencia indudable del elemento cognitivo, pues no “basta el mero pensar en la posibilidad del resultado”, debe tratarse de un conocimiento que “presente al autor como causante del resultado según la experiencia válida, y no especulativamente o por una excesiva escrupulosidad imaginativa” (Jakobs, *op. cit., 8/23*).

Reiteramos, no es la "actitud anímica" lo que interesa pues el dolo está conformado por el conocimiento de los factores de riesgo (aquí han sido acreditados la presencia y el conocimiento de dichos factores). Tomando de algún modo el ejemplo de la profesora Puppe "(c)uando la intención actúa sobre un peligro inadecuado para conseguir la causación del resultado, por mucha voluntad en sentido psicológico-descriptivo que concurra en el fuero interno del autor, no puede afirmarse la existencia de dolo". Mas, contrariamente si un buen tirador a una distancia media con un arma bien dirigida dispara sobre una persona da lugar al dolo "pero no a causa de sus malas intenciones, sino porque apunta a una zona del cuerpo en la que éste es mortalmente vulnerable" -lo que es claramente aplicable al presente caso- (Puppe I. publ. en NK §15.111 citado por Ragués en *La determinación del conocimiento como elemento del tipo subjetivo (comentario a la STS del 24 de noviembre de 1995. Ponente Sr. Delgado García)* en Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales, tomo XLIX, fascículo II, mayo-agosto, 1996, p. 812). Para esta autora “(u)n peligro es un peligro de dolo cuando, considerado en sí mismo, constituye un **método idóneo para producir el resultado** (Puppe I., *La distinción entre dolo e imprudencia*, Hammurabi, Buenos Aires, 2010, p. 94; énfasis en el original).

En el caso, más allá de cual fuera la verdadera "intención" de la imputada, lo cierto es que Solano -como hemos afirmado en el punto anterior- creó un peligro inadecuado y según



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

sus conocimientos adquiridos en virtud de experiencias anteriores, la posibilidad de que se produjera el resultado no era en absoluto improbable. La imputada conocía los factores de riesgo y el peligro que creó -tal como antes se analizó- era idóneo para la causación del resultado (conf. Ragués, *La determinación ...*, p. 813). En efecto, tal como ha señalado el profesor Jakobs "*cuando una acción puede tener por resultado tanto la vida como la muerte, al bien afectado no se le favorece con la buena voluntad* (Jakobs, *op. cit.*, 8/24). Debe aclararse, de todos modos que la "buena voluntad" de Solano, paradójicamente, estaría dada por el tipo de maltrato que, en principio, su síndrome requeriría: el de enfermar y no el de matar.

En suma: Solano conocía perfectamente el peligro concreto y se representaba el resultado como probable. Y si bien es posible que tal como lo ha manifestado el distinguido Defensor Oficial, el mismo síndrome de Münchhausen al que luego aludiremos con mayor profundidad, conlleve la particularidad -probable- de que como actitud anímica Solano prefiriese seguir teniendo un hijo enfermo -para así seguir sacando "rédito" a su situación-, esto no resulta relevante. Por ese mismo motivo no comparto los argumentos por los que se sobreseyó a la imputada en un principio en sede provincial (v. fs. 766), en tanto allí se puso acento en qué era aquello que "buscaba" Solano conforme el síndrome de Münchhausen y no en la circunstancia de que quien se representa un resultado altamente probable de algún modo lo "quiere", más allá de que no se lo "prefiera". Coincido así con lo manifestado en aquella oportunidad por el fiscal Madrea, quien a fs. 775 señaló que "(s)i bien la conducta pudo haber estado motivada en el desafío a los profesionales, ello no quita que como sería el caso, la encartada no previera al deceso del niño desde el primer momento como una opción". Y ello es lo que debe importar a los fines del dolo.

La jurisprudencia española también ha tratado un caso muy similar al que aquí se presenta: madre y abuela habitualmente le daban de comer a la pequeña niña Zuleica con una cuchara sopera que apretaban contra su lengua produciéndole heridas en la lengua y en las fauces. El día del hecho, siendo conscientes de que esas heridas le impedían ingerir alimentos sólidos, pretendieron dar de comer a la pequeña sujetándole la boca e introduciendo la cuchara por la fuerza, lo que la condujo a un

proceso de asfixia. Cuando intentaron llevar a la niña a algún centro de asistencia esto resultó ineficaz y la niña falleció. Se trata del fallo con comentario ya citado del profesor Ragués I Vallès, sentencia del Tribunal Supremo español del 24 de noviembre de 1995. Ponente Sr. Delgado García y voto particular del Sr. Martínez-Pereda Rodríguez al que adhirió el Sr. Montero Fernández-Cid. Acusadas Josefa B.M. y Soledad N.B.

En el voto mayoritario de la sentencia del Tribunal Supremo se confirmó el pronunciamiento de la Audiencia Provincial de Madrid por el delito de lesiones (malos tratos habituales agravados por alevosía) y de imprudencia temeraria con resultado muerte.

En cambio, en el voto disidente -que comparto- se afirmó que "(h)abía de reputarse dolosa la conducta porque el conocimiento del peligro propio de la acción que supera el límite del riesgo permitido es suficiente para teñir de doloso un comportamiento, **ya que se somete a la víctima a situaciones peligrosas que no se tiene la seguridad de controlar, aunque no se persiga el resultado típico**" (énfasis agregado). La analogía con el presente caso es de toda evidencia. También la Suprema Corte del Estado de West Virginia en un caso muy similar al presente ha afirmado en relación con la imposibilidad de control que "ningún jurado razonable consideraría la muerte del niño como un accidente fatal o que la dosis letal de cafeína fue administrada sólo para inducir una leve enfermedad" (519 S.E.2d 852 (W. Va. 1999) *in re* State v. Davis citado por Steelman, *op. cit.*, p. 21, nota 140). En similar sentido y en relación con el conocimiento en el caso de la Suprema Corte del Estado de Nueva York "People vs. Hoyt" (210 A.D.2d 786 NY App. Div., del 3 de septiembre de 1994), el jurado sostuvo ante la defensa de que quien había cubierto los rostros de sus hijos lo hizo solo para que dejaran de llorar, que la imputada "creó un grave riesgo de muerte para otra persona ... [pues] sabía que sostener almohadas y toallas sobre el rostro del niño y presionar el rostro del niño contra ellos podría matarlos y no obstante procedió a hacerlo".

También el caso español tiene una notable semejanza en el hecho de que el ocultamiento de las primeras heridas a personal médico, obedeció al temor a que las autoridades acordaran la privación de la patria potestad, lo que sería demostrativo de que ellas no querían prescindir de vivir en compañía



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

de la menor. En nuestro caso, la naturaleza del propio síndrome - como ya adelantamos- sería demostrativa de que la imputada tampoco quería prescindir de vivir con su pequeño hijo, lo que a los efectos del dolo y tal como afirma el voto disidente del tribunal español, no tendría relevancia.

A su vez, como ha dicho el profesor Jakobs y compartimos: "(c)omo consecuencia de tal solución, también se realizan dolosamente aquellas consecuencias de la acción que el autor se esfuerza por evitar, pero en las que sin embargo se da cuenta de que no es improbable un fallo de su esfuerzo por evitar" (Jakobs, *op. cit.* 8/24). Aquí se agrega otro elemento de importancia que es el de la posibilidad de que también se den fallas en el "esfuerzo por evitar el resultado".

Ya vimos anteriormente que Solano no hizo un esfuerzo serio por evitar el resultado, pero aun considerando que el hecho de haberse suministrado la digoxina en un ámbito hospitalario hubiera podido ser considerado *per se* como un "esfuerzo" en pos de evitar el resultado -como parece pretender el señor Defensor-, es claro que para la imputada no era improbable que aun suministrando la digoxina en un hospital, ese "esfuerzo" podía también fallar. En efecto, tal como ocurrió con GG, ocasión en la que un estado de deshidratación -tal como el que produce la digoxina- la llevó a la muerte aun en un hospital y también con SEG, inmediatamente luego de ser atendido en un hospital, esta falla también podía presentarse aquí y Solano lo sabía. Todo ello teniendo en cuenta, por lo demás, que el aviso sobre la deshidratación fue tardío y pudo ser inmanejable, que se trataba de un niño muy pequeño que recibió una sustancia que se comporta como "veneno" de alta toxicidad y peligrosidad y que además su hijo tenía problemas respiratorios.

En un punto, esto guarda relación y también semejanza con el caso español antes mencionado ya que en ambos supuestos, una vez ejecutada la conducta, ambas acusadas intentaron evitar el fatal desenlace, lo que también parecería demostrar la disconformidad con el posible resultado. En realidad en el caso de Solano no queda tampoco claro si el intento fue de ella - aviso a los enfermeros- o el síntoma fue descubierto directamente por el personal de enfermería, pero de todos modos ya dijimos que debe

estarse a lo más favorable. Mas, aun en este supuesto favorable, es claro que lo que hubo es sólo un arrepentimiento *post factum* que sólo incidirá en la mensura de la pena, pues en el momento de realización de la conducta típica, el dolo estaba presente.

Ahora bien. Ya hemos fundado por qué consideramos que la doctrina contemporánea es acertada cuando se inclina por considerar que el dolo radica en el hecho de no haberse motivado el autor por la representación de la realización del tipo. Corresponde, entonces, adentrarnos en otra cuestión problemática - si bien no planteada por la Defensa- acerca de cuál es el nivel de representación requerido para que se configure el dolo.

Tal como propugnó Kargl la cuestión radica en la medida del peligro representado. Para él "el peligro debe ser tan elevado que una confianza en el buen desenlace no sería realista" (Kargl, *Der strafrechtliche Vorsatz*, citado por Ragués, *La determinación ...*, p. 809). Desde otra perspectiva el profesor Sancinetti ha señalado que hay "riesgos reprobados aptos para la imputación por delito doloso" y "casos en el que se podría hablar de imprudencia consciente ... allí donde la 'posibilidad del desenlace desfavorable es ponderada como tan pequeña que no es necesario tenerla en cuenta'" (Sancinetti, Marcelo, *Teoría del delito y disvalor de acción*, Hammurabi, Buenos Aires, 2005, p.197 s. con cita de Schröder). Lo cierto es que sea cual fuere el criterio utilizado en el presente caso, es de toda evidencia que el umbral de la culpa consciente ha sido claramente traspuesto.

Sobre la cuestión del nivel de representación requerido para el dolo también vuelve a ser importante, a mi criterio, lo resuelto en el voto disidente del tribunal español.

Por un lado, la mayoría entendió que como en otras oportunidades las imputadas habían procedido del mismo brutal modo y "no había pasado nada" entonces no era posible afirmar la concurrencia del nivel de representación requerido para el dolo. En el voto en disidencia (conformado por dos vocales) de modo similar al que aquí pretendo postular se sostuvo que las agentes comisoras "tuvieron que representarse de manera necesaria lo grave de su modo de actuar" y "las consecuencias que de tal actuación podían derivarse", entendiendo que debía haberse estimado el recurso del





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

Ministerio Público y condenado a las autoras del delito de parricidio con dolo eventual (v. Ragués I Vallès R., *La determinación ...*, p. 817).

En rigor de verdad, en el presente caso -a diferencia del español- no se dio el resultado muerte. Es por ello que al quedar en tentativa, este es uno de esos episodios en los que "tampoco pasó nada". La semejanza como dijimos radica justamente en que también en el caso español eran habituales los malos tratos, uno de los cuales terminó siendo el hecho que produjo la muerte. En nuestro caso puede afirmarse solo para una cabal comprensión, que las constantes internaciones con consecuencias para la salud del niño en cada oportunidad y sometimiento a tratamientos y estudios invasivos -colocación de vías, endoscopías, etc.-, fueron también malos tratos mas estos no han sido el objeto de imputación por lo que no podrán generar consecuencia jurídica alguna. Por lo demás y tal como afirma Ragués "la gravedad de cualquier hecho típico debe fundamentarse en las circunstancias disvaliosas de éste, y no en actuaciones anteriores del sujeto" (Ragués, *La determinación ...*, p. 798). Sin embargo, a los fines de analizar el nivel de representación del dolo, la cuestión es la misma. ¿Puede haber dolo cuando la autora procedió de similar manera en otras ocasiones y el resultado no se produjo? ¿Puede verse cada uno de estos episodios como representación de un peligro concreto que ya afirmamos que existía? (si bien, huelga aclararlo aquí, se está juzgando un solo episodio).

Para responder a estas preguntas debe tenerse en cuenta en primer lugar que "(c)uando en la vida cotidiana afirmamos que un tercero conoce o desconoce algo, no lo hacemos porque hayamos "experimentado" la realidad empírica de sus pensamientos, sino porque una serie de datos objetivos nos permiten imputarle dicho conocimiento de acuerdo con determinadas reglas que rigen la comunicación humana" (Ragués, *La determinación ...*, nota 51, sobre las reglas de imputación de conocimientos). Es claro que "(l)a mayor fuente de indicios para la aplicación de estas reglas [de imputación] es la conducta externa del sujeto. Pero también imputamos conocimientos a partir de la posición social de dicho sujeto, o bien, mediante la constatación de transmisiones de conocimientos de terceros al autor con anterioridad al hecho" (Ragués, *loc. cit.*). Todos estos indicios se presentaron aquí como ya hemos señalado. Y de modo similar al conocido caso del virus del sida BGH (36,1) en el que

un enfermo de sida mantuvo diversas relaciones sexuales sin utilizar preservativo, pese a haber sido repetidamente informado por personal sanitario de la gravedad de su enfermedad y de la peligrosidad de ésta así como las vías de su contagio, aquí también personal sanitario informó a Solano en los episodios de intoxicación digitalica vividos con su hijo SEG sobre la alta peligrosidad de la digoxina y sobre su estrecho margen terapéutico. La transmisión de esta información fue constatada en virtud de la prueba reseñada antes *in extenso*.

