

PRESENTA AGRAVIOS POR PARTE ACTORA

Señor Juez:

PATRICIA PILAR VENEGAS, abogada, tomo 23, folio 800, apoderada de la parte actora, con domicilio constituido en Avenida Córdoba nro 1215 Piso 9 CABA y electrónico 27112992788 en autos caratulados “-NP - **SORIA DIEGO FERNANDO C PINO VILLAMIL VIVIANA JACQUELINE S DAÑOS Y PERJUICIOS exp 63640/2019** a V.S. digo:

I OBJETO

En tiempo y forma vengo a fundar el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia de primera instancia y concedido mediante la resolución del 2/8/2024, para que sea parcialmente revocada con costas. Paso a fundar los agravios:

II PRIMER AGRAVIO: ¿los daños causados por la infección intrahospitalaria estan justificados?

Me agravia que el a quo sostenga que **la estenosis traqueal es una consecuencia previsible de la intubación que le realizaron al actor para evitar la insuficiencia respiratoria y que el daño que le causó está justificado.**

El a quo, citando al perito médico, sostuvo “...*en toda intubación se puede dañar la tráquea, pero aclaró que si no se intubaba o reintubaba el paciente no podría ventilar entrando en insuficiencia respiratoria corriendo peligro su vida...el perito actuante afirmó que la estenosis traqueal padecida por Soria luego del tratamiento brindado en el Hospital demandado fue una secuela previsible de la intubación, sin haber podido deslindar con claridad si su causa se debe al plazo de intubación de trece días que tuvo Soria o a la maniobra de intubación...*”-(ver sentencia fojas 429).

No obstante, el a quo omitió, que el perito médico aclaró infra, al responder la pregunta 11, que “... **la erosión** (que causa la estenosis) **es rara, se produce con mayor frecuencia por una presión excesivamente elevada del manguito...rara vez se produce**

..estenosis traqueal. Usar manguitos de baja presión y gran volumen con tubos de tamaño apropiado y medir la presión del manguito frecuentemente (cada 8 horas) para mantenerlo menos de 30 cms de agua disminuye el riesgo de necrosis por presión isquémica..” (ver pág 33 de la pericia médica a fojas 339/351).

En el mismo sentido, Gerenciamiento Hospitalario SA, al contestar la demanda, admitió que el Sr Soria padeció estenosis traqueal, aclarando que “...*la estrechez traqueal ocurre generalmente en pacientes con intubación prolongada y en alrededor del 1.1% de los pacientes que requieren intubación por cualquier causa...*” (ver pág 14 punto d escrito fs 130/147)

Por lo tanto, la estenosis traqueal no es una secuela previsible, como afirmó el a quo, el perito médico sostuvo que es una secuela “rara” o anómala; la demandada afirmó que se presenta solo en el 1.1% de los pacientes intubados y que normalmente la padecen quienes requieren una intubación prolongada.

Ahora bien, el a quo admitió que existió una relación causal entre la infección intrahospitalaria causada por el ventilador y la chance de padecer estenosis traqueal, cuando manifestó que “....**a raíz de tal infección derivada del uso del respirador, Soria debió permanecer intubado trece días más de los que podrían haber sido los días indicados para el uso de la asistencia mecánica de no haber contraído tal neumonía, lo que habría indudablemente reducido considerablemente el riesgo de que se produjera la estenosis traqueal...**”(ver sentencia fojas 431)

Por su parte, Gerenciamiento Hospitalario SA y la Obra Social, reconocieron al contestar la demanda, **la relación causal entre la prolongación de la intubación con la estenosis traqueal** (ver pág 14 punto d fs 130/147 y pág 8 fs 115/121). Con mayor contundencia aún **OSECAC afirmó que todos los paciente intubados por un plazo prolongado en el Hospital Universitario “inevitadamente” padecen estenosis traqueal** (ver pág 8 del escrito de fojas 115/125).

