



Poder Judicial de la Nación
JUZGADO CIVIL 78

63.640/2019

SORIA, DIEGO FERNANDO c/ PINO VILLAMIL, VIVIANA JAQUELINE y OTROS s/ DAÑOS y PERJUICIOS - RESP. PROF. MÉDICOS y AUX.

Buenos Aires, julio 29 de 2024.

Y VISTOS:

Estos autos caratulados “**SORIA, Diego Fernando c/ PINO VILLAMIL, Viviana Jaqueline y otros s/ daños y perjuicios – Resp. Prof. Médicos y aux.**” (Expte. N° 63.640/2019) en trámite ante este Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 78, a mi cargo, de cuyas constancias

RESULTA:

I.- Que a fs. [83/103](#) se presentó a través de sus apoderados **Diego Fernando Soria** y promovió demanda contra **Viviana Jaqueline Pino Villamil, Gerenciamiento Hospitalario S.A., Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles** (en adelante así o OSECAC, de modo indistinto) y **TPC Compañía de Seguros S.A.** (en adelante así o simplemente TPC), en razón de los daños y perjuicios que adujo haber padecido como consecuencia de la atención médica brindada a partir del día 13/09/2016, fecha en la que ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva (en adelante UTI) del Hospital de la Universidad Abierta Interamericana, que pertenece a Gerenciamiento Hospitalario S.A. Reclamó una indemnización de \$ 8.086.400 o lo que en más o en menos resultase de la prueba a producirse en autos, con más sus intereses y costas.

Expuso que tenía 41 años de edad cuando el día 12/09/2016 padeció una crisis convulsiva por la epilepsia que lo aqueja. Afirmó que fue atendido en la guardia del aludido hospital y



que se le realizó una tomografía axial computada (TAC) de encéfalo que no evidenció lesiones isquémicas ni hemorragias, sin masas intracraneales. Referenció que su cuadro no era grave, más allá de su epilepsia. Continuó informando que al día siguiente, el 13/09/2024 fue ingresado en la UTI por las convulsiones y se le realizó intubación orotraqueal, colocándole un ventilador para asistencia respiratoria mecánica con la finalidad de controlar las crisis convulsivas que presentaba. Afirmó que en condiciones normales, una vez controlada la crisis convulsiva, a los tres días, debió haber sido extubado y dado de alta. Por ello, expuso que el 16/09/2024 los médicos intentaron quitarle el respirador pero no pudieron porque el actor presentaba abundantes secreciones purulentas por una neumonía que apareció luego de que fuera intubado, lo que motivó que se le aplicara un tratamiento antibiótico empírico con ampicilina sulbactam, sin que se conociera aún la bacteria que producía la enfermedad. Postuló que al volver a intubarlo se le causó un daño a la tráquea que provocó una estenosis traqueal. Más tarde se determinó que la neumonía fue causada por estafilococo aureus con directa relación con el ventilador mecánico que le habían colocado en la UTI. Sostuvo que la infección fue causada por la falta de higiene adecuada del ventilador mecánico, lo cual afirmó que surgía de la propia historia clínica. Expuso que comenzó entonces tratamiento antibiótico con piperacilina tazobactam y vancomicina, según prescribió el servicio de infectología.

Reseñó que el 21/09/2016 se le realizó una tomografía de tórax y pelvis que mostró un cuadro preocupante en los pulmones, con derrame pleural bilateral, a predominio derecho, atelectasia pasiva y otras complicaciones. Agregó que luego el Servicio de Infectología decidió aumentar el esquema antibiótico con vancomicina, colistin y piperacilina tazobactam por Estafilococo Aureus Coagulasa Negativo. Finalmente, expresó que el 25/09/2016 se pudo curar la neumonía y realizar la extubación con éxito, luego de trece días desde que había





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

ingresado a la UTI. Señaló que el 30/09/2016 pasó a sala genera y el 5/10/2016 se le dio el alta sanatorial.