Es por ello que con respecto a la afirmación de que "quien ha llevado a cabo una conducta peligrosa sin que el peligro llegara a materializarse, no juzga como probable la materialización de dicho peligro cuando vuelve a actuar de idéntica manera", es claro que esto "no puede superar un juicio de adecuación a la interacción social: haber tenido suerte en ocasiones anteriores no quiere decir que en la situación presente [como tampoco en aquéllas] se haya dejado como regla general, de ser consciente del peligro. Nadie diría que quien ha jugado diez veces a la ruleta rusa saliendo indemne en todas ellas, ya no es consciente del peligro que tal juego conlleva cuando se decide a jugar la undécima vez" (Ragués, *La determinación ...*, p. 820). Además y tal como señala Jakobs "(s)i el atractivo de un juego reside en el riesgo de realización del tipo (ruleta rusa), por lo general los jugadores tienen dolo (Jakobs, *op. cit.*, 8/23).

Tal como se ha señalado en el voto disidente del caso español, la imputada tuvo que representarse de manera necesaria lo grave de su modo de actuar. En este cometido, he procurado anteriormente fundar de modo explícito cuáles son los datos objetivos en los que se basa semejante imputación. Me he referido a todos los factores de riesgo que la imputada conocía perfectamente: tanto el propio de la digoxina como aquél que se derivaba de los cuadros de deshidratación. En un caso similar ha dicho Jakobs que si el autor conoce que un producto es un veneno letal [aquí la autora sabía que la ingesta de dosis no adecuadas de digoxina produce deshidratación y que la deshidratación produjo la muerte de sus otros dos hijos, o fue inmediatamente previa a dichos fallecimientos], es "indiferente", por ejemplo, que "corroa el estómago sufriendo la víctima una hemorragia interna o conduzca a un [paro] respiratori[o] ... mientras que se trate sólo de la realización del riesgo



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

del envenenamiento” [lo mismo cabe predicar aquí respecto de que la posible realización fuera una deshidratación no revertida o algún signo mortal de intoxicación], toda vez que “(e)l objeto del dolo no es un curso causal concreto, sino la realización de un riesgo” (Jakobs, *op. cit.* 8/66). Solano, entonces, sabía que su hijo podía morir como consecuencia de esta ingesta, por lo tanto obró con dolo de homicidio. Y es a partir "del conocimiento de todos estos datos objetivos (que) se deriva el juicio por parte del sujeto activo de que el riesgo de muerte es probable o elevado". En efecto, "cuando una persona ... conoce rasgos tan inequívocos de extrema gravedad del peligro no puede dejar de representarse como probable el acaecimiento del resultado" (Ragués, *La determinación ...*, p. 821).

En suma: hemos visto que era claro que Solano conocía que la ingesta de dosis no adecuadas de digoxina producía cuadros de vómitos y diarrea que derivaban en deshidratación. Y también sabía que en los casos de fallecimiento de otros de sus hijos, la muerte había sido precedida por este tipo de cuadro. En efecto, la imputada tenía conocimientos previos acerca de lo peligroso que resultaban los cuadros de deshidratación con rápido desarrollo tal como los que se producen al administrar digoxina. Y es en función de los conocimientos previos de la imputada que los riesgos nunca podrían haber sido apreciados como lejanos a la consumación (Righi, *op. cit.*, p. 418) más allá de que en anteriores ocasiones el resultado no se hubiera producido. En síntesis sabía cuál era el “peligro concreto” que ocasionaba “suministrar digoxina” tal como lo hizo. Y es claro también que en virtud de que Solano sabía que sus otros hijos tuvieron un cuadro de vómitos y diarrea con deshidratación previo a su muerte, ella ha apreciado que la realización del tipo de homicidio no era improbable como consecuencia de su obrar. Su actitud anímica interna -más allá de que luego nos referiremos en el estrato de la culpabilidad al llamado síndrome de Münchhausen y la incidencia que puede tener- es irrelevante.

Tal como ha afirmado Silva Sánchez, "el tránsito del dolo de la culpabilidad al injusto debe comportar la depuración de los elementos emocionales" (Silva Sánchez J.M., *Aproximación al derecho penal contemporáneo*, J.M. Bosch, Barcelona, 1992, p. 402). En efecto, es probable -como dijimos- que internamente y en relación con el síndrome en cuestión Solano prefiriera tener un hijo

continuamente enfermo -por lo menos hasta la edad en que pueda contarle- que fallecido, mas ello no contradice en modo alguno el hecho de que ella ha apreciado que el resultado no era improbable como consecuencia de su obrar. Solano sabía perfectamente que la “aventura” de administrar un “veneno” como la digoxina podía acabar en la muerte de su pequeño hijo. Tampoco, como se dijo, el hecho de que supuestamente se haya esforzado por evitar el resultado lesivo conmueve lo hasta aquí decidido. Tal como se ha afirmado, si aun consideráramos que la acción llevada a cabo en un contexto hospitalario pudiera definirse como un esfuerzo por evitar el resultado lesivo, esto no tendría incidencia en su conocimiento del peligro concreto al momento de la realización de la conducta típica y de que el resultado no era en absoluto improbable (máxime teniendo en cuenta que uno de sus hijos falleció en un hospital). En síntesis, hay dolo de homicidio respecto de una persona determinada, en tanto está presente la representación de un resultado de muerte que podía producirse por un riesgo concreto. Por lo demás, el síndrome de Münchhausen como luego se verá -a diferencia de lo que sucede con un arrebató emocional (ver Sancinetti M., *Casos de Derecho Penal: parte general 2*, Hammurabi, Buenos Aires, 2005, p. 145)- no es suficiente como para negar tal representación.

Sentado lo anterior, corresponde ahora señalar que el señor Defensor Oficial si bien en un principio ha negado el dolo eventual, luego parece admitirlo pero a los efectos de considerar que no se puede configurar la tentativa en este supuesto. Es decir, propugna la superada teoría según la cual la tentativa exige siempre dolo directo a partir de la lectura del texto del art. 42 del Código Penal, lo que tal como se ha señalado “constituyó un generalizado error en la interpretación de esta exigencia” (Righi, *op. cit.*, p. 416 s.) en tanto "se trata de consumir el resultado previamente conocido // Una acción tendiente a la producción de un resultado indeterminado, si resulta imaginable, pone de manifiesto a un autor que obra sin dolo. Tanto en el delito consumado como en la tentativa, sea el dolo directo o eventual la intención está dirigida a causar un delito determinado por lo que la norma de aplicación (art. 42 CPen) no hace específico el tipo subjetivo de la tentativa” (Righi, *op. cit.*, p. 417).

En efecto, si bien se ha pretendido -tal como manifiesta el Sr. Defensor Oficial- afirmar que la palabra



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

“determinado” -art. 42 del Código Penal- excluye de la tentativa el dolo eventual, ello no tiene fundamento jurídico. El Profesor Zaffaroni ha expresado que, desde un punto de vista histórico, la palabra “determinado”, de no muy feliz elección, fue inserta en la ley a fin de excluir no el dolo eventual, sino el llamado “dolo de ímpetu” (conf. Zaffaroni E., *Manual de derecho penal: parte general*, EDIAR, Buenos Aires, 2001, p. 605).

Tal como lo ha manifestado el Sr. Fiscal General, la doctrina mayoritaria coincide en que la tentativa requiere siempre el dolo, sin distinción alguna acerca de qué tipo de dolo es necesario. Esta doctrina como explica el profesor Jakobs es enteramente dominante (Jakobs, *op. cit.*, 25/24, nota 34). Así se ha dicho que que “(e)l tipo subjetivo de la tentativa no puede ser otro que el delito consumado” (Stratenwerth G., *op. cit.*, p. 334). Y que “(s)i para la consumación es suficiente con el dolo eventual, también lo será para la tentativa” (Bacigalupo, *op. cit.*, p. 472). En palabras de Zaffaroni “no hay ninguna razón para excluir de la tentativa al dolo eventual” (Zaffaroni, *Manual ...*, p. 604). En el mismo sentido se ha pronunciado el profesor Sancinetti (conf. Sancinetti M., *Casos de Derecho Penal 2 ... cit.*, p. 104).

También la jurisprudencia más moderna y autorizada ha acogido esta postura. La entonces Cámara Nacional de Casación Penal ha dicho de manera correcta: “todo delito que puede consumarse con dolo eventual permite que, en su tentativa, el autor actúe con esa especie de dolo” (Cámara Nacional de Casación Penal, Sala I, sentencia del 5/5/04, “Suárez, Juan, Carlos s/rec. de casación”, publ. en *Fallos de la Casación Penal*, año IV, n°5, 2006).

Establecido lo anterior, debe aclararse que no empece a la calificación ya propugnada el hecho de que el Dr. Escudero hubiese afirmado que el accionar de Solano no ha dejado secuelas permanentes en SAG (si bien el señor Defensor Oficial no propuso subsidiariamente una calificación distinta sino simplemente postuló a partir de estos dichos simplemente la inidoneidad de la tentativa de homicidio o la atipicidad).

De todos modos creo que corresponde expedirse sobre otra posible calificación. Sobre la cuestión considero que, en principio, ocasionar a un individuo vómitos y diarrea, a lo que agregamos, entre otras cosas, producir un cuadro de deshidratación

que hiciera necesaria la colocación de una vía, podría subsumirse en el tipo penal de lesiones leves. En puridad, ya afirmado el peligro de muerte que esta conducta conllevaba, ello daría lugar, también en principio, al tipo penal de lesiones graves. Mas si el dolo de homicidio está claro como se expuso *ut supra*, el hecho de que estuviese incompleto el tipo objetivo de homicidio por falta del resultado muerte, da lugar a la tentativa de homicidio y no a tipo alguno de lesión consumada.

En cuanto al dolo lo importante es que conozca las circunstancias constitutivas de la situación de riesgo objetivamente relevante (como ya vimos). Resulta obvio que en muchísimos casos de tentativa de homicidio, se producen objetivamente lesiones que son absorbidas por el tipo penal más grave. Piénsese en quien dispara a otra persona apuntando a su cabeza y simplemente roza su frente causándole una pequeña herida sin mayores consecuencias. Lo mismo puede predicarse del presente caso: el hecho de que no queden mayores secuelas por ingerir una dosis tóxica de digoxina – tal como indica el señor Defensor Oficial con cita del Dr. Escudero-, al haber sido interrumpido el nexo causal, no significa que no haya existido un peligro jurídicamente desaprobado para la vida (eso sin entrar en el tema que quedó controvertido durante el debate acerca de si existe posibilidad de intoxicación crónica por uso de digoxina). En el informe elaborado por el Dr. Escudero se señaló que está “descartada toda posibilidad de ingesta accidental” y “que es posible afirmar con alto grado de verosimilitud que la administración de la digoxina a un paciente de 3 años y 5 meses de edad, ha sido con el objeto de producir daño en la salud del menor” (fs. 759). A partir de dichas conclusiones médicas, es tarea de los jueces, determinar cómo debe calificarse ese daño en la salud del menor, lo que se ha procurado en el presente acápite.

**VII.-** Hasta aquí hemos concluido que se está ante una conducta típica (art. 80, inciso primero, del Código Penal). No concurre -ni ha sido materia de controversia- causa de justificación alguna, por lo tanto, la conducta es antijurídica.



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

**VIII.-** Corresponde entonces pronunciarse acerca de la reprochabilidad de la acusada por su conducta. En especial en cuanto a su capacidad de culpabilidad o imputabilidad.

Aquí entra en consideración la discusión que se dio en el debate acerca del llamado síndrome de *Münchhausen por poder o by proxy*. Como dijimos, la característica esencial de este trastorno es la producción o simulación de forma deliberada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se halla a cargo del individuo. Más allá de la discusión semántica entablada entre el señor Fiscal y el señor Defensor acerca de quién es el sujeto que padece el síndrome -cada uno apoyado en las manifestaciones de distintos peritos que se pronunciaron durante la audiencia-: si es el niño, que al no tener enfermedad alguna sino solo la inoculada por la madre tiene entonces "síndrome de Münchhausen" (Fiscal), o es la madre quien la padece como una "patología mental" (Defensor), lo cierto es que lo que está fuera de discusión -si bien para el señor Defensor como argumento subsidiario- es que se trata -como primera aproximación- de la producción intencional de síntomas físicos, en el caso, por parte, en general de la madre, sobre un hijo pequeño.

Por ello, más allá del interés del señor Fiscal acerca de no analizarlo como una patología de la madre sino como una forma más de maltrato infantil -lo que a mi criterio no sería excluyente-, lo cierto es que se dan un sin número de elementos en esta descripción fenomenológica -que como tal se encuentra en el DSM IV- que obliga a analizar si la conducta de la madre puede serle o no reprochada, más allá del episodio estudiado en forma aislada. O, como luego se verá, en qué medida puede serle reprochada.

No hay dudas de que el hecho de no tratarse simplemente de una conducta puntual sino enmarcada en un determinado síndrome obliga a evaluar el grado de afectación de este "fenómeno" y su incidencia en la capacidad de motivación normativa.

En este cometido cabe señalar en primer lugar que a pesar de ciertos rasgos de su personalidad -sobre todo manifestados durante su juventud- Solano -a diferencia de lo que sostiene el señor Defensor como planteo subsidiario pero sin mayor fundamentación- es una persona que posee la capacidad básica de imputabilidad. Esto lo han remarcado todos los profesionales que intervinieron. Ninguno ha descartado la "normalidad jurídica" en punto a los presupuestos

básicos de su imputabilidad. Su psiquis no se vio afectada con una entidad tal que no le permitiera realizar una vida laboral, de relación, social, etc. Tal como la vida que sigue llevando hoy en día: sigue conviviendo con su marido y su hija mayor -LG- y sigue desempeñándose laboralmente al cuidado de ancianos y niños, según ella misma refirió.

No existieron dudas de los profesionales en cuanto a su capacidad de culpabilidad tanto para comprender la criminalidad del acto como para dirigir sus acciones conforme esa comprensión.

Así, el perito psiquiatra Dr. Abásolo a fs. 569 vta. remarcó que "no se detectaron alucinaciones ni conceptualizaciones delirantes de la realidad" (lo mismo se concluyó en la evaluación psicológica practicada por la Dra. Orgatti, cuyas conclusiones se encuentran a fs. 849). Afirmó que "no padece perturbaciones mentales significativas de demencia en sentido jurídico ... puede comprender la criminalidad de sus actos y dirigir sus acciones". En el peritaje realizado de conformidad con el art. 78 del Código Procesal Penal de la Nación a modo de conclusión se señaló que "en las facultades mentales no se revelan alteraciones morbosas. No inscribe en insuficiencia mental" (fs. 845). Del mismo modo la perito psicóloga García señaló que Solano "(e)s capaz de comprender y dirigir sus acciones" (fs. 540) y que "no se observa alienación mental (demencia en sentido jurídico), por ello es capaz de comprender y dirigir sus acciones" (fs. 538).