Vinculado a lo anterior, el perito sostuvo que tomando determinadas medidas como “...usar manguitos de baja presión y gran volumen con tubos de tamaño apropiado y medir la presión del manguito frecuentemente (cada 8 horas) para mantenerlo menos de 30 cms de agua...,” se disminuía el riesgo de estenosis traqueal, que de por sí, es una secuela rara (ver respuesta pregunta 11 pág 33 pericia de fs 339/351).

Los demandados descartaron que la estenosis se hubiera producido por una mala maniobra, que de haberse probado, también generaría responsabilidad por el hecho del dependiente (art 1735 Cod Civ y Com)

El a quo afirmó infra, que **la causa de la prolongación de la intubación fue la neumonía.**

“...tres días más tarde, es decir el 16/9/2016, se intentó extubarlo mediante el procedimiento que se denomina “weaning” pero esta extubación fue fallida y se reintubó a los veinte minutos...el motivo de la dificultad para retirar la asistencia respiratoria mecánica fue que el paciente había desarrollado una neumonía que tornó necesaria la continuidad de tal asistencia respiratoria...”(ver sentencia fojas 429).

El a quo también sostuvo que **la causa de la neumonía fue la infección asociada a la ventilación mecánica.**

“...en cuanto a la causa de la neumonía detectada en Soria a partir del 16/9/2016, que dificultó la extubación intentada ese día y que determinó que debiera continuar la asistencia respiratorias mecánica hasta el 26/9/2016...fue sistemáticamente catalogada a lo largo de las distintas constancias en la historia clínica del paciente como “Neumonía asociada a la ventilación mecánica”, lo que determina que la infección se produjo por el uso del respirador...”(ver sentencia fojas 430).

La pregunta entonces es: ¿el daño causado por la prolongación de la intubación, que como afirman los demandados tuvo relación causal con la estenosis traqueal, está justificado como afirma el a quo?

Repasemos las afirmaciones del a quo: 1) la prolongación innecesaria de la intubación fue causada por la neumonía; 2) la neumonía fue causada por la infección intrahospitalaria en la ventilación mecánica y 3) los demandados son responsables por los daños causados por la infección intrahospitalaria.

En lo atinente a éste último aspecto, se lee en la sentencia en crisis: “...*considero que en el caso traído a examen ha existido responsabilidad de Gerenciamiento Hospitalario SA y de OSECAC respecto de los daños causados por la infección intrahospitalaria que afectó al Sr Soria...*”(sentencia a fojas 437).

“...*debe ponderarse el impacto subjetivo que en el actor produjo la infección hospitalaria padecida, con la prolongación de continuar conectado al respirador mecánico, su implicancia concausal con la estenosis traqueal padecida...*”(ver sentencia IX.2 daño moral fs 452).

Por lo tanto, **se debe tener por probado que existió una relación causal entre la infección hospitalaria y la estenosis traqueal; porque si no hubiera sufrido la infección, a los tres días hubiera sido extubado, sin sufrir secuelas.**

Los demandados son responsables por los daños que se produjeron, en relación causalmente relevante, por la infección que estaba en el ventilador mecánico que puso en riesgo la vida del Sr Soria y le causó secuelas graves: **neumonía asociada a la ventilación mecánica con rescate de Stafilocco Aureus, sepsis y estenosis traqueal** (ver respuesta 17 pag 41 de la pericia médica a fojas 339/351)

“...*el acortar los tiempos de soporte ventilatorio se traduce en disminución del riesgo de morbilidades asociadas a la atención...la prolongación en su uso aumenta las tasas de mortalidad, los costos y el consumo de recurso crítico...*”(ver respuesta pregunta 2 pericia médica fs 339/351).

El art 1718 inc c Cod Civ y Com establece la causal del estado de necesidad, como justificación por la causación de un daño, **siempre y cuando el “daño no se originara en un hecho suyo”**.