Cuestionó que en toda la internación no se haya asentado en la historia clínica la actuación del Servicio de Kinesiología que consideró indispensable para los cuidados de la intubación oro traqueal, medición de la presión de inflado del balón, cambio de sujeciones, higiene de la boca, aspiración de secreciones, etc.

Sintetizó que a raíz de la infección por ventilador respiratorio en la UTI el actor padeció una **neumopatía** con riesgo de vida y demora del alta y una **estenosis traqueal** a raíz de la extubación fallida y a la falta de control del balón del ventilador.

Expuso que con posterioridad sufrió de **estridor**, que describió como un sonido respiratorio agudo resultante del paso turbulento del aire en la laringe o los bronquios, por lo que debió ser medicado con corticoides, nebulizaciones, adrenalina subcutánea y bronco dilatadores. Afirmó que nunca antes había padecido enfermedades respiratorias. Más tarde, afirmó que luego de una fibrobroncoscopía fue diagnosticado en el Hospital Muñiz con una estenosis traqueal de 0,7 cm. a nivel sub glótico desde el 3º al 5º anillo traqueal. Expresó que a raíz de este estudio fue derivado por su obra social al Sanatorio Sagrado Corazón donde le realizaron tres broncoscopías rígidas para intentar dilatar la tráquea, sin resultado exitoso. Por ello, reseñó que el 3/010/2017 debió ser operado por el Dr. Fernando Alcides Abdala que le practicó una traqueoplastía por la que el extirparon la parte de la tráquea afectada (anillos 3º y 5º), resecándole cuatro anillos traqueales.

También atribuyó a los demandados una infección endovascular asociada a catéter que le ocasionó flebitis; trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo y úlceras de decúbito en cuero cabelludo.



Otra cuestión denunciada en la demanda fue el oblito quirúrgico, ya que afirmó que se le encontró al actor una aguja en el cuero cabelludo, que no tenía antes de ingresar al Hospital, la que fue detectada en ocasión de realizarse el 19/10/2016 una resonancia magnética en el Sanatorio Sagrado Corazón. Más tarde, el 19/11/2016 fue retirado el cuerpo extraño que en la anatomía patológica que constató que era un “cuerpo extraño correspondiente a elemento metálico que mide 5 mm. de longitud por 1 mm de espesor”.

Describió las responsabilidades atribuidas, desarrolló las partidas resarcitorias reclamadas, ofreció prueba y fundó en derecho su reclamo.

II.- Atribuido a las presentes actuaciones el trámite del proceso ordinario y corrido el traslado de la demanda, a fs. [115/121](#) se presentó por medio de apoderada, **Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles (O.S.E.C.A.C.)**, y contestó la demanda entablada en su contra, solicitando su rechazo, con expresa imposición de costas. Negó los hechos relatados en la demanda. Argumentó acerca de la ausencia de responsabilidad de las Obras Sociales en situaciones como las traídas a examen.

Afirmó que el actor recibió en tiempo y forma todos los cuidados y atenciones que su estado y situación particular requerían a través de los galenos actuantes y el sanatorio codemandado. Reconoció que el Sr. Diego Soria ingresó al Hospital de la UAI el 12/09/2016 debido a la presencia de convulsiones por epilepsia. Señaló que una vez evaluado en la guardia se le solicitó laboratorio e imágenes de TAC de cerebro, decidiendo la internación en una sala general, pero por la persistencia de episodios convulsivos se lo trasladó a terapia intensiva, ingresando a dicho servicio el día 13/09/2016 con diagnóstico de status epiléptico. Expuso que la TAC de cerebro arrojó resultado normal. Asimismo, expuso que por requerir medicación neuroléptica (depresora) para que cedieran las





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

convulsiones, el paciente debió ingresar a asistencia respiratoria mecánica, a través de intubación orotraqueal. Reconoció que pasados los días no se lo pudo extubar, permaneciendo en asistencia respiratoria mecánica, primero por la sedación y luego por la presencia de una neumonía asociada al respirador. Agregó que por recomendación del servicio de infectología se modificó el esquema antibiótico (vancomicina, colistin y piper-tazo), por la recepción de un cultivo por staphilococo. Añadió que el 25 de septiembre, el paciente habiendo superado la neumonía, se pudo extubar, pasando el día 30/9 a sala general, con buena evolución por lo que se le otorgó el egreso el 5 de octubre de 2016.