Y si bien es cierto que muchas de las conclusiones de los especialistas parecen enmarcarse en una perspectiva marcadamente "alienista", según la cual parecería que solo de poder asegurarse que la imputada es psicótica se podría afirmar la inimputabilidad, lo cierto es que todos los profesionales dieron cuenta de la capacidad de Solano y de los presupuestos que los llevaron a concluir que la imputada obró con conciencia del sentido que tenía su comportamiento.

A mayor abundamiento puede decirse que hay una complejidad en los actos llevados a cabo por Solano que ponen en evidencia su grado de conciencia y la dirección de su obrar. Hay una preparación del hecho muy cuidada y un manejo muy adecuado del instrumento utilizado; también su comportamiento posterior a la comisión del hecho revela su cabal comprensión. Se trató de un





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

accionar que incluyó mentiras muy elaboradas y cierta manipulación del personal sanitario actuante, así como también, el despliegue de sus conocimientos de medicina y cierta planificación como modo de evitar ser descubierta por terceros.

No se me escapa que la culpabilidad no debe ser confundida con el "dolo" que ya fue afirmado, pero también debe tenerse en cuenta que ante determinados desconocimientos mínimos -lo que no sucede en el caso- no puede afirmarse la imputabilidad. Se trataba de una mujer que atendía ancianos, que regulaba la medicación de sus hijos, que sabía qué les hacía bien y qué les hacía mal según los registros asentados conforme la información que ella misma proporcionaba. En efecto, existe cierta relación entre estos dos aspectos porque si efectivamente se trataba de una persona imputable, es claro que "necesariamente ha conocido la peligrosidad abstracta de su conducta y tal conocimiento debe serle imputado ... La imputabilidad excluye, pues, determinados desconocimientos" (Ragués, *El dolo ...*, p. 380 s.). Fue en referencia a un caso en el que el imputado con una piedra golpeó en el rostro de la víctima, donde el STS consideró que "la dinámica comisiva de la acción está presidida ... (por) un dolo genérico de lesionar. Dejando a un lado la más que discutible cuestión del *animus*, lo que parece evidente es que no puede tener ninguna credibilidad cualquier alegación encaminada a aseverar que alguien en su sano juicio pueda ignorar que propinar a alguien un golpe en el rostro con una piedra, cuando está tendido en el suelo, supone crear un riesgo para la integridad física de éste". Así Ragués I Vallès ha dicho con relación a un ejemplo propuesto por él: "(l)a regla de imputación social de conocimientos reza 'una persona mayor de edad y en su sano juicio sabe que golpear a otro con un hacha en la cabeza es una conducta peligrosa para la vida de ésta'" (Ragués, *loc. cit.*).

Por otro lado, tampoco se trató de una actividad totalmente "descontrolada". Sin embargo, como dijimos al comenzar a tratar este tópico, la presencia del síndrome de Münchhausen obliga a analizar cuál es la consecuencia que éste debería traer aparejada.

Para ello, resulta primero necesario examinar si en el caso está presente dicho síndrome. En esta tarea no puedo dejar de mencionar que la licenciada García advirtió indicadores del síndrome, así como el equipo médico del Hospital Garrahan. Sin

embargo, la licenciada Raffa -psicóloga del hospital Borda- no los observó y el psiquiatra Abásolo -perito médico psiquiatra de la asesoría pericial departamental de Trenque Lauquen- tampoco (si bien este último refiriéndose a indicadores clínicos veraces como si se tratara de una patología detectable clínicamente). Pese a esta discordancia, debo decir que la licenciada García fue quien evaluó a Solano de forma más próxima a los hechos y en tres oportunidades (sobre la conveniencia de tomar en cuenta los peritajes más próximos al momento del hecho ver Bloch I., *op. cit.*, p. 12). A diferencia de los otros especialistas no hizo una evaluación psiquiátrica sino integral (ver fs. 538), registrando indicadores del trastorno facticio (F68.1) por poderes. Por otro lado, sin perjuicio de la discrepancia entre los peritos, ni el señor Fiscal ni el señor Defensor Oficial desconocen la presencia del síndrome (si bien lo explican y derivan de él consecuencias diferentes).

Considero que es correcto que vean a dicho síndrome como presente. Sobre la cuestión es cada vez es más vasta la bibliografía. Mucha de ella citada durante las distintas resoluciones adoptadas en la causa, como así también por parte del señor Fiscal General (a modo de ejemplo pueden citarse los trabajos de Dubowitz y Bermúdez Tapia). A ellos deben agregarse, entre muchísimos trabajos monográficos el de Melissa Prentice, *'The profile of MSBP litigation in the late 90's.'*; Adam Wilson *'Expert testimony in the dock'*; Corey Perman, *Diagnosing the truth*, Kathleen Miller, *Detecting the undetectable*; Tracy Vollaro, *'Evidentiary problems'*; Feldman Marc, *Playing Sick* y varios más que serán citados a continuación.

Si observamos en detalle, en esas descripciones vemos que siempre hay claridad en cuanto a la descripción del fenómeno: es decir qué es lo que hace una madre que tiene Münchhausen -sobre lo que parece haber acuerdo- (y no tanto acerca de cuáles sean las motivaciones). Podría decirse que entonces la descripción es fenomenológica: tiene Münchhausen quien hace "esto" y se muestra de "tal manera". Veremos entonces que, en primer lugar, esos elementos están presentes aquí, casi como un "caso de manual".



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

En efecto, los elementos más frecuentes según la bibliografía especializada y que aquí se hallan acreditados, como se verá a continuación son:

a) La **aparición de una enfermedad persistente y recurrente en el niño que no puede ser explicada desde el saber médico**. Ya vimos al analizar la materialidad fáctica que este elemento -en el caso SAG presentaba cuadros de gastroenteritis con deshidratación- se configuraba claramente, prolongándose aproximadamente por un año y medio con persistencia y recurrencia. Observamos también cómo se lo sometió a todo tipo de estudio, descartándose cualquier correlación orgánica. Es lo que se llama también **incongruencia** entre lo que se encuentra en el paciente y la historia que se cuenta (a ello se refieren específicamente la Dra. Spagnollo y el médico forense Dr. Escudero).

b) **Desaparición de los síntomas cuando se logra que los padres permanezcan alejados de sus hijos**. También observamos que desde que Solano fue separada de su hijo hasta el día de hoy no aparecieron más esos síntomas que tan frecuentemente se repetían.

c) Las víctimas son **niños muy chicos que no hablan o no cuentan**. A ello se refiere extensamente el Dr. Escudero. Según la bibliografía especializada, generalmente, entre el mes de vida y los seis años de edad. SAG tenía -por lo menos al momento del último hecho- tres años y cinco meses. Se observaron muchos casos jurisprudenciales en los que las víctimas fueron varios hermanos en ese rango de edad. Sobre esta cuestión es claro que no podemos avanzar.

d) **Los padres presentan menos signos de preocupación que el staff médico tratante**. Así lo describieron todos los médicos que se relacionaron directamente con Solano, llamándoles la atención que incluso teniendo dos hijos fallecidos con síntomas similares no evidenciara mayor preocupación.

e) En general **provocada por la madre**.

f) Hay una suerte de **control omnipotente** por parte del perpetrador. Esto fue observado por la licenciada Raffa y la licenciada García, quien la definió como una mujer que no dudaba. Y precisamente en ese contexto de control omnipotente hay una **madre que hace y un padre que deja hacer**. Justamente el Dr. Escudero se

refirió a un esquema contrario al que normalmente se observa en los casos de abusos sexuales en los que el padre es el autor y la madre calla o niega. La omnipotencia de la madre en cuanto a la atención de sus hijos se veía claramente contrastada con la personalidad esquizoide (retraída) de Carlos González, quien además tenía “una capacidad intelectual límite entre el término medio y el retardo mental” (fs. 578). En ese mismo informe elaborado por la licenciada Rosana Casella se define a González como introvertido y poco expresivo. También en cuanto a la forma de establecer lazos con los hijos. Al respecto se ha dicho que es "común que las madres pasen todo su tiempo en el hospital ... sus maridos ... en la mayoría de los caos, están emocionalmente separados de la familia o físicamente ausentes" (Steelman S., *op. cit.*, p. 8).

Todo ese control omnipotente en cuanto a las enfermedades y la ausencia paterna en esos menesteres, fue relatado por numerosos testigos durante la audiencia e incluso por el propio González quien afirmó que él nunca la acompañaba a los hospitales y que jamás suministró medicación a algunos de sus hijos. En el peritaje realizado por la licenciada Escribano a fs. 2796/2804 vta. se señaló que si bien se les había preguntado a ambos progenitores por las enfermedades de sus hijos "siempre respond(ía) Solano". También es elocuente, el estudio psicológico realizado a SAG por la licenciada Rodríguez, en el que consta a fs. 555 que éste “elige como personaje representativo la mamá ... dando cuenta de la imagen de su padre como una figura débil, sin autoridad, con dificultades para el establecimiento de la función simbólica paterna”. La forma en la que González veía todo lo sucedido -al fin y al cabo el descubrimiento de los motivos de la prolongada enfermedad de su hijo- también se reveló como ajena durante la audiencia, en tanto aludió a ello como el momento en el que "empezó todo el quilombo”.

g) Dentro de las dos formas primarias de presentación del síndrome, y tal como afirmó el señor Fiscal General, el caso de Solano se ubicaría en la de “enfermedad inducida o producida” (hay otra modalidad que es la de la "enfermedad inventada"). Tal como indica la licenciada Ponce en este caso se **crea la sintomatología en el niño**. En efecto, **la madre realiza esfuerzos activos para crear síntomas de enfermedades, a veces serias** (sofocación, **envenenamiento intencional**). Es notorio, entonces,



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

que dentro de la "enfermedad producida" una de las modalidades más frecuentes que se mencionan es la de envenenamiento, precisamente la modalidad que se eligió en el caso (incluso el Dr. Escudero ha señalado que específicamente el envenenamiento con digoxina es una modalidad usual en estos casos). Mientras que los vómitos se encuentran entre los síntomas producidos más comunes, el envenenamiento es uno de los métodos más utilizados (conf. Steelman, *op. cit.*, p. 7). Agrega esta autora que "(l)os síntomas pueden ocurrir en la casa con la madre corriendo al hospital en repetidas emergencias, o la madre puede prolongar los síntomas mientras el niño está como paciente en el hospital, iniciando un extraño desafío para el personal de salud de desenmarañar la puesta en marcha de un enigma médico creado por la madre" (Steelman, *op. cit.*, *loc. cit.*). Todo esto se presentó en el caso que nos ocupa. Con respecto a esto último se ha afirmado que "70% de las enfermedades simuladas o producidas pueden tener lugar en un hospital" (Paulk David, *Munchhausen Syndrome by Proxy: Tall Tales and Real Hurts*, 11, *Clinicians Rev.* 51, 2001, p. 54). Algunos encuentran explicación en que "la madre se siente más poderosa en los momentos en que la amenaza médica para su hijo es más severa, y puede volverse adicta a la sensación" (Steelman, *op. cit.*, p. 9). Hay autores que hablan de factores en estas madres que se fortalecen entre sí creando lo que se conoce como la "fuerza del hábito" (Int'l. J. Psychiatry in Medicine, vol. 31(2) 113-126, 2001, *An explanatory model for Munchausen by Proxy abuse*, Deirdre C. Rnd, ph.d. Marin Psychological Services, Mill Valley, California y Marc D. Feldman, m.d. University of Alabama).

h) **Desafectivización** por parte de la madre (esto pudo verse tanto en el caso de SAG como ante las enfermedades de los otros dos hijos -cualquiera que haya sido su origen-). Este elemento fue muy mencionado durante las audiencias. Así, por ejemplo, la psiquiatra Ponce describió como desafectivizada la reacción de la madre cuando se le comentó acerca de la presencia de digoxina, a diferencia de la tía y los padres quienes se sorprendieron. La licenciada Bruno, quien como trabajadora social del área de salud del hospital de Urdampilleta, la conocía de toda la vida y la vio actuar con sus tres hijos remarcó que pese a los recurrentes problemas de salud de sus hijos "iba de un lado a otro pero siempre mantuvo la calma. No le consta(ba) que el problema la agobiara". Una muestra

clara de desafectivización fue el extraño episodio que también relató la licenciada Bruno cuando señaló que “a las 48 o 72 hs en que falleció GG, Solano se presentó en el hospital (sin motivo aparente) y le quiso mostrar unas fotos que tenía de la nena, que ella misma había tomado a medida que se iba poniendo mal” (agonizando) y agregó que “Solano se mostraba tranquila frente a lo ocurrido”. También la licenciada Raffa -psicóloga del hospital Borda-, quien como vimos no observó “Münchhausen” -con lo cual no podría decirse que su apreciación estaba sesgada en función de llegar a un determinado diagnóstico como sucede muchas veces-, la vio con “escasa impronta emocional” y pudo notar “un distanciamiento afectivo muy marcado” con “escasa capacidad empática” (ver informe de fs. 579 así como lo declarado en esta audiencia). La licenciada García detalló que Solano “(n)o da cuenta de manera espontánea de situaciones o momentos afectivos vividos, ni personalmente ni con el grupo familiar a lo largo de su vida” (fs. 539 vta.) y que se observaba “disociación afectiva. Distanciamiento” (fs. 539 vta.)”. La Lic. Escribano a fs. 2796/2804 vta. también señaló: “hay un tono monocrorde en su relato, sin matices, emociones, altibajos ni expresión de sentimientos” y agregó que Solano “habla muy tranquila de estos hechos trágicos como si estuvieran previstos, narra los episodios como si fueran de otras personas y no de sus hijos. Habla sin emocionarse, ni siquiera ante las fotos de sus hijos fallecidos”. En el informe elaborado de conformidad con el art. 78 del CPPN (fs. 845) se asentó que en “el área afectivo volitiva: (se observa un) perfil donde destaca relevante la hiporresonancia de la vida emocional y de los afectos. Se revela en el relato de su historia vital, y, en particular, las referencias relacionadas con enfermedad y fallecimiento de los pequeños”.