En este caso, reitero, el ventilador mecánico infectado fue la causa de las graves secuelas que padeció el Sr Soria, y si bien es cierto que en el Sanatorio le salvaron la vida, no se debe olvidar que **el riesgo de muerte fue generado por un objeto vicioso utilizado en su tratamiento, que fue le ocasionó neumonía, sepsis y estenosis traqueal** y por lo tanto, no pueden eximirlos de responder por los daños causados.

En síntesis, un ventilador infectado con Estafilococco Aureus Coagulasa Negativa es una cosa viciosa porque presenta un grave riesgo para la salud del paciente. El dueño y guardián de dicho aparato, los demandados, son responsables objetivamente frente al Sr Soria por los daños ocasionados por éste, en virtud de los arts 1757, 1758 CCyC y arts 5, 6 y 40 ley 24240.

Lorenzetti afirmó que el establecimiento sanitario asume, junto al deber de principal de prestar atención médica, una obligación de seguridad que siempre es objetiva; en especial, el dirigido a la utilización de “cosas” en sentido lato, el paciente no debe experimentar daños por el uso de cosas riesgosas o viciosas en su tratamiento, lo cual constituye una obligación de fines; citando como precedente un caso **donde se decidió reparar los daños causados a un paciente por el contagio de una infección debido a la colocación de un catéter contaminado** (Lorenzetti, La Empresa Médica, Editorial Rubinzal Culzoni, año 2011, pág 462; citando fallo CNCiv, Sala K, 15/2/2007, “González Fernando c Sanatorio Mater Dei”, LL 2008-F,227 con nota de Julio Jalil)

III SEGUNDO AGRAVIO: ¿La perito sicóloga se equivocó?

Me agravia que el a quo considere que la perito sicóloga se equivocó al determinar que el Sr Soria padeció un 20% de incapacidad síquica por los hechos de autos y redujera la incapacidad síquica al 4 %, en base a argumentos sin sustento en pruebas objetivas de la causa, que se contradicen con sus propias afirmaciones.

En este sentido, sostuvo el Magistrado de la anterior instancia que: “...la perito sicóloga...atribuyó genéricamente al “hecho de autos” un veinte por ciento de incapacidad psíquica que consideró que el Sr Soria presentaba al momento de ser evaluado. **Sin poner en duda la existencia de un posible menoscabo síquico en el actor**, cabe destacar que en términos de la perita “el hecho de autos” habría consistido en una internación de urgencia plena de maniobras médicas invasivas” que para esa experta configuró un incidente traumático, a partir del cual aparecieron en el actor sentimientos de inadecuación y de desprotección frente al peligro amenazador que puede llegarle de afuera...a causa de **la severa crisis convulsiva causada por la epilepsia que afectaba al Sr Soria con anterioridad a su internación en el Hospital Universitario... fue imperioso realizar ciertas maniobras terapéuticas invasivas...que salvaron la vida del paciente...pero en todo este proceso causado por la epilepsia del actor, nada de lo vivido cabe atribuírselo al sanatorio...salvo los únicos aspectos más arriba señalados como causalmente imputables que han sido la infección hospitalaria..”**

Difiero de lo expuesto:

I) “los hechos de autos”, sobre los cuales basa su dictamen la experta, no se limitan a la internación en el Hospital Universitario a causa de una crisis epiléptica; omitiendo que el Sr Soria debió afrontar meses de tratamientos, padecimientos y nuevas intervenciones para sanar las graves secuelas que le dejó dicha internación.

II) las graves secuelas que padeció el actor y pusieron en peligro su vida no son atribuibles a **la severa crisis convulsiva causada por la epilepsia** (como afirma el a quo), porque el Sr Soria no sufría lesiones isquémicas ni hemorrágicas, “...**por lo que se concluye que no se trataba de un cuadro grave...**” (ver contestación de demanda punto V b escrito fs 130/147). Por lo tanto, conforme el curso normal y ordinario de las cosas, sino hubiera padecido una infección intrahospitalaria, a los tres días le debieron haber desintubado y dado el alta sin secuelas. **El Sr Soria, conforme. surge de la pericia médica, padeció neumonía asociada a la ventilación mecánica, infección asociada al catéter, sepsis y óblito**

quirúrgico, enfermedades que ninguna relación tienen con su enfermedad de base, que pusieron su vida en riesgo, me remito a lo expresado en el punto anterior (ver respuesta a la pregunta 16 pág 41 de la pericia de fojas 339/351)