Reconoció que luego de haber pasado menos de un mes, el paciente Soria presentó un estridor, por lo que el Dr. Prieto Brandstaetter le realizó una fibroscopía en el Htal Muñiz. Expuso que tal estudio reveló la presencia de una estenosis subglótica, desde el 3º al 5º anillo traqueal, por lo que se le realizaron tres dilataciones traqueales en el Sanatorio Sagrado Corazón (SSC), con resultado no del todo satisfactorio, por lo que se le realizó una traqueoplastía cargo del Dr. Abdala.

Afirmó que su parte cumplió con todas las obligaciones asumidas brindando la asistencia médica necesaria y adecuada al actor en tiempo y forma. Formuló una serie de consideraciones médico legales, rechazó los rubros indemnizatorios reclamados, ofreció prueba y fundó en derecho sus postulados.

III.- Compareció luego al proceso (ver fs. [130/147](#)), a través de apoderado, **Gerenciamiento Hospitalario S.A.** contestando demanda, negando los hechos descriptos por el actor en su escrito inicial y solicitando el rechazo de la pretensión, con costas.

Reconoció que el actor se internó en Gerenciamiento Hospitalario el día 12/09/2016 por un cuadro de epilepsia con un día de evolución y convulsiones tónico clónicas, desviación de la mirada



hacia arriba y a la izquierda. Expuso que fue medicado en el servicio de guardia con lorazepam IM. Refirió que en HC se consignó que presentaba epilepsia desde los 16 años en tratamiento con valproato, medicación que había sido suspendida por decisión del paciente hacía cuatro años y que había presentado una arritmia cardíaca por la que había estado internado en UTI en el año 2012. Afirmó que se realizó TAC de cerebro que descartó patología isquémica o hemorrágica con estructuras cerebrales habituales.

Expresó que al día siguiente se decidió su pase a UTI e intubación orotraqueal por considerar estatus epiléptico y se inició midazolan dosis anticomicial y fenitonia con carga de la misma. Afirmó que se realizó una punción lumbar el 14/09/2016 que descartó infección meníngea u recibió tratamiento tópico para psoriasis y se solicitó un colagenograma para descartar enfermedad autoinmune. Agregó que el 15/06/2016 el paciente presentó fiebre y se decidió hemocultivar y se inició tratamiento antibiótico empírico. El 16/09/16 el Dr. Solano describió el estado del paciente en la UTI con estatus epiléptico, neumonía aspirativa y extubación fallida y presencia de abundantes secreciones purulentas. Se inició el tratamiento con antibióticos y se esperaron los resultados de las pruebas. El 19/09/16 los cultivos fueron negativos para gérmenes. El 20/09/16 se cambió el tratamiento antibiótico a piperacilina y colistin con diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica. Al día siguiente se agregó vancomicina. El día 23/09/2016 se obtuvo presencia de stafilococo meticilino sensible y se decidió continuar tratamiento antibiótico iniciado.

Reseñó que el 26/09/2016 se realizó extubación tras progresar satisfactoriamente en las maniobras de Weaning. El paciente mostró mejoría en hipernatremia. Consignó que el 27/09/2016 presentó fiebre persistente y leucocitosis, se decidió cultivo y tratamiento con ATB de amplio espectro. El 28/09/16 se realizó un





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

eco doppler de miembros inferiores que reveló TVP no aguda. El 29/09/2016 se consultó con el servicio de Otorrinolaringología por la disfonía que presentaba el paciente, se realizó test de deglución positivo y se ajustó dieta. El 30/09/2016 se encontró stafilococo coagulasa negativa en cultivos, se cambió tratamiento y pasó a sala general. Agregó que el paciente fue dado de alta el 05/10/2016 con seguimiento neurológico y hematológico.