La escasa impronta emocional también fue percibida por este Tribunal durante las audiencias. Pese a lo doloroso de los episodios recurrentemente narrados como vividos por sus tres hijos, la imputada no expresaba sentimiento alguno y solo lloró cuando el señor Fiscal General formuló la acusación en su contra.

i) Se trata de **personas afectas al ambiente hospitalario**. Varios testigos dan cuenta de la frecuencia con la que Solano concurría a los hospitales. No solo para tratar las enfermedades de sus hijos sino también como cuidadora de gente



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

mayor y muchas veces solo para relacionarse socialmente con personal del sistema de salud que ya conocía. Justamente la licenciada Bruno refiere que la veía mucho por el hospital donde ella trabajaba, llamándole la atención que también la fuera a visitar al nosocomio 48 horas después de haber muerto su hija de tres meses.

j) En relación con lo anterior se trata de personas con **conocimientos médicos y de farmacología** superior a la media. Esos conocimientos parecen haber sido adquiridos por la imputada en su tarea de cuidar ancianos. Esta tarea fue mencionada por el marido de Solano, por la madrina de SAG y por la licenciada García. También en el informe realizado de conformidad con el art. 78 del Código Procesal Penal de la Nación, se asentó que se dedicaba al cuidado de personas mayores (fs. 843). Sobre su relación con la medicina, la licenciada Bruno resaltó que manejaba muy bien el vocabulario médico (esto le llamó la atención sobre todo sobre todo teniendo en cuenta que solo tenía nivel primario completo). La licenciada García fue conteste: "Solano conocía mucho los nombres de los medicamentos que habían tomado los niños" tiene "memoria de todos los fármacos que debió administrar" y de "las enfermedades que han padecido sus familiares y especialmente sus hijos" (fs. 530 vta.) y que refería "con detalle, nombres de medicamentos según los laboratorios y en algunos especificó qué tipo de droga y para qué se destinaban los mismos" con notable precisión terminológica. Del mismo modo la licenciada Escribano señaló: "maneja perfectamente el vocabulario médico". En el informe realizado por la licenciada Raffa del Hospital Borda también llamó la atención que "(u)tiliza terminologías que contrastan con el nivel alcanzado, sobre todo en referencia a vocablos del ámbito médico" (fs. 572).

También en la carpeta negra secuestrada en su domicilio se encontraron artículos extraídos de *internet* sobre cuestiones médicas y farmacológicas (fs. 1193; en el mismo sentido informe de la licenciada Bruno a fs. 564). En el hospital Garrahan - Dras. Spagnollo y Ponce- llamó la atención la elaboración de una historia clínica tan puntillosamente detallada (de hecho fue uno de los primeros signos de alerta). Y la licenciada García remarcó que cuando se le preguntaba por vivencias familiares generales, ella siempre las relacionaba con cuestiones médicas pues solo hacía "relatos extensos de todos los hijos a excepción de la primera hija,

donde se detallan enfermedades, internaciones, nombres de instituciones donde ha internado en diferentes tiempos a los niños fallecidos así como a SAG” (efectivamente, esto muestra dos puntos relevantes en relación con el síndrome: la relación con la medicina y que del vínculo con los hijos no rescata otras experiencias dignas de narrar como escolaridad, juego, etc.). Ello se analizará con mayor profundidad en el punto p.

k) **Muy buena relación con los médicos:** El Dr. Escudero afirma que quienes padecen este síndrome usualmente tienen una excelente relación personal con el cuerpo médico, pero un importantísimo grado de despreocupación en relación con el niño (sobre la despreocupación ya hicimos alusión más arriba). La excelente relación de Solano con el personal sanitario fue descripta por todos los testigos. A modo de ejemplo puede citarse a la licenciada Bruno quien destaca que Solano era muy amable con “médicos, enfermeros, bioquímicos”. Se habla también de generar **empatía con el equipo médico** para lograr la constante realización de estudios.

l) En relación con el punto anterior, muchas veces, además de "generarse la enfermedad" se forja la necesidad de realización de **estudios invasivos** (se da como ejemplo típico la endoscopia, ver Dr. Escudero). Y esto sucedió en el caso, en tanto -entre otros estudios- le practicaron una en el Hospital sor María Ludovica de La Plata. Sobre estos constantes análisis y estudios, la licenciada Bruno relató en su informe cómo sufría SAG: "el niño lloraba por todo lo que le hacían" aclarando durante la audiencia “que es así porque si los niños en general se sienten agredidos ante la aplicación de una inyección” mucho más “si se les coloca suero”.

A fs. 550/2 en el informe del Dr. Durquet puede verse en detalle la lista de estudios realizados a SAG: entre otros, estudios para detectar enfermedad celíaca, laboratorios, tratamiento antiparasitario empírico, examen parasitológico de materia fecal, por lo menos cinco internaciones con colocación de suero, endoscopia digestiva alta y baja, etc. Así se ha dicho que "(l)os médicos profesionales se convierten en involuntarias marionetas de una madre con SMPP, y someten al niño a procedimientos y exámenes innecesarios" (Steelman, *op. cit.*, p. 8). Según el informe elaborado a fs. 2796 ss/2804 vta., el síndrome de Münchhausen tiene como otra de sus características la "capacidad de manipulación hacia los





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

médicos que los conduce a operar en el sentido contrario a su función de cuidador de la salud del niño”.

m) Con respecto a la relación con los médicos, si bien se establece un vínculo empático, también con el transcurso del tiempo se ve al **accionar médico como ineficiente por sus fracasos**. La licenciada García se refiere a la alusión que de los médicos hace constantemente Solano y de sus fracasos frente a los reiterados intentos de curarlos.

n) En relación con la personalidad y vivencias de la propia perpetradora en muchos casos se observan **antecedentes de maltrato y abandono en la infancia**. Se ha afirmado que "(p)roblemas de abandono y pérdida durante la niñez, soledad, depresión ... disfunción familiar significativa y aislamientos se encuentran consistentemente en los estudios sobre madres con SMPP" (Paulk David, *op. cit., loc. cit.*). En el caso, el antecedente saliente es el de no haber sido reconocida por el padre biológico. La licenciada Bruno, quien conocía la historia familiar desde siempre, recordó que “el padre biológico nunca la reconoció”. Precisamente, varios de los profesionales vinculan la aparición del trastorno en Soraya con el momento en que ya adulta intentó entablar una relación con su padre -a la postre farmacéutico-, quien se negó a reconocerla. La licenciada García -asesora pericial Trenque Lauquense se refiere a "un segundo período en la vida de Solano" en el que “coincide la intención de entablar contacto con su padre”. Preciso que pudo notar en su discurso “que hubo un primer período de su vida, aquel en donde tuvo a su hija mayor y la relación con esa hija, quien nunca se enfermó” y ese segundo período coincidente con el de los esfuerzos de Solano por ser reconocida por su padre, período en el que los otros tres niños sucesivamente comenzaron a enfermarse. Agregó que como todo hijo no reconocido, la búsqueda para ella era importante; que se encontraba con el padre fuera de la ciudad y que éste le enviaba medicamentos para sus hijos. En cuanto a la relación de Solano con su madre, la licenciada Raffa también habló de “sentimientos de vacío afectivo, de soledad con relación al vínculo con la madre, de rivalidad y hostilidad”.

En efecto, Solano conoció personalmente a su padre en el año 2003 cuando tenía 22 años -según informe conf. art. 78 del CPPN de fs. 846- y aquél se negó a reconocerla. El motivo parecería

ser la circunstancia de que su padre tenía pareja y aquélla sería su única heredera (fs. 535 vta. y afirmado también por los testigos durante la audiencia). La licenciada Bruno agregó “que la madre del padre biológico de Solano se avergonzaba de la madre biológica de Solano” y que “el progenitor era de una clase social diferente a la de su madre” por eso siempre se negó a reconocerla. Con respecto al hecho de no ser reconocida, la perito licenciada García fue más allá y sostuvo que todo esto “hace pensar que lo traumático del intento de relación con su padre biológico, el fracaso de la medicina y los fármacos ante los problemas de salud propios y de sus hijos están íntima e inconscientemente relacionados a las conductas, proceder y rechazo de su padre hacia ella, así como la relación no clara (según sus palabras) entre su madre y ese padre biológico. Y ha constituido el tema central en su vida: la ha condicionado”.

La relación con su madre siempre fue conflictiva, llegando Solano a manifestar que “uno quiere lo **mejor** para sus hijos; no quiere repetir la historia de su madre” (énfasis agregado) y también que: “en mi casa me llevo mal con mi mamá, mi padrastro no es mi padre, mi padre no me reconoce, me peleo con mis hermanastros”, remarcando la profesional que realizó el peritaje que “su madre ... nunca fue cariñosa con ella, su padre estuvo ausente” (informe de fs. 2796/2804 vta.).

En la evaluación pericial psicológica realizada en agosto de 2009 por la perito psicóloga de la asesoría pericial del departamento judicial de Trenque Lauquen, Bibiana García notó como tema recurrente “**un intento de diferenciación en las funciones maternas**” respecto de su madre -curandera-, quien dio un hijo a otra familia (esto lo repite varias veces en la entrevista). Y sobre todo cuando se molesta porque la madre le ocultó que tuvo una hija que murió. A fs. 539 vta. la perito García “explica el distanciamiento afectivo de su madre ... que nunca nombró a una hija ‘supuestamente muerta’, y que naciera después que ella”. García observa como Solano insiste en el ocultamiento de su hermana muerta, señalando que la madre lleva flores al cementerio para sus nietos pero no para su propio bebé, “denotando la desafectividad de su propia madre (mecanismo de proyección)”. Asimismo Solano remarcó la idea de la relación desvinculada de su madre y la



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

diferencia con la relación cercana que ella tiene con su hija LG (fs. 534 vta.).

Debe tenerse en cuenta que este trastorno "opera bajo la ilusión de que la continua búsqueda de atención médica para un hijo es una 'demostración positiva de sus capacidades como madre'" (Steelman, *op. cit.*, p. 17). También la licenciada García nota que hay una temática perseverante constante en relación con la contabilización de hijos a nivel familiar que están vivos o fallecidos (fs. 530 vta.). Es decir, cuando Solano se refiere a algún familiar, inmediatamente enumera la cantidad de hijos que tiene y si viven o fallecieron. La licenciada Bruno también remarcó durante la audiencia que Solano "vivía en un medio complicado, con labilidad y distanciamiento afectivo". Finalmente la licenciada García en sus conclusiones sostiene que "(l)as cuestiones más graves que se han puesto en juego en su vida [son] el destrato que ha ejercido su padre biológico hacia ella, el rechazo a reconocerla legalmente ... situaciones que sumaron y probablemente generaron odio extremo y han determinado comportamientos y trastornos en su vida cotidiana así como en sus posición respecto de la maternidad". A diferencia de su madre se ha mostrado como una madre abnegada. Conforme el relato de la licenciada Bruno "ante lo más mínimo [Solano] concurría a las consultas" con sus hijos. La licenciada en psicología García remarcó el intento de Solano por demostrar que "que no podía vivir una vida normal ... que esto no le daba respiro. Que no podía vivir como las otras madres".

ñ) Si bien no hay certeza al respecto se ha sugerido que el motivo que lleva al perpetrador a realizar este comportamiento depende de **la necesidad psicológica de asumir el papel de paciente a través de otra persona**. Se habla mucho de llamar la atención de los médicos. La licenciada Bruno -quien como dijimos la conocía de pequeña- puntualizó que a Solano le gustaba "digitar, como que todo girase en torno a ella, estaba en permanente movimiento". Según la licenciada García, el fracaso en la relación paterna la hizo buscar incesantemente a los médicos.

o) Se ha dicho también que este trastorno no se explica mejor en función de un trastorno mental. Aquí hay que aclarar que este punto está muy discutido. Varios especialistas sostienen que la descripción del síndrome es solo fenomenológica.

Esto es: si tiene los indicadores, entonces tiene Münchhausen: producción intencionada de signos o síntomas físicos y ausencia de incentivos externos para el comportamiento (ej. una ganancia económica). La licenciada Raffa ha sostenido que en la literatura científica todavía no se encontró una correlación entre esta descripción fenomenológica y una estructura determinada de la personalidad (que es lo que se buscan en los psicodiagnósticos). Sin embargo, muchos otros autores coinciden en que **también puede haber trastornos somatomorfos y trastornos de la personalidad**. Se ha sostenido que "(a) pesar de que las madres con SMPP generalmente no revelan una 'evidente enfermedad mental' ... tienden a tener problemas psiquiátricos que consisten frecuentemente en trastornos de la personalidad inespecíficos con rasgos histéricos, narcisistas anti-sociales o borderline" (Paultk, *op. cit.*, p. 53). La Dra. Ponce señaló también que en general se presentan trastornos *borderline* y narcisista.