La sicóloga cuando habla de los “hechos de autos”, evidentemente, se refiere a los hechos que surgen de la demanda, donde describimos el calvario que debió padecer el Sr Soria, durante la internación prolongada y, posteriormente, a causa de las secuelas, que ninguna relación tuvieron con la epilepsia.

En la demanda consta que: *después de haber sido dado de alta, a fines de octubre del 2016, el Sr Soria comenzó a presentar serias dificultades respiratorias (más precisamente broncoespamos), por lo que en dos oportunidades debió concurrir a la Guardia del Centro OSECAC, por problemas respiratorios agudos resultante del paso turbulento del aire en la laringe o los bronquios. Fue medicado con corticoides, nebulizaciones, adrenalina y bronco dilatadores inhalatorios. El Sr Soria nunca había padecido enfermedades respiratorias, la afección comenzó después de la internación en terapia intensiva; como el cuadro clínico no cedía, el 1 de noviembre fue a consultar a un especialista, Dr Ernesto Prieto Brandstaetter, quien el advirtió que debía concurrir con urgencia al Hospital Muñiz, para que le practicaran una fibronoscopia. **En este estudio se constató que padecía una ESTENOSIS TRAQUEAL, disminución anormal del calibre de la tráquea por retracción cicatricial o depósito de tejido patológico. Esta enfermedad, es una de las principales causas de obstrucción crónica de la vía aérea superior y es una consecuencia de la intubación orotraqueal.** A raíz del resultado de este estudio, fue derivado por su obra social al Sanatorio Sagrado Corazón, donde le realizaron tres bronoscopías rígidas para intentar dilatar la tráquea y permitir que pudiera respirar bien los días 1 de noviembre de 2016, 6 de diciembre de 2016 y 2 de enero de 2017. Ante la imposibilidad de dilatar la tráquea mediante este método, con la finalidad de eliminar el estridor, la insuficiencia respiratoria y los cuadros de broncoespasmos, el 3 de enero del 2017, debió ser operado en el Sanatorio Sagrado Corazón, por el Dr Fernando Abdala,*

quien practicó una cirugía traqueoplastía por la estenosis del tercer y quinto anillo traqueal que consiste en extirpar la parte de la tráquea que ha sido afectada. En la epicrisis del Sanatorio Sagrado Corazón, consta que se le practicó fibroscopía, más traqueoplastía, con anastomosis terminal, se resecan 4 anillos traqueales (3/1/2017) Además, se le encontró una aguja en el cuero cabelludo, que no tenía antes de ingresar, dado que fue revisado por dermatología (ver fojas 64 HC). El 19 de octubre del 2016, el Sr Soria concurrió al Sanatorio Sagrado Corazón para realizar una resonancia magnética encefálica ambulatoria. El estudio no se pudo realizar, porque los profesionales de dicho Sanatorio, detectaron **un cuerpo extraño de densidad metálica en la región temporal izquierda de la cabeza de mi mandante, donde también presentaba signos de flogosis (inflamación y enrojecimiento de la zona)**. A raíz de este hallazgo, se decidió realizar una tomografía axial computada de encéfalo en el Hospital Interzonal General de Agudos “Profesor Dr Luis Guemes” con fecha 27 de octubre del 2016. En la misma surgió que **“sobre el tejido celular subcutáneo de región temporal izquierda se visualizar imagen lineal con densidad metálica”**. El 19 de noviembre del 2016 debieron practicarle una cirugía para la extracción del cuerpo extraño, enviándose el material extraído a anatomía patológica, constando **“junto con los fragmentos de cutáneos descriptos en la macroscopía se remite cuerpo extraño correspondiente a elemento metálico que mide 5 mm de longitud por 1mm de espesor”** (ver informe estudio patológico del 13 de diciembre de 2016 realizado en el Centro de Patología Dr Elsner cuya copia adjuntamos) Este cuerpo extraño era una aguja que presuntamente para realizarse el electroencefalograma en el Hospital Universitario. La rápida intervención de los médicos del Sanatorio Sagrado Corazón, quienes descubrieron el óblito quirúrgico, evitó que la vida del Sr Soria corriera riesgo, ya que este tipo de errores pueden dar lugar a severas complicaciones, se han reportado índices de mortalidad que oscila entre el 11% y el 35%.