Añadió que el actor fue reinternado el 12/05/2017 tras presentar movimientos involuntarios, derivado para estudio con laboratorio y TAC de cráneo tras visita a neurología, análisis que fueron informados como normales. Luego de eso, informó que Soria decidió su alta voluntaria con controles ambulatorios.

Describió pormenorizadamente las prestaciones médicas brindadas al Sr. Soria que surgen de su historia clínica. Formuló diversas consideraciones médico legales respecto de las infecciones producidas por ventilación mecánica así como de las estenosis traqueales. Desarrolló distintas aristas doctrinarias y jurisprudenciales respecto de la responsabilidad de los médicos y sanatorios. Cuestionó la procedencia y cuantía de los acápites indemnizatorios reclamados. Ofreció prueba y fundó en derecho sus defensas.

IV.- A fs. [164/175](#) compareció al proceso a través de apoderado **TPC Compañía de Seguros S.A.** (en adelante así, o simplemente TPC) y contestó la citación en garantía efectuada. Reconoció la cobertura contratada respecto de Gerenciamiento Hospitalario S.A., vigente al tiempo de los hechos descriptos en la demanda, con un límite de cobertura de \$ 1.500.000 por toda la vigencia del contrato. Adhirió a los postulados expuestos por su asegurada, fundó en derecho y ofreció prueba.

V.- A fs. [188](#) se agregó la cédula de notificación del traslado de la demanda diligenciada bajo responsabilidad de la parte



actora, por la cual la codemandada **Viviana Jacqueline Pino Villamil** quedó formalmente notificada del emplazamiento a comparecer al proceso y ejercer su defensa. Vencido el plazo del traslado conferido, la emplazada omitió cumplir las cargas de comparecer y contestar la demanda, por lo que continuó la causa sin su intervención.

VI.- A fs. [202](#) se celebró la audiencia preliminar, ocasión en la cual se recibió la causa a prueba y se proveyeron los medios considerados admisibles.

A fs. [376](#) se clausuró la etapa probatoria y se pusieron los autos para alegar. Hicieron uso de su derecho a presentar alegatos solamente la parte actora (fs. [385/405](#)) y TPC (fs. [383/384](#)).

Posteriormente, a fs. [406/407](#) dispuso convocar a las partes a una audiencia conciliatoria para evaluar alternativas de composición del conflicto traído a examen. El acto se llevó a cabo a fs. [408/409](#) sin que se lograra un acercamiento de posturas, por lo que a pedido de la actora (ver fs. [410](#)) se llamó autos para sentencia a fs. [411](#), providencia que se encuentra firme.

Y CONSIDERANDO:

I.- Preliminar:

a) Antes de ingresar al examen de la cuestión debatida, es menester efectuar una advertencia preliminar: en el estudio y análisis de los planteos y defensas postulados por las partes se seguirá el rumbo de la Corte Federal y de la buena doctrina interpretativa. En tal sentido, vale señalar que los jueces no estamos obligados a analizar todos y cada uno de los hechos invocados o de las argumentaciones de las partes, sino tan sólo aquéllos que sean conducentes y posean relevancia para decidir el caso (ver CSJN, Fallos: 258:304; 262:222; 265:301; 272:225; Fassi Yañez, *Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, Comentado, Anotado y Concordado*, T° I, pág. 825; Fenocchiato Arazi, *Código Procesal Civil y Comercial de la Nación. Comentado y Anotado*, T 1, pág. 620).





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

Asimismo, en sentido análogo, tampoco es obligación del juzgador ponderar todas las pruebas agregadas, sino únicamente las que estime apropiadas para resolver el conflicto (art. 386, *in fine*, del ritual; CSJN, Fallos: 274:113; 280:3201; 144:611).