Con respecto a Solano la licenciada Bruno señaló que cuando concurría a la escuela primaria tuvo episodios de crisis nerviosas –como ya se adelantó al analizar la imputabilidad- y permaneció internada en el hospital. Detalló que “cuando Solano era chica estuvo en tratamiento psiquiátrico, veía crucifijos” y conf. el informe de fs. 563 "a los 12 años no podía ver imágenes santuarias, crucifijos ni a su propia madre". También en el informe de las peritos psicóloga y psiquiatra respectivamente -Licenciada Navarro y Dra. Banega- del Dpto. Judicial de Azul (fs. 2849/2851 de la causa de provincia) se relacionó la desafectivización con el **narcisismo**: “(f)rente a circunstancias que suponen un gran impacto emocional, muestra desafectivización”. En relación con el punto anterior de la desafectivización ahora como síntoma de algún otro trastorno, las profesionales han señalado que “(e)n su pormenorizado relato no surgieron referencias respecto de las posibles vivencias de su hijo SAG, en cambio sí de las propias, con escaso correlato emocional. Funcionamiento en el que prevalece lo egocéntrico con escasa capacidad de empatía”, mostrando "escaso correlato afectivo durante el relato del fallecimiento de sus hijos”. Agregaron que (l)os vínculos que entabla muestran un predominio de la libido narcisista por sobre la objetal, incidiendo en la escasa empatía, compatible con déficit en el sostén, interpretación de las necesidades del otro y posibilidad de



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

contención afectiva” con “asunción de un lugar pasivo respecto de las circunstancias negativas vivenciadas”. Concluyeron que Solano es “escasamente introspectiva, egocéntrica, inmadura, indolente, proyecta su realidad interna por sobre la realidad objetiva, pudiendo llegar a desmentir elementos objetivos de la realidad”. Sin embargo “no presenta una entidad psicopatológica codificable”. La licenciada Raffa también señaló que se trata de una “personalidad lábil de rasgos histéricos” y la licenciada García afirmó a fs. 538 que Solano “(a)ctúa sin vacilaciones, sin interrogación ni pregunta alguna”, que “hay indicadores de excesiva perseverancia”. A fs. 539 se señala como “indicadores de trastornos de personalidad, importantes signos de certezas en su discurso que estarían dado cuenta de patología”. La incidencia de todo ello será evaluada más adelante al analizar algunos aspectos de la capacidad de culpabilidad de Solano.

p) Se habla también de una **naturaleza simbiótica entre la madre y la víctima**. Ésta se caracteriza como una falta de diferenciación de la madre respecto del niño, lo que “resulta en una situación paradójica en la cual la madre se siente compelida a atacar al niño mientras que simultáneamente se ‘preocupa’ por los síntomas” (Steelman, *op. cit.*, p. 34). Varias de las licenciadas en psicología pusieron también el acento en la cuestión acerca del modo de relacionarse de la imputada con sus hijos, no en tanto sujetos, sino como objetos lo que permite la relación simbiótica. Si bien más adelante profundizaremos sobre ello, lo importante es que en el discurso de Solano las especialistas notaron que al hacer referencia solo a las enfermedades que vivió con cada hijo, sin relatar ningún episodio de la vida cotidiana con ellos no establece diferencias entre sus hijos, lo que imposibilita la subjetividad. Así lo dice claramente la perito García a fs. 538 vta. “(l)a posición de los hijos es de objetos (no sujetos)” que es la manera más fácil de manipularlos.

q) En general las madres son **propensas a negar el síndrome**. En efecto, “fingen normalidad e intentan echarle la culpa a causas naturales o a la mala praxis de conformidad con los síntomas del trastorno” (Steelman, *op. cit.*, p. 35). Aquí fueron sobre todo los familiares quienes tuvieron esa conducta, mientras que Solano postuló su inocencia.

Es cierto que cada uno de estos elementos por sí solo nada indica. Mas la cuestión es que el síndrome justamente los aglutina. En efecto, si tenemos en cuenta la definición siguiente, veremos que se encuentran presentes y acreditados todos los elementos que definen el trastorno. Recordemos que la Asociación Americana de Psiquiatría reconoció al *Síndrome de Münchhausen por Poder* en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) y lo definió como "la producción intencional o simulación de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que está bajo el cuidado del individuo, con el propósito de asumir indirectamente el rol de enfermo".

Esto porque: "(l)a característica esencial de este trastorno es la **producción o simulación de forma deliberada** de signos o **síntomas físicos** o psicológicos **en otra persona que se halla a cargo del individuo**. Típicamente, **la víctima suele ser un niño pequeño** y el **perpetrador su madre**. Se ha sugerido que el motivo que lleva al perpetrador a realizar este comportamiento depende de **la necesidad psicológica de asumir el papel de paciente a través de otra persona. No hay incentivos externos** que justifiquen el comportamiento, por ejemplo, una ganancia económica. El trastorno **no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental**. El perpetrador **induce** o simula en la víctima un proceso patológico **y luego acompaña a ésta al médico negando todo conocimiento sobre la etiología del proceso. La mayor parte de las enfermedades inducidas** o simuladas conciernen a **los aparatos digestivo** y genitourinario y al sistema nervioso central; la simulación de trastornos mentales en la víctima es mucho menos frecuente. El tipo y la gravedad de los signos y síntomas que presenta la víctima están limitados exclusivamente por el **grado de sofisticación médica y el margen de acción de que disponga el perpetrador**. Los casos clínicos suelen caracterizarse por un curso atípico y unos resultados inconsistentes con el cuadro sintomático pretendido por la víctima y el perpetrador ... **La víctima suele ser un niño en edad preescolar**, aunque también pueden «emplearse» recién nacidos, adolescentes y adultos. Cuando afecta a niños mayores, debe considerarse la posibilidad de que víctima y perpetrador estén en realidad



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

colaborando en la producción de los signos y síntomas. El perpetrador será diagnosticado de trastorno facticio por poderes ... Si hay colaboración entre el presunto perpetrador y la víctima, esta última también puede recibir el diagnóstico de trastorno facticio ... **Diferentes desencadenantes** ... pueden provocar este comportamiento. Los individuos perpetradores pueden presentar **mentira patológica** (seudología fantástica) al relatar experiencias diarias y al **describir al especialista la situación de la víctima**. Es frecuente que estos individuos posean un **notable dominio de temas relacionados con la salud y un amplio conocimiento del funcionamiento hospitalario**. Sin embargo, sus evidentes conocimientos médicos suelen contrastar con **la escasa preocupación que demuestran por la aparente gravedad de la patología que muestra la víctima**. Esta última puede sufrir una **tasa de morbimortalidad significativamente elevada a consecuencia de las enfermedades inducidas** y tiene un mayor riesgo de presentar un trastorno facticio a medida que su personalidad vaya madurando. El papel de perpetrador suele ser encarado por la madre, mientras que el padre o el marido pueden colaborar con ésta o actuar en solitario ... **A veces sale a relucir una historia de abusos físicos o sexuales en el perpetrador. También puede haber trastornos somatomorfos y trastornos de la personalidad** ... En el DSM-IV el individuo (en este caso, el perpetrador) que cumple estos criterios de investigación recibe el diagnóstico de trastorno facticio no especificado ... El trastorno facticio por poderes debe diferenciarse de una enfermedad médica o un trastorno mental en un individuo que acude en busca de ayuda terapéutica. El trastorno también debe diferenciarse de los abusos físicos o sexuales no relacionados con el propósito indirecto de asumir el papel de paciente. La simulación se diferencia del trastorno facticio por poderes en el hecho de que la producción de los síntomas está motivada por un incentivo externo, mientras que en el trastorno facticio esto no es así " (DSM IV, *Apéndice: Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. Trastorno facticio por poderes; énfasis agregado*).

Establecido entonces que se está aquí claramente ante un supuesto de "Síndrome de Münchhausen" -SMPP- y descartada la inimputabilidad de la autora, debo señalar que durante

el debate me he formado la convicción de que estamos ante un supuesto de "imputabilidad o capacidad disminuida" -como supuesto de culpabilidad disminuida-. Entre la bibliografía especializada - alguna de ella ya mencionada- se encuentra un artículo que refuerza esta hipótesis y al cual me referiré a continuación. Es el ya citado *Munchausen syndrome by proxy and a proposed diminished capacity defense for homicidal mothers*, disponible en *Cardozo Women's Law Journal*, 2002 y escrito por Selene Steelman.

La autora de dicho artículo señala con acierto que "(d)ebido a la naturaleza secreta del SMPP y a los engaños característicos llevados a cabo por las madres con SMPP, las autoras generan poca compasión cuando finalmente llegan a los estrados judiciales ... además, la sociedad es particularmente implacable con las madres que se desvían del rol socialmente construido de la buena madre" (Steelman, *op. cit.*, p. 12 s.) porque "la indignación visceral de la sociedad en los caos de filicidio potencialmente puede opacar la evidencia científica de una enfermedad mental" (Steelman, *op. cit.*, p. 38) y que "(u)n estudio sobre las opiniones que han sido publicadas sobre el SMPP indica que los fiscales siempre han manipulado el SMPP para alcanzar sus objetivos, sea que dichos objetivos fueran remover al niño de la custodia de su madre o llevar la pesada mano de la justicia sobre la madre por la muerte de su hijo" (Steelman, *op. cit.*, p. 12).

También ha dicho que en la temeraria persecución para castigar a la madre por sus actos "la relevancia e importancia del verdadero estado mental de la madre en cuanto a su responsabilidad penal ha sido ignorada" (Steelman, *op. cit.*, p. 20). Y agrega con ingenio: "(e)s incongruente e injusto permitir a la fiscalía beneficiarse de la evidencia de enfermedad mental pero no permitir a la defensa mostrar 'las implicaciones de tal enfermedad para el estado mental'". En efecto, el síndrome es frecuentemente utilizado para demostrar la crueldad de la madre por un "deseo egoísta de atención", malvada y egocéntrica e incluso aquí ha contribuido para delinear la idea de autoría pero al mismo tiempo no se examina con seriedad si tal motivación basada en semejante trastorno repercute en la culpabilidad.

En cuanto al estado mental de la madre y sus matices, no debe pasarse por alto que además de algunos elementos





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

particulares que ya se han adelantado al describir la personalidad de quienes tienen el trastorno facticio y en particular en Solano (punto “o” de la descripción del síndrome), hay otras características puntuales en el caso que no deben soslayarse. En efecto, el hecho de que esté discutida la existencia de una correlación entre el síndrome y un trastorno de personalidad no es óbice para considerar si en el caso concreto la culpabilidad se encuentra disminuida. Así, por ejemplo, al realizarse el peritaje de conformidad con el art. 78 del Código Procesal Penal de la Nación se ha afirmado que no se han configurado "trastornos por fenomenología por productividad psicótica" pero "inscriben en organización-dinámica de personalidad". Se ha señalado también en el estudio de su personalidad, en el acápite del análisis histórico vital de sus conductas que se evidencian: indicadores clínicos de inmadurez emocional, conflictos neuróticos no resueltos con sus padres, escaso nivel de autocrítica. Por ello, el perito psiquiatra recomienda que reciba asistencia psiquiátrica-psicológica individual y familiar de forma ambulatoria, considerando que su índice de "peligrosidad" actual es bajo pero no debería considerarse nulo. La licenciada Escribano habla de una personalidad conflictiva y engañosa.

Un elemento importante en punto a la culpabilidad disminuida es el de la compulsión para realizar los actos que se imputan. Se trata entonces de un trastorno mental que está más allá del control de quien lo padece. En este sentido, se ha considerado que muchas mujeres que padecen este síndrome tienen dificultades para controlar sus impulsos. Así lo ha expresado aquí la doctora en psiquiatría Ponce quien dijo que “hay momentos en que parece que se torna incontrolable para las madres” y que “es muy difícil controlar esta situación por parte de la madre” (hablando del síndrome en general). En el mismo sentido se pronunció la licenciada Escudero. La licenciada Raffa, de modo coincidente afirmó que “al mediar un aumento de la tensión emocional los componentes intelectuales de control pueden fallar e instar a un accionar impulsivo” (fs. 573).

A su vez, la licenciada García a fs. 540: advierten "indicadores de trastorno de personalidad que puede ser grave y se observan importantes signos de 'certezas' en su discurso que estarían dando cuenta de patología. También se advierten probables

indicadores de descompensación psíquica". Mas concluye que en cuanto a la historia familiar "todas estas cuestiones la condicionan pero no le impiden decidir". ¿Y qué es la imputabilidad disminuida sino un condicionamiento muy fuerte, que si bien no impide decidir debe ser tratado específicamente?

En efecto, si bien se descartaron trastornos que impiden la elaboración racional de la realidad y su relación con ésta, no puede dejar de apreciarse la "perturbación" padecida por Solano conforme la prueba testimonial y pericial recogida durante el debate. Los elementos de juicio reunidos no permiten entender como inexistentes la conciencia de antijuricidad ni la pérdida de la dirección del comportamiento durante el ilícito. Considero, empero, tal como la autora del artículo antes citado, que si bien en estos casos no se alcanza la "insania legal" sí se está ante un supuesto de culpabilidad disminuida (si bien en Estados Unidos las consecuencias se traducen en dos ámbitos: el atenuante de responsabilidad parcial y la defensa de *mens rea* -aspecto este último que dada la concepción del dolo que aquí se propugna no tendrá incidencia-).

En relación con ello ha dicho que "(l)as anomalías mentales que no alcanzan la locura se pueden utilizar para reducir la gravedad del delito .. la ley debe reconocer la individualización de los acusados y reconocer estos grados de deterioro. Esto cierra la brecha entre la defensa completa de insania legal, que prohíbe la condena ... y la responsabilidad plena por el delito" (Steelman, *op. cit.*, p. 22 con cita de Jerome Hall, *General Principles of Criminal Law* 462-63, ed. 1960). El atenuante de "responsabilidad parcial" es una forma menor a la "insania legal", "incluso si ella hubiese matado con intención premeditada, es decir, el estado mental requerido para el asesinato, su anormal afección mental la haría menos responsable" (Steelman, *op. cit.*, p. 23). De lo que se trata es de mostrar que "debido a un trastorno mental que está más allá de su control, ella pudo haber carecido de la capacidad para formar el estado mental necesario como requisito para probar su responsabilidad penal" (Steelman, *op. cit.* p. 24). No olvidemos que de acuerdo con el DSM-IV, el SMPP ha sido clasificado como un trastorno mental que requiere una mayor investigación (esto tiene que jugar a favor de la imputada). No se trata de "buscar la absolución de toda responsabilidad penal, sino



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

...(de) ... la afirmación legal de la individualidad de la imputada y su enfermedad mental" (Steelman, *op. cit.*, p. 38 s.).

He sostenido hasta aquí y ahora parafraseo a Steelman que "una madre que se involucra en actos lesivos contra su niño es consciente de lo que hace, y sus acciones son premeditadas porque ella hará un esfuerzo concertado para mantener sus acciones en secreto y mentir acerca de las enfermedad de su hijo. Ella no está sujeta a alucinaciones y posee una cierta comprensión de que su comportamiento está mal, de ahí la naturaleza secreta y engañosa de sus fabricaciones. Por otra parte, es su intención crear una emergencia potencialmente mortal. La evidencia de un proceso psicótico es muy rara. Sin embargo, el SMPP es un trastorno mental que afecta el estado mental de la imputada y la evidencia de trastorno debería reducir la culpabilidad ... de sus acciones. La investigación médica y el comentario legal han mostrado que el SMPP es más que una compilación de defectos de la personalidad". La autora ha mostrado muy acertadamente que cuando se trata de una causa criminal las madres se describen como personas astutas y egoístas mientras que en los juicios civiles donde se discute la patria potestad se la ha definido como un trastorno psiquiátrico grave. Por ello señala que si el SMPP "se reconoce como un peligroso trastorno que amerita la pérdida de la patria potestad de la madre también debería ser considerado como un trastorno mental grave que puede afectar el estado mental de la acusada en los casos de homicidio criminal" (Steelman, *op. cit.*, p. 27). Por eso aquí, adelantamos, para guardar justamente la coherencia de la decisión, sí se aplicarán las accesorias legales que en otros casos hemos declarado inconstitucionales y se enviará copia de la sentencia a fin de que el juez competente reconsidere la modalidad del régimen de visitas establecido.