Estos son “los hechos de autos”, que surgen de la demanda, a la cual se refiere la perito sicóloga, que están probados en la prueba informativa agregada en autos, como paso a demostrar:.

A fojas 238, se agregan informes de estudio realizados en el Hospital Muñiz del cual surge que el 1 de noviembre del 2016 se le realizó una endoscopia, con diagnóstico de **estenosis traqueal que comprende del tercero al quinto anillo traqueal**

A fojas 249/250, se agregó historia clínica del actor en la Clínica Sagrado Corazón, de la cual surge que en la epicrisis del 8 de noviembre del 2016 estuvo internado por tráquea y bronquios, le realizaron tres bronoscopías rígidas los días 1 de noviembre de 2016, 6 de diciembre de 2016 y 2 de enero de 2017. El 3 de enero del 2017, se le practicó cirugía traqueoplastia por la estenosis del tercer y quinto anillo traqueal. En el resumen de evolución clínica consta: *paciente que ingresó al Hospital Muñiz por derivación de su neumonólogo debido a estridor y disnea....se constató estenosis traqueal del 3 al 5 anillo traqueal...* **Consta en la historia clínica la existencia de escaras en cicatrización.**

A fojas 280, Osecac Lacroze adjunta historia clínica del Sr Soria, donde consta que el 5 de octubre del 2016 consultó para inicio de anticoagulación por trombosis Venosa no aguda reperfundida....**depresión...**El 13 de octubre del 2016 informa que no le pudieron realizar resonancia magnética porque le encontraron un elemento metálico en la cabeza. El 18 de octubre 2016 consulta por tos y expectoración y cuerpo incrustado, se lo deriva para extracción. El 20 de octubre del 2016 adjunta tomografía computada de la cual surge cuerpo extraño. **El 27 de octubre del 2016 se ubica cuerpo extraño y se resecan 18 escaras en región occipital. Bajo anestesia se realiza extracción de cuerpo extraño en región temporal, elemento punzante de 1 a 2 cms de longitud.** El 24 de noviembre del 2016 presenta estenosis traqueal...se dio pautas de alarma...aumento de estridor, sin disnea... presenta secreción purulenta por herida quirúrgica.

A fs 306/365, el Centro de Patología Dr Boris Elsner adjunta informe de estudio de biopsia realizado 18/11/2016 informa cuerpo extraño correspondiente a elemento metálico que mide 5 mm de longitud por un 1 mm de espesor.

Esta prueba demuestra la verosimilitud de los hechos que el Sr Soria narra a la perito sicóloga y sobre la cual ésta funda su dictamen.