A pesar de las apariencias, como vimos, Solano no tiene el control total de sus sentidos. Si bien se ven rasgos lúcidos, calculadores y en los que los hijos son el vehículo en una farsa elaborada en relación con su narcisismo, debe admitirse la evidencia de una enfermedad mental (en el mismo sentido Steelman, *op. cit.*, p. 40).

Considero que conforme lo dijeron los expertos el trastorno impacta en su capacidad mental. No creo que el hecho de

que en otros aspectos haya hecho una vida normal sea óbice para considerar que se está ante un trastorno mental pues "muchas personas con enfermedades mentales siguen funcionando como ciudadanos respetuosos de la ley a pesar de sus enfermedades" (Steelman, *op. cit.*, p. 34). Por lo demás, a diferencia de otro tipo de autores "la violencia perpetrada en casos de SMPP está dirigida hacia objetos específicos y predecible: los propios hijos de la madre. Si los niños son retirados de su cuidado, ya sea por el Estado o por la muerte, la madre no tiene un vehículo para expresar su trastorno y deja de ser peligrosa" (Steelman, *op. cit.*, p. 37).

Como he sostenido anteriormente, el caso no puede tratarse igual que el de una madre que en una conducta puntual intenta matar a su hijo. Pero como también intenté sostener: no porque no se haya creado un riesgo jurídicamente desaprobado con conocimiento de tal riesgo sino por una cuestión de reprochabilidad. La descripción del propio síndrome muestra que el contexto en el que se inserta la conducta, indefectiblemente incide en la culpabilidad. Así se ha dicho "no son las acciones de una madre deliberadamente tratando de matar a su hijo o alcanzar la muerte, más bien, ella está tratando de instigar un 'incidente crítico' que pondrá al niño en un 'evento que pone en peligro la vida'" (repito, lo que no influye a nivel de tipicidad pero sí, a mi criterio, en la culpabilidad). Si se tratara de una "madre (que) directamente hubiese querido matar a su hijo, probablemente no se habría involucrado en un engaño tan prolongado" (Steelman, *op. cit.*, p. 10 con cita de Mc Keel). Mas, si bien esto no avienta el dolo -contrariamente a lo que el distinguido Defensor propugnó- sí patentiza la existencia de un trastorno particular. Debe considerarse incluso que tal como dijeron los expertos, puede presentarse algún elemento compulsivo: estudios han "reconocido [que] la madre tiene una conducta compulsiva y que, incluso cuando se enfrenta con la detección y con terribles consecuencias, ella es incapaz de detenerse" (Steelman, *op. cit.*, p. 29 con cita de Parnell). Incluso se ha afirmado que el motivo de atraer la atención de los médicos es una explicación superficial del comportamiento en el SMPP. Actualmente se dice que los motivos son complejos y diversos, y la especulación legal de cualquiera de los motivos distrae a todos de la cuestión de la enfermedad mental. Es cierto que lo que parece una motivación tan egoísta como la de



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

llamar la atención de los médicos, predispone mal, mas de lo que se trata aquí es de analizar en qué medida todo ello le es reprochable. Lo que también parece ponerse en contra de una posibilidad de culpabilidad disminuida es que mientras que en los casos de infanticidio se ha aceptado este tipo de defensa, en el caso del SMPP "que involucra un comportamiento materno deliberadamente dañoso durante un largo período" en lugar de "un estallido de violencia asesina" parecería hacerlo menos aceptable (conf. Steelman, *op. cit.*, p. 31). Mas ello no debe confundirnos.

En el mismo sentido de la culpabilidad disminuida se ha pronunciado el Tribunal de Apelaciones de Nueva Zelanda en el año 2001. Allí se redujo una condena inicial de siete años de prisión a una de cuatro, pues se consideró que a diferencia de otros casos de "filicidio" éste era un caso de "trágica violencia por parte de una madre trastornada mental". Cabe aclarar que Nueva Zelanda no prevé la defensa de capacidad disminuida y por lo tanto se consideró que esta sentencia "representó un respetable reconocimiento de la debida importancia que debe darse a los problemas psiquiátricos que no alcanzan la demencia en los casos de filicidio" (conf. Steelman, *op. cit.*, p. 33; con citas periodísticas de Leah Haines, *Mentally Ill Killer's Prison Term Halved, Dominion (N.Z.)*, May 3, 2001, WL1695013; *Sentence Slashed, Waikato Times (N.Z.)*, May 2, 2001, WL 16957426; *Three Years Cutfrom Mother's Prison Term, Press (N.Z.)*, May 3, 2001, WL 17964792).

Ahora bien, sabido es que nuestro régimen legal tampoco ha aceptado aun los supuestos de culpabilidad disminuida. En aquellos países en los que sí se la acepta se ha definido este instituto como una clase de culpabilidad, en la cual "la capacidad de comprensión o de acción no resulta excluida a consecuencia de la perturbación psíquica, pero sí notablemente disminuida" (Jescheck H. H., *Tratado de Derecho Penal*, Parte General, Volumen Primero, Bosch, Barcelona, 1978, p. 607). Desde otra perspectiva, el Profesor Roxin explica que: "(l)a capacidad de control es un concepto graduable: a la persona le puede costar más o menos poderse motivar por la norma. En consecuencia, cuando aún existe capacidad de control, pero está sustancialmente reducida, por regla general disminuye la culpabilidad" (Claus Roxin, *op. cit.*, 20/32). Para el profesor Bacigalupo se trata de un supuesto en el que se "deberá

establecer por lo menos la existencia de una anormalidad del autor que incida en su capacidad de motivación y que haya disminuido su entendimiento de la desaprobación jurídico-penal o su posibilidad de comportarse de acuerdo a él” (Bacigalupo E., *op. cit.*, p. 455 s.). Por su parte, el profesor Frister explica que “aun cuando el autor conozca la prohibición infringida por él, su potencial intelectual para decidirse de una forma sensata a favor o en contra de la observancia de la norma podrá estar considerablemente disminuida o incluso completamente excluida (Frister, *op. cit.*, p. 371).

La jurisprudencia alemana ha considerado que la capacidad de culpabilidad disminuida constituye una clase de culpabilidad y se presenta por ello únicamente como una causa de atenuación facultativa de la pena por disminución de la culpabilidad (RG 68, 167). No parece justo que sujetos cuya capacidad de comprensión o de acción resulta fuertemente menoscabada por perturbaciones psíquicas sean tratados como completamente sanos.

Sea que se trate de un estado de "seminimputabilidad" (Jescheck) o de una dificultad en el control de su accionar (Roxin), lo cierto es que en el caso de Solano se presentaron ambos supuestos conjugados.

Es claro que la imputada conocía las acciones que estaba realizando, no sufría de alucinaciones, y era consciente de su conducta. Sin embargo, el síndrome de Münchhausen ha impactado en el estado mental de la imputada y evidencia una reducción de su culpabilidad (Steelman, *op. cit.*, p. 16).

Empero, como hemos dicho, nuestra legislación sustantiva no ha incorporado todavía los supuestos de culpabilidad disminuida. Sin embargo, coincido con uno de los planteos subsidiarios del señor Defensor Oficial en punto a que este supuesto de “menor culpabilidad” debe incidir en el ámbito de la punibilidad como circunstancia extraordinaria de atenuación (art. 80, último párrafo, del Código Penal), por las razones que seguidamente expondré.

Corresponde entonces ocuparnos de la norma que recepta las “circunstancias extraordinarias de atenuación”. En primer lugar debe aclararse que si bien en el caso se ha utilizado - según mi criterio- un elemento insidioso, esa agravante no ha entrado en consideración a lo largo del expediente. De esta manera,



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

no corresponde entrar en la discusión acerca de si la atenuante del art. 80 -a la que seguidamente aludiremos- puede entrar en juego o no cuando la acción de matar al ascendiente, descendiente, cónyuge, etc. estuvo acompañada de una circunstancia calificante distinta.

Cabe recordar que el último párrafo del art. 80 establece que si en el caso de los homicidios agravados por el vínculo mediaren "circunstancias extraordinarias de atenuación" el juez podrá aplicar prisión o reclusión de 8 a 25 años. En el caso, toda vez que se trata de una tentativa, la escala penal se extiende entonces desde los 4 a los 16 años y 8 meses de prisión (art. 44 del Código Penal).

Por ello es necesario hacer una aclaración previa. Sabido es que el argumento principal por el que se incorporó esta norma, fue el de la inconveniencia de aplicar una pena fija para ciertos casos. Por ello, se estableció que en determinados supuestos debía aplicarse la escala penal del homicidio simple. Sin embargo, considero que no sólo es la pena fija lo que ha incomodado al legislador en estos casos, pues -aventado este argumento- bien podría haberse fijado una escala flexible pero más gravosa que la del homicidio simple. Debe interpretarse que si la norma otorga igual tratamiento penal que el contemplado para el homicidio simple -es decir merece igual reproche que el de un homicidio simple-, justamente en virtud de que las circunstancias extraordinarias inciden sobre el motivo calificante del parricidio -parricidio utilizado en modo genérico-, lo mismo corresponde predicarse respecto del delito tentado (aunque para éste ya no se prevea una pena rígida). En efecto, debe tratarse como una tentativa en la que se ha desplazado el motivo calificante que es lo que justamente explica la atenuación. Por ello, es obvio, que elegida la escala del homicidio simple, la escala de la tentativa para el mismo supuesto tiene que seguir las reglas generales establecidas en el artículo 44 del Código penal -en el caso 4 a 16 años y 8 meses-. De todos modos, es lógico que no podría utilizarse la atenuante para el caso de los delitos consumados y mantener la misma escala penal para los tentados con el argumento de que allí sí la pena es flexible. Esto demuestra que no solo se trata de un tema de rigidez o flexibilidad. Advierto igual la incongruencia legislativa que se deriva del hecho de que la escala en la que se basó el señor Fiscal General -tentativa para un delito agravado-: 10 a 15

años de prisión, prevea un máximo menor que la escala que aquí propugno, lo que lógicamente estabilizaría la escala entre 4 y 15 años de prisión.

Volviendo a lo anterior. Si bien son varios los autores que explican la remisión a la pena del tipo básico como inserta en la crítica general que realiza la doctrina más moderna en defensa del principio indiscutido de la individualización de las sanciones, la rigidez no es el único argumento que justifica dicha remisión, sino también el rigor de una pena tan alta. Si no, no tendría explicación que el abanico puede ser tan amplio que también permita una pena de ocho años de prisión (en caso de delitos consumados). Otra prueba de que lo que se cuestiona no es la rigidez de la pena en sí -lo que a mi entender debería cuestionarse en todo supuesto de pena fija- es que su aplicación se circunscribió solo a los casos de homicidios agravados por el vínculo. En tanto que "toda pena fija contraviene el principio actualmente indiscutido de la individualización de las sanciones" (Langevin, *Circunstancias extraordinarias de atenuación, art. 80 in fine C.Pen.*, en Revista de Derecho Penal y Procesal Penal, Lexis Nexis, nro. 11, año 2005, p. 1711/1729, [1718]).

Es cierto que el motivo principal de esta atenuación radicaba en la rigidez de la prisión perpetua (ver por todos Soler, *Derecho Penal Argentino*, t. III, TEA, 1992, p. 20) prevista para el caso de los homicidios agravados por el vínculo (en el fondo problema de todos los tipos penales que prevén penas perpetuas), rigidez que no se presentaría en el caso de la tentativa. Sin embargo, reitero, no sólo se trata de un tema de ausencia de flexibilidad, sino también de desproporción de la pena, en tanto la complejidad de los vínculos familiares no solo requiere de la posibilidad de graduación de la pena sino también de una menor punibilidad .

Precisamente, sobre esta norma se ha dicho que la práctica había demostrado que "(a) menudo se presentan situaciones que, sin llegar a reunir los requisitos de las figuras privilegiadas ni las de la justificación, merecen un tratamiento menos riguroso que el que le daba el Código en su versión original" (Fontán Balestra C., *Tratado de Derecho Penal, Parte Especial*, t. IV, 1968, Abeledo Perrot, p. 81). De hecho el motivo que derivó en la sanción de esta norma no tenía que ver con toda inconveniencia de una pena fija *per se* -como





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

hoy puede pensarse- sino con la específica inconveniencia en una pena fija en los casos de agravamiento por el vínculo. En efecto, López Bolado consideró que "en ciertos casos puede considerarse una rigidez antihumana y anticientífica, ya que es necesario hacer distinciones según las circunstancias y los sujetos pasivos" (López Bolado J., *Los homicidios calificados*, 1975, Plus Ultra, p. 67).

Sobre la figura también se ha señalado que la determinación de cuáles son las circunstancias extraordinarias de atenuación, queda librada al prudente arbitrio judicial y que la doctrina coincide en señalar que la ley no aclara en qué consisten (conf. lo reseña Langevin J., *op. cit.*, p. 1717). El profesor Bertolino ha señalado que "(u)na primera aproximación gramatical nos indica que deben tenerse en cuenta por circunstancias extraordinarias de atenuación todos aquellos supuestos que ocurrieran *fuera del orden natural o común*" (Bertolino, *La nueva escala penal para el homicidio por parentesco o por uxoricidio*, LL t. 130, p. 527 (p. 531); comentario al fallo "Ávalos" que se cita *ut infra*).

En el mismo sentido Levene ha afirmado que "deben referirse a situaciones fuera de lo común y de especial gravedad ..., que sin llegar a la emoción violenta ni a la legítima defensa, merecen ser tratadas con menos rigor que el de la pena máxima del art. 80" (Levene (h) Ricardo, *El delito de homicidio*, 1977, Depalma, Buenos Aires, p. 188 s). Tal como explica Creus, se trata de casos en los que se ha descartado la emoción violenta porque perfectamente se trata de conductas -como la que hoy nos ocupa- que "pueden haber respondido a una verdadera premeditación" (Creus Carlos, *Derecho Penal. Parte especial*, t. I, Astrea, Buenos Aires, 1990, p. 17). Este es el caso por cuanto, "si el crimen se cometió fríamente, sin emoción, la figura del delito emocional desaparece" (Peña Guzmán, *El delito de homicidio emocional*, Omar Favale Ediciones Jurídicas, Buenos Aires, 2006, p. 351). Aquí se ha actuado con total premeditación y se ha planeado incluso el modo de no ser descubierta por terceros.

La jurisprudencia ha considerado ya hace tiempo que determinados estados psíquicos, que no llegaban a la emoción violenta debían considerarse como circunstancias extraordinarias de atenuación. Así en el caso "Ávalos" resuelto por la Cámara de Apelaciones de Mercedes, sala 1ra., el 2/04/1968 y publicado en LL, t. 130 pp. 527/534 se señaló que se trataba de un "estado de ánimo

conturbado por una grave aflicción” debiendo ser computados como las circunstancias extraordinarias aludidas, “los estados psíquicos de índole afectiva” que por sí mismos no conduzcan a la aplicación de la atenuante del art. 81, inc. 1 in fine (conf. fallo citado, p. 533). Esta línea argumental según la cual determinados estados psíquicos pueden configurar circunstancias extraordinaria de atenuación fue seguida por varios tribunales (varios de ellos citados en la nota 69 del trabajo de Langevin, *op. cit.*).

También la por entonces Cámara Nacional de Casación Penal ha sostenido que “el fundamento de la benignidad de la represión debe buscarse en la calidad de los motivos que determinan una razonable o comprensible disminución de los respetos hacia el vínculo”, pero que no se trata de una emoción violenta pues “al no manifestarse en su consistencia e intensidad excluyen e impiden su aplicación” (Cámara Nacional de Casación Penal, sala II, causa 151 *in re* “Arseni”, rta. el 24 de agosto de 1994).

En este cometido, creo que el "cuadro" que presenta la imputada transforma a la situación en una de ellas que merece ser tratada con menos rigor. No se me escapa que otros casos de "imputabilidad disminuida" podrían hacernos llegar a la misma conclusión sin que, como en este caso, una norma posibilite un cambio de escala penal (de todos modos hay razones atendibles de política criminal que podrían explicar por qué los redactores del proyecto por el que se incorporó esta norma encontraron que solo en el caso de las relaciones familiares debía atenuarse la pena perpetua fija de los homicidios calificados). Sin embargo, considero que ante la existencia de una norma que permite llegar a una solución más justa es nuestra obligación aplicarla, sin perjuicio de que es resorte del legislador su extensión a otro tipo de casos no previstos por esta norma atenuada.

Las dudas que puedan existir en torno a que solo una menor imputabilidad pueda conducir a la aplicación de circunstancias extraordinarias de atenuación, se despejan aquí si se tiene en cuenta que se trata de un síndrome que está circunscripto a un vínculo patológico entre la madre y su hijo, pues quien padece síndrome de Münchhausen por poder “no se presta a actos de violencia al azar sino que generalmente están contenidos dentro de la familia nuclear ... la violencia perpetrada en casos de SMPP está



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

dirigida hacia objetos específicos y predecibles: los propios hijos de la madre." (Steelman, *op. cit.*, p. 41 s.). Como veremos, se trata de una menor capacidad de culpabilidad pero justamente en relación con un trastorno en el que pierde valor agravante el vínculo de sangre porque precisamente el vínculo es lo que explica el síndrome.

En efecto, se trata de una conducta que se ha desarrollado en un contexto patológico determinado (en este sentido ver *mutatis mutandis* lo resuelto por el Tribunal Oral en lo Criminal nro. 6, causa nro. 815, "María Cristina Minciotti s/ homicidio agravado por el vínculo", sentencia del 29 de marzo de 2001). Allí se ha afirmado que "las circunstancias extraordinarias de atenuación ... tienen operatividad en el ámbito de la punibilidad pero a partir de su presencia en la instancia de la culpabilidad poniendo de manifiesto que el grado de reproche del que es merecedora la imputada no se compece con la existencia de una sanción que no tiene escala penal y termina remitiendo a una pena perpetua privativa de la libertad. Esa desproporción entre el grado de culpabilidad que se deja ver en este caso y la respuesta sancionatoria prevista reclama, para no afectar el contenido material del principio de culpabilidad, que se recurra a la atenuación prevista por el legislador en la disposición aludida".

La particularidad en estos casos es que el mismo vínculo que es el que de por sí agrava la conducta también puede ser el factor explicativo de la atenuación: "existen situaciones vitales en las cuales no solamente pierden importancia los vínculos tenidos en cuenta por el art. 80 CP [hoy incluso exageradamente ampliados a mi criterio] para calificar el parricidio, sino que, por tratarse de dramas estrechamente vinculados a la vida familiar, son aquellos vínculos precisamente los generadores del conflicto insoluble que provoca la violencia" (López Bolado, *op. cit.*, p. 67 con cita jurisprudencial).

Como se dijo, el hecho de que el trastorno denominado Münchhausen "por poder" o "by proxy" se trate de un cuadro que se relaciona con un vínculo de parentesco -en general madre/hij@- marca también la conveniencia de la aplicación de esta norma. En efecto, así como Creus se ha referido a los propios vínculos como los generadores del conflicto insoluble que provoca la violencia, bien puede pensarse también en una patología

íntimamente relacionada con los vínculos que debe ser tenida en cuenta a la hora de analizar el caso.

Considero -como ya adelanté y luego profundizaré- que las especiales circunstancias que rodean el presente caso, me llevan a concluir que está aquí presente la "situación intermedia" -en palabras de Aguirre Obarrio- entre el "homicidio agravado por el vínculo" y "la misma figura atenuada por emoción violenta" que recoge esta solución legal (sobre la inexistencia de emoción violenta ya me expedí *ut supra*). En el mismo sentido, Núñez ha señalado que "el fundamento de la atenuante tiene una naturaleza subjetiva, ya que el autor tiene que haber sido impulsado al homicidio por un hecho o situación que, a pesar de no haberlo emocionado en forma violenta y excusable, representa en el momento del hecho una causa motora hacia el crimen, de poder excepcional" (Núñez, *Análisis de la ley 21.338*, 1976, Lerner, p. 10 s.). Específicamente sobre la cuestión de la culpabilidad López Bolado hace especial hincapié en la "menor culpabilidad del agente producida por las circunstancias en que ha actuado" (López Bolado J., *op. cit.*, p. 66).

Considero que según lo que hemos concluido hasta aquí hay un "recorte" en la libertad de accionar de la imputada debido al "cuadro" que presenta que funciona en un punto como "una causa motora hacia el crimen". Nótese que Creus define las circunstancias extraordinarias de atenuación como "las referidas al hecho que por su carácter e incidencia que han tenido en la subjetividad del autor han impulsado su acción con una pujanza tal, que le han dificultado la adopción de una conducta distinta de la que asumió" (Creus, *op. cit.*, p. 16). ¿Qué otra cosa sino un cuadro que ha dificultado la adopción de una conducta distinta a la asumida es la que puede verse aquí?

No se me escapa tampoco que estos autores han tenido en miras otras situaciones, pero que en un punto tienen rasgos comunes con las que aquí se presentan. Por lo demás, considero que la "menor culpabilidad" en casos de imputabilidad disminuida es menos discutible que la "menor culpabilidad" en los supuestos en los que siempre se trató a las condiciones extraordinarias de atenuación.

En efecto, si bien se ha aplicado en otro tipo de supuestos (en general homicidios de un cónyuge luego de años de



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

humillación por parte del otro), permite en su interpretación -que de todos modos es *in bonam partem*- subsumir, sin lugar a dudas, el presente caso en ella. La denominación de circunstancias extraordinarias de atenuación remiten a las llamadas “causas innominadas de atenuación de la pena” (Welzel) y como bien dice Langevin, las circunstancias que atenúan pueden ser infinitas, por ello resulta “evidente que el legislador a la hora de elegir entre un sistema exageradamente casuístico, que tanto podría pecar por exceso como por defecto, ... prefirió otra alternativa presenta(n)do una fórmula general y abstracta que comprendiese todas aquéllas que posean la entidad requerida en cada caso” (Langevin, *op. cit.*, p. 1727). Sí creo, sin embargo, que hay una pauta exegética clara para no excederse en la interpretación y es que el supuesto en estudio -tal como lo previó el legislador sin ampliarlo para otros supuestos del art. 80- debe ser de un tenor tal que demuestre inconveniente concebir al vínculo parental o conyugal como agravante *per se*.

Por otra parte, fue la experiencia la que llevó a estos autores a agrupar esas razones atenuantes y en un primer momento incluso lo que dio lugar a la necesidad de sancionar la norma atenuada. Nada impide que la misma riqueza empírica permita incluir situaciones no tenidas en cuenta en su momento como la que aquí se presenta pero que sí comparten rasgos comunes que se relacionan con el espectro impredecible que abarca el entramado de las relaciones familiares. Recuérdese que es recién en el año 1977 cuando se "descubre" este trastorno.

Sobre la cuestión, el profesor Bertolino sostuvo que fue la "práctica judicial ... la encargada de haber puesto en evidencia lo que los autores de la reforma denominan 'inconveniencia' de una pena fija [o agrego yo excesivamente rigurosa]. Creemos que no es forzado el entender que, bajo esa denominación, se ha querido patentizar la 'injusticia' que importaba la rigidez en la determinación legislativa de la pena ... en consecuencia [de ese modo se posibilita] valorar las circunstancias atenuantes, circunstancias que en muchos casos ... plantean verdadero conflictos de conciencia en el magistrado" (Bertolino, *op. cit.*, p. 527). Esta situación se presenta aquí claramente.

El argumento para atenuar la pena en estos casos no es menor. Tal como explica Langevin en su excelente artículo:

"(l)os lazos de la sangre, el respeto debido a los ascendientes, el deber para con los descendientes son elementos que no pueden dejar de estar presentes en la mente del autor y que habrían debido contenerlo en su reacción homicida. Pero también es cierto que los agravios se magnifican forzosamente en el seno de la familia" (Langevin, *op. cit.*, p. 1718). Es decir, no siempre la existencia de vínculo debería agravar la conducta porque muchas veces la complejidad de esos vínculos obliga a valorar el suceso con menor rigor.

Y este creo que es el punto interesante aquí: no sólo por estar frente a un supuesto de imputabilidad disminuida podemos llegar a la conclusión de que estamos ante una condición extraordinaria de atenuación, sino porque -como dijimos- precisamente el trastorno de que se trata está estrechamente ligado a lo complejo de las relaciones familiares y también -como pudimos observar- limitado a él.

En efecto: ¿cómo agravar la conducta por el vínculo? cuando por ejemplo los peritos han afirmado que "la función materna ... se v(i)ó menoscabada por las características de egocentrismo, desafectivización y mecanismos defensivos que instrumentó [la imputada]" (conf. informe de la Licenciada Navarro y la Dra. Banega del Dpto. Judicial de Azul).

A su vez, ¿Cómo puede hablarse de vínculo, cuando en el estudio de personalidad de la madre se ha detectado -como ya se señaló- que "los niños (son vistos) como objeto, sin vínculo"? De similar modo, la licenciada García -informe de fs. 530- derivó del hecho de que la imputada solo hiciera referencia de las enfermedades de cada hijo sin mencionar en todas las entrevistas ningún episodio de la vida cotidiana con ellos: ni agradables ni desagradables, la imposibilidad de establecer subjetividades de cada uno. Solano no establecía diferencias que posibilitaran la subjetividad. El niño era visto permanentemente como un objeto a punto tal que la perito concluyó que algo faltaba en el lugar de "madre" cuando la imputada, por ejemplo, no hubo experimentado ninguna sensación al haberse salvado la vida de su hijo. Se concluyó también que se registraba "una organización particular en los vínculos primarios con los objetos 'de amor' y que han sido probablemente tramitados y evacuados a



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

través de las situaciones de enfermedad de los hijos y con los hijos mismos, dado que los niños siendo pequeños pueden ser ubicados como objetos de disputa y manipulación”. Esto, por supuesto, que no era consciente sino inconsciente, según la perito. Situación que también relaciona con la construcción de sus propios vínculos. Así consideró que Solano ha dejado en falta a los médicos, sin diagnóstico “(a)specto, el de la salud que enraíza con la profesión de su padre biológico y núcleo o desencadenante de conflictos a partir del año 2002, donde aparece la negativa a ser reconocida legalmente, entre otras cosas. Si hubiera un llamado de atención a través de los hijos es bajo la forma del fracaso del otro que asiste a los hijos”. Tal como señaló también el Dr. Durquet a fs. 544 el síndrome de Münchhausen “requiere de un vínculo altamente patológico de la madre hacia su hijo”. En sentido similar se ha expresado la perito García: “(a) nivel afectivo, por un lado se podría hablar de disociación afectiva, no el sentido de un cuadro psicótico, sino observable en algún aspectos de su conducta, por ejemplo, en relación a los hijos, y entonces se podría decir que aparece cuestionado el ‘instinto maternal’” (fs. 536 vta). Se ha hablado también de la ruptura de las inhibiciones internas: la madre puede despersonalizar al niño, ya sea en virtud de una falta de empatía y apego, o mediante mecanismos que socavan o anulan esos sentimientos (conf. Rand y Feldman, *op. cit.*, p. 8). Es justamente esa disociación afectiva -no atribuible ni controlable por ella- en cuanto a los hijos la que claramente deber repercutir como circunstancia extraordinaria de atenuación.

Es cierto que se han tratado estos casos como de maltrato infantil, pero considero que no es correcto establecerlo como una dicotomía maltrato vs. trastorno. Todo parece indicar que se trata de una forma de maltrato con base en un trastorno. Por eso cuando el Dr. Raffo considera que se trata de casos de “malignidad extrema”, lo cierto es que también al mismo tiempo se ha referido a que en estos casos los hijos son objetos desechables, donde se configura un vínculo de cosificación en el que el menor es ubicado en el lugar de objeto y no un vínculo de afectividad.