“...Soria no puede tragar ni respirar correctamente, padece ahogos. **Luego del alta,** comienza a experimentar temores, manifiesta que no se siente útil, que siente vergüenza por el brote de soriasis posterior, que no se siente cómodo consigo mismo. Expresa que percibe un cambio sustancial en su estilo de vida, que antes de la referida internación era una persona mucho más activa, que en la actualidad a pesar de tener una gran carga laboral no se siente útil ni capaz. Refiere que muchas veces **piensa que hubiera sido mejor que no hubiera despertado.** Expresa “estoy hecho m...” en el aspecto emocional. Dice no haber podido retomar la misma vida de antes, que no puede ver escenas que se desarrollen en hospitales, ni acercarse a ellos. Que recuerda frecuentemente los sonidos de las máquinas a las que estuvo conectado durante su internación, lo que resulta desesperante. Siente angustia y ganas de llorar con ciertos estímulos como algunas melodías. Que no está tranquilo al quedarse solo con sus hijos, que no disfruta en ningún momento. **Relata el peritado que al momento de la internación motivo de esta causa trabajaba en una importante importadora de juguetes estando a cargo de todo el manejo de la misma, desde los trámites de importación, hasta el trato con empleados. No pudo trabajar en los seis meses posteriores, y paulatinamente fue reincorporándose a sus tareas. Dice Soria que nunca pudo volver a desempeñarse y rendir laboralmente de la misma manera, por lo cual luego de seis meses de su vuelta al puesto fue despedido. Manifiesta el actor que después de lo sucedido ha perdido muchas relaciones, que prefiere no estar con mucha gente, que su tiempo libre es escaso ya que trabaja actualmente en una empresa distribuidora de bebidas alcohólicas y gaseosas, con mucha carga horaria. El tiempo libre lo utiliza para estar con sus hijos...”**

El 10 de agosto del 2022, se agregó un DEO mediante el cual Correo Argentino reconoció la verosimilitud de la carta documento, mediante la cual JEM ASOCIADOS SRL, despidió al Sr Soria el 9 de mayo del 2019, quien trabajaba en dicha empresa como Encargado General.

El Sr Soria tuvo dos hijos y un año después de la internación el matrimonio se separó.

O SEA, DESPUES DE LA INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO, LA VIDA DEL SR SORIA CAMBIO DRAMATICAMENTE, PERDIO SU FAMILIA Y SU TRABAJO, A CAUSA DE LAS NUMEROSAS SECUELAS QUE DEBIO SOPORTAR.

La perito concluyó que el Sr Soria sufría un Trastorno de Ansiedad por stress postraumático, con manifestación depresiva de grado III; por lo cual tiene un porcentaje de incapacidad del 20%, y que si bien sus antecedentes tenían un factor predisponente, **los síntomas descriptos han hecho su aparición a consecuencia del “hecho de autos”, que debe entenderse como “los hechos narrados en la demanda” y demostrados mediante prueba fehaciente en estos autos, a los cuales hago referencia supra. En la historia clínica de OSECAC LACROZE se confirma el diagnóstico de depresión que padecía el Sr Soria (ver fojas 280).**

El a quo admite que *“...debe ponderarse que el impacto subjetivo que en el actor produjo la infección hospitalaria padecida, con la prolongación de la necesidad de continuar conectado al respirador mecánico, su implicancia concausal en la estenosis traqueal padecida, que requirió una nueva intervención quirúrgica que evolucionó sin secuelas funcionales ni físicas (peor si con ciertas afecciones estéticas), las molestias, la ulterior intervención quirúrgica provocada por el óblito de la aguja del electroencefalograma y las secuelas estéticas me hacen considera adecuado establecer una suma....destinada a indemnizar el daño extrapatrimonial...que considero adecuado a las variables del caso y al padecimiento sufrido como consecuencia de la infección hospitalaria y óblito padecidos ..”*(ver sentencia fojas 452).

O sea, el a quo desconoce, en base a un fundamento meramente dogmático, las secuelas síquicas causadas por la infección intrahospitalaria que son constatadas en el dictamen pericial y que es corroborado por el diagnóstico de depresión, posterior

a la internación, que surge de la historia clínica de Clínica Osecac Lacroze (ver fojas 280)