Se ha señalado también sobre el art. 80 *in fine* que son casos abarcados por la norma "todos los hechos que presenten la conducta punible en una luz tan tenue que sería inadecuado aplicar la pena normal", en palabras de Langevin. Ésta es la conclusión a la

que uno arriba luego de llevado a cabo este juicio: el síndrome descripto presenta aristas tan particulares que la pena agravada no parece la pena adecuada. Afortunadamente hay una respuesta legal ante una situación como la que aquí se configura. Se presenta aquí también uno de los requisitos que algunos autores exigen: que esas circunstancias comprendan tanto al victimario como a la víctima, es decir que deben estar relacionadas con ambos (por todos, ver Langevin, *op. cit.*). El síndrome de Münchhausen "by proxy" o "por poder" es justamente un síndrome definido intersubjetivamente.

López Bolado ha afirmado sobre esta norma “que la inclusión contempla el caso de quien sin encontrarse en un estado de emoción violenta o de inimputabilidad actúa no con desprecio a la vida humana sino en una circunstancia excepcional ... en la que ... por alguna razón los vínculos tenidos en cuenta -conyugal o de parentesco- para agravar el delito hayan perdido vigencia en cuanto a la particular consideración ... pero que también, por incompletas o deficientes no hagan a la configuración del homicidio emocional” (López Bolado, *op. cit.*, p. 66). En el caso en estudio, no solo el vínculo ha perdido vigencia en cuanto a su particular consideración, sino que se da la paradoja de que el vínculo enfermizo es lo que explica el trastorno.

Hay dos elementos que han entrado muchas veces en consideración durante el debate y que pese a lo novedoso de este caso y de este síndrome, permite aquí la adecuación: la menor imputabilidad y el hecho de que las especiales características hagan perder vigencia al vínculo familiar como freno: “circunstancias (que) deben ser de naturaleza tal que actúen como resta o neutralizador a todo lo que de significativo tiene el vínculo para agravar el homicidio” (Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires, P. 35065 *in re* "O., A. M. s/ recurso de casación", sentencia del 28 de diciembre de 1990).

En efecto, aquí resulta claro que por el tipo de síndrome, el vínculo no actuaba como neutralizador sino precisamente todo lo contrario -es la base de la patología- y de un modo no totalmente manejable, como se vio, para la imputada.

Precisamente “las circunstancias extraordinarias de atenuación” recogen supuestos de menor culpabilidad porque el hecho de que un homicidio se agrave automáticamente por la





## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

relación parental, no puede ser explicado en “un distinto contenido de injusto que el homicidio ya que ni los intereses familiares ni una supuesta mayor jerarquía del bien jurídico de la vida del pariente ofrecen una razón adecuada” (Bacigalupo, E., *Los delitos de homicidio*, Temis, Bogotá, 1989, p. 69), sino que “la mayor gravedad del parricidio hay que buscarla, pues, en una mayor culpabilidad”. Tal elevación de la culpabilidad provendría de que “la ley presume que los vínculos parentales originan naturalmente una comunidad de afectos y sentimientos que es lo que hace que el atentado contra la vida del pariente se presente como una acción más reprochable” (Del Rosal/Cobo/Rodríguez Mourullo, *Derecho Penal español, Parte especial*, Madrid, 1962, p. 163 citado por Bacigalupo, *Los Delitos ...*, *loc. cit.*).

Y “la consecuencia práctica de este punto de vista reside en que la agravación tiene un efecto automático: dado el vínculo parental debe aplicarse la agravante en todo caso, ‘ya que resulta que lo decisivo para la existencia del delito de parricidio es exclusivamente la existencia de un determinado vínculo de parentesco pero no una particular y efectiva relación de afecto, que de hecho puede no existir” (Bacigalupo, *Los delitos ...*, *loc. cit.*, con cita de Del Rosal/ Cobo/Rodríguez Mourullo). Pero “esta explicación no resulta convincente ...[pues] choca con el principio de culpabilidad ya que debe recurrir a una *culpabilidad presunta* como fundamento de la agravación de la pena” (Bacigalupo, *Los Delitos ...*, p. 69 s.).

De la falta de razones valederas para fundamentar una agravación basada exclusivamente en el vínculo parental se deduce que “(e)s preciso determinar las verdaderas razones que justifican la agravación de la pena junto a la concurrencia del vínculo” (Bacigalupo, *Los Delitos ..*, p. 71). Creo que precisamente las circunstancias extraordinarias de atenuación posibilitan apartarse de la agravante cuando la concurrencia del vínculo por sí sola no parece un fundamento suficiente para la agravación.

Si tomáramos el sentido de la agravante como lo hacen algunos autores que explican la reprochabilidad como “desconocimiento de los llamamientos de la naturaleza y sentimientos de piedad de la más ancestral raigambre” (Muñoz Conde o Quintano Ripollés), debe tenerse en cuenta en el presente

caso que paradójicamente estamos ante una patología en la que ese “llamamiento natural” se anula. Es más, las conductas asumidas por quienes lo padecen generan un grado tal de dependencia del niño sobre el adulto -explicables a su vez por abandonos vividos por el adulto como en el caso- que muchos profesionales de la salud resaltan como punto relevante el hecho de que el adulto, como ya señalamos, no toma al niño en su subjetividad: madre e hijo son una misma persona (punto p) y es por eso que ese “llamamiento de la naturaleza” o el “sentimiento de piedad” -motivo de la agravante- no tiene allí razón de ser. En este caso, como en tantos otros más convencionales sobre circunstancias extraordinarias de atenuación, lo que precisamente sucede es que por un motivo u otro, lo que debería primar “naturalmente”, no lo hace o como afirma la jurisprudencia citada “los vínculos parentales o conyugales han perdido vigencia de hecho” (y en este caso, producto de una patología).

Con esto quiero decir que además de poder considerarse como un supuesto de imputabilidad disminuida -no previsto legalmente- quien padece un trastorno como el de Solano comparte como rasgo común a otros casos de circunstancias extraordinarias de atenuación, que el llamamiento de la naturaleza o el plus de horror que se daría en estos casos dejan de ser una “explicación plausible [pues] entre el autor y la víctima existe una relación personal desquiciada” (Bacigalupo, *Los Delitos ...*, p. 70). En casos más convencionales que éste se ha preguntado “¿Qué razón habría para agravar la pena del que mató al padre ... que ha tiranizado vilmente a toda la familia, o tratar penalmente como parricida a la mujer que mató al marido que la ha ultrajado y maltratado durante largos años? (Bacigalupo, *Los Delitos ...*, *loc. cit.*). En esos casos suena muy extraño hablar de agravación por respeto al vínculo y, por el contrario, resulta acorde hablar de un homicidio simple. Son supuestos en los que pareciera que ya no hay “llamamientos natural” o “piedad ancestral” que proteger. Para esos casos se me ocurre como análogos los supuestos de prohibición del pariente a declarar contra el otro, cuando ha sido víctima del delito: ya no hay “familia” qué proteger y por lo tanto cae la prohibición de declarar contra el pariente, que tenía como fundamento la protección del círculo íntimo familiar.



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

No es que quien padece este síndrome no vea al otro como un sujeto distinto en cuanto al conocimiento (por eso hay dolo y no un error sobre el sujeto pasivo). También hay comprensión de la criminalidad del acto (por eso, por ejemplo, se oculta el hecho). No se trata de un estado de psicosis en el que un delirio impide ver al otro como tal, a punto de confundirlo por ejemplo con el “diablo”. Pero de lo que no hay dudas, es de que el sentido de “otro especial y al que se le debe un respeto especial” no se presenta cuando se padece este síndrome, porque precisamente se pierde el sentido vincular.

Por lo demás, se ha dicho que este síndrome tiene como una de sus características que la perpetradora no busca una ganancia extra. Es claro que no puede valorarse del mismo modo la conducta de la madre que envenena a su hijo para obtener determinado rédito -por ejemplo poder casarse con un hombre que no acepta niños- que la conducta de una madre que por un trastorno que no puede controlar no pueda vincularse normalmente con su hijo.

Langevin ha concluido que: “(l)a sola consideración del vínculo formal sin analizar materialmente su contenido es una interpretación lesiva del principio constitucional de culpabilidad ... pues presume una relación generadora de afecto y confianza que puede no existir en realidad” (Langevin, *op. cit.*, p. 1727). Considero que la propia patología, justamente destruye, lo que puede pensarse como presuntivamente presente.

Por todo lo expresado, entiendo que el comportamiento de Soraya Soledad Solano configura el delito de tentativa de homicidio agravado por el vínculo cometido en circunstancias extraordinarias de atenuación (arts. 42, 45 y 80, inc. 1° y último párrafo, del Código Penal).

**IX.-** Que, en consecuencia, sólo cabe considerar cuál es la pena que corresponde imponer a la acusada. En dicho cometido y tal como lo ha expresado la Corte Suprema de Justicia de la Nación *in re* “Fernando Ramírez” (Fallos CSJN 330:490) las pautas para su mensura deben expresarse explícitamente, teniendo en cuenta que los arts. 40 y 41 no indican necesariamente el sentido en que deben ser valoradas.

En este cometido, considero que más allá de algunas circunstancias que podrían dar cuenta una agravación en punto a la naturaleza de la acción o de los medio empleados para ejecutarla (art. 40 del Código Penal), la ausencia de una entidad suficiente como para diferenciarla en su intensidad de los elementos ya exigidos por el tipo penal -y la falta de mención de calificantes por parte del señor Fiscal General- conjugado con la posible concurrencia de un arrepentimiento *post factum*, las condiciones personales de la imputada y la buena impresión que causó durante la audiencia, desaconsejan apartarse del mínimo legal establecido en la figura aplicada. Las especiales características del trastorno que padece obligan, a mi criterio, a mantenerse en el rango inferior de la escala prevista para los casos de circunstancias extraordinarias de atenuación, en tanto se distingue de casos más discutibles en donde ha sido utilizada. Por todo ello, propongo condenar a Soraya Soledad Solano a la pena de cuatro años de prisión y al pago de las costas procesales.

Por estas mismas razones no haré lugar a la solicitud del señor Defensor basada en imponer una pena inferior a la mínima. Por un lado, porque no puede sostenerse que la aplicación de la figura de las circunstancias atenuantes como aquella que abarca correctamente con su escala la menor culpabilidad de la imputada y al mismo tiempo no aplicarla porque "vulnera el principio de culpabilidad". Por otro lado, ya hemos tenido oportunidad de pronunciarnos acerca de la posibilidad de imponer una penalidad inferior al mínimo legal de la figura considerada aplicable. Allí con un meduloso voto del Dr. Báez al que he adherido se ha sostenido que los jueces nos encontramos, por vías de principio, impedidos de morigerar las escalas penales. Sobre los fundamentos que llevaron a tal conclusión me remito a lo resuelto en la causa nro. 11692/2013 (reg. interno nro. 4183) seguida respecto de José Luis Argañaraz, resuelta el día 30 de marzo de 2015.

En cuanto a la solicitud de declaración de inconstitucionalidad del art. 12 debe señalarse primero que ésta debe ceñirse -conforme nuestro sistema de control de constitucionalidad- al caso en concreto. Es por ello que a diferencia de los numerosos casos en los que consideré que dicho artículo era una norma inconstitucional, no lo postularé en el presente. Ello por cuanto no se



## Poder Judicial de la Nación

TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL NRO. 4 DE LA CAPITAL FEDERAL  
CCC 21435/2011/TO1

está aquí ante un mero contenido aflictivo como el que se presentaba en los casos resueltos con anterioridad, que consistía simplemente en despojar a cierto grupo de condenados de las decisiones que hacen a la crianza de los hijos menores durante el tiempo que dure la condena.

En este supuesto específico se trata de una sanción indisolublemente ligada al delito, en tanto se trata de la privación de la patria potestad (responsabilidad parental en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, conf. art. 638 ss.), ante el caso de un delito cometido por la madre en perjuicio de su hijo y no de una simple imposición “automática” maniatada a una pena prisión superior a tres años (cabe aclarar que LG, hija de Solano, ya es mayor de edad). Asimismo, lo resuelto aquí guarda conformidad, *mutatis mutandis*, con el art. 9 de la Convención sobre los Derechos del Niño que establece supuestos de excepción en los casos en los que el niño sea objeto de maltrato de sus padres.

Así voto.

**El Dr. Báez dijo:**

Que adhiere al sufragio de la distinguida colega que lleva la voz.

**El Dr. Chamot dijo:**

Que adhiero al voto de la distinguida colega que abrió el acuerdo.

De conformidad con el acuerdo al que llegaron los Sres. Jueces, las disposiciones legales citadas y por aplicación de lo establecido en los arts. 18 de la Constitución Nacional y 396, 398, 399, 403 y 530 del Código Procesal Penal, el Tribunal;

**RESUELVE:**

**I.- NO HACER LUGAR** al planteo de nulidad interpuesto por el Sr. Defensor Público Oficial, Dr. Sergio Steizel.

**II.- RECHAZAR** el planteo de inconstitucionalidad del art. 12 del Código Penal, efectuado por el Sr. Defensor Público Oficial, Dr. Sergio Steizel.

**III.- CONDENAR a SORAYA SOLEDAD SOLANO**, de las demás condiciones obrantes en autos, por considerarla autora del delito de tentativa de homicidio agravado por el vínculo cometido en circunstancias extraordinarias de atenuación, a la pena de **CUATRO AÑOS DE PRISIÓN, ACCESORIAS LEGALES Y COSTAS** (arts. 12, 29, inc. 3°, 42, 44, 45 y 80, inc. 1° y último párrafo, del Código Penal).

**IV.- REMITIR** copias certificadas de la presente sentencia, como así también de la correspondiente acta de debate, al Sr. Juez a cargo del Juzgado de Paz Letrado de Bolívar del Departamento Judicial de Azul, provincia de Buenos Aires, para una eventual reconsideración -en virtud de lo aquí resuelto- de la resolución que dictara el 14 de agosto del corriente año en el expediente caratulado: “Solano, Soraya Soledad c/Ministerio Público s/incidente de régimen de visitas con beneficio de litigar sin gastos”.

**V.- EXTRAER TESTIMONIOS** de las partes pertinentes a fin de que se desinsacule al Juzgado de Instrucción que deberá intervenir en la investigación de la posible comisión del delito de falso testimonio por parte de Marta Susana González y Carlos González.

Insértese en el Registro de Sentencias del Tribunal, practique el Sr. Actuario el correspondiente cómputo de pena, comuníquese al Juzgado de Instrucción originario, a la Policía Federal Argentina y al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal; oportunamente, ARCHÍVESE.