La perito sicológa sostuvo “...la evaluación psicológica ha sido exhaustiva y completa, habiéndose utilizado para ello una batería de test pertinentes para la evaluación del DAÑO SIQUICO, y como producto de tal estudio efectuado al actor, se ha presentado un dictamen pericial completo, coherente y consistente, fundado en los indicadores de las técnicas administradas, tal como lo exige el CPCC en los artículos 472 y 477...las conclusiones a las que se ha arribado en el dictamen presentado, están estrictamente fundamentadas y basada en el material sicológico obtenido en la evaluación pericial realizada al actor, constituyendo la opinión fundada de la perito, por esta basada en principios científicos y técnicos de la disciplina psicológica...”(fojas 261/262)

La eficacia probatoria del dictamen ha de estimarse de conformidad con las reglas de la sana crítica (art. 386 del Código Procesal), teniendo en cuenta la competencia del perito, los principios científicos o técnicos en que se funda, las observaciones formuladas y los demás elementos de convicción que la causa ofrezca (art. 477 del citado cuerpo legal).

A pesar de que en nuestro sistema el peritaje no reviste el carácter de prueba legal, si el experto es una persona especialmente calificada por su saber específico y se desempeña como auxiliar judicial distinto de las partes, la prudencia aconseja aceptar los resultados a los que haya llegado, en tanto no adolezca de errores manifiestos, o no resulte contrariado por otra probanza de igual o parejo tenor.

Aun cuando las conclusiones del dictamen pericial no obligan a los jueces en la ponderación de la prueba, para prescindir de ellas se requiere, cuanto menos, que se les opongan otros elementos no menos convincentes. Si no se observan razones que desmerezcan sus asertos, corresponde asignarle suficiente valor probatorio.

En síntesis, a quo tiene vedado “..sin incurrir en arbitrariedad, sustituir la opinión de los peritos por sus propios conocimientos técnico o científicos y rechazar la pericia correctamente fundada a lo que no cabe oponer pruebas de igual o mejor fuerza de

convicción...” (Falcón Enrique, Tratado de la Prueba, tomo 2, pág 85/86 donde cita abundante jurisprudencia a la cual me remito).

Por ello, solicito se haga lugar el agravio y se condene a los demandados a indemnizar a mi mandante el 20% de incapacidad síquica padecida a causa de las secuelas sufridas por la infección intrahospitalaria y el óblito quirúrgico, en base a las pautas fijadas en la sentencia.

IV TERCER AGRAVIO: ¿las cicatrices le generaron incapacidad física como afirma el perito médico?

Me agravia que en la sentencia se desconozca la incapacidad física que padece el actor y que el perito médico estima en un 22,81%, afirmando que *la **incapacidad del actor** es a causa de las secuelas de complicaciones que tuvo durante su internación en el Hospital Universitario* .(ver respuesta pregunta 21 pág 54 de la pericia de fojas 339/ 351

El derecho a la integridad física está contemplado en el art.I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el art. 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el art. 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (ver asimismo el art. 18 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos).

Si los menoscabos estéticos y psíquicos generan incapacidad, como surge de ambas pericias, sicológica y médica, han de ser reparados por este concepto, sin perjuicio de su repercusión evaluable al resarcir el daño moral.

En el llamado daño estético, lo resarcible no es la pérdida de belleza o normalidad física, sino sus repercusiones económicas o espirituales en el sujeto que la padece.

En este caso, las lesiones de esta índole deben ser reconocidas como daño material en la medida que han influido sobre las posibilidades económicas futuras de la víctima y/o la han afectado en sus actividades sociales, dado que la estética ha limitado la

posibilidad de obtener determinados trabajos, ha generado rechazo o discriminación y en suma han limitado las posibilidades de índole laboral y de relación.

El detrimento estético padecido por el Sr Soria, ha sido calificado por el perito médico como secuela generadora de incapacidad, en un dictamen que no ha sido cuestionado.

Por ello, propongo hacer lugar a este agravio y reparar las secuelas por cicatrices como incapacidad física, sin perjuicio de su repercusión en la esfera extrapatrimonial.

V PETITORIO

Solicito se tenga por presentado los agravios de la parte actora en tiempo y forma.

Oportunamente, se haga lugar los mismos con costas

DIOS GUARDE A V.E.