Es en este marco, pues, que avanzaré en el análisis de las cuestiones a resolver en este caso.

b) Por una cuestión de orden metodológico, aclaro que abordaré en primer término la cuestión teórica de la responsabilidad de los médicos, de las clínicas y de las obras sociales; seguidamente, examinaré la importancia que en estos casos posee la prueba pericial médica, como aspecto central a ponderar a la hora de evaluar la invocada *mala praxis* imputada a la galena codemandada. Así, una vez delimitado el marco teórico que rige el caso, la legitimación de las partes, el alcance de la responsabilidad atribuible a los médicos y el criterio fundante en la valoración de la prueba, pasaré a justipreciar los elementos probatorios aportados al proceso y la solución que corresponde dar al caso. Por último, abordaré en un capítulo especial la responsabilidad atribuible a los sanatorios y entes asistenciales ante supuestos de infecciones hospitalarias para pasar luego a evaluar la procedencia y entidad de los rubros reclamados.

II.- Encuadre jurídico de la responsabilidad de los médicos:

Para abordar el tratamiento de la responsabilidad que se imputa a la Dra. Pino Villamil, debe ponderarse que la obligación asumida por los galenos, en su condición de profesionales de la salud, encuadra dentro de las denominadas “obligaciones de medios”, por lo que únicamente cabe exigir de su parte un proceder diligente y apto para cumplir con las medidas que normalmente procuran la asistencia, atención y eventual curación del paciente, empleando los medios apropiados a tal fin, ya que en la prestación médica no se garantiza la recuperación del asistido, sino únicamente su adecuado tratamiento



(Bustamante Alsina, Jorge, *Teoría General de la Responsabilidad Civil*, pág. 451; Trigo Represas - López Mesa, *Tratado de la Responsabilidad Civil*, t. II, pág. 347, núm. 3.f.1).

Sin perjuicio de lo descripto, es necesario aclarar que la diligencia y pericia que se exigirá a los médicos presentará ribetes especiales. Es que, si bien hace ya casi medio siglo fue destacado que la ciencia médica tiene sus limitaciones y que siempre existe un *álea* que puede escapar a las previsiones más prudentes, se subrayó de todos modos que -cuando está en juego la vida o la salud de las personas- hay una natural predisposición a juzgar con rigor la actuación profesional (ver CNCiv., Sala E, 19-12-1977, LL, 1979-C-20, voto del Dr. Néstor D. Cichero).

Es debido a tal motivo que pesa sobre quien imputa el obrar negligente la carga de la prueba dirigida a demostrar la culpa del emplazado, así como también la relación causal entre el obrar médico imputable al facultativo y el resultado perjudicial que se le atribuye, cuyo resarcimiento se pretende (conf. Alsina Atienza, Dalmiro A., *La carga de la prueba en la responsabilidad del médico. Obligaciones de medio y obligaciones de resultado*, JA 1958-III-587; Vázquez Freyre, Roberto A. *Algunos principios de la responsabilidad civil médica*, LL 1999-B-689).

Es que, a fin de configurar la responsabilidad del médico, quien reclama debe demostrar que el daño padecido por el paciente ha sido consecuencia de un comportamiento culposo, positivo u omisivo, atribuible a una mala práctica del arte de curar puesto en ejercicio por parte del galeno en su intervención, lo que exige que se vea obligado a acreditar no sólo la culpa, sino también la relación de causalidad, la que debe quedar establecida con un grado suficiente de certeza y verosimilitud (conf. CNCiv., sala E, 19/04/2010, “Novoa, Nelly Alejandra c/ O.S.F.A. y otros”).





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

Para que proceda la responsabilidad médica entran en juego dos cuestiones que deben deslindarse cuidadosamente: la relación causal, por un lado; y la culpabilidad o el factor de atribución, por el otro.

La relación de causalidad -la *imputatio facti*- se presenta cuando un determinado daño puede ser imputado objetivamente a una persona. Se trata sólo de una cuestión material; sencillamente se verifica una relación causal entre un antecedente y un consecuente y, en función de ella, se determina entonces que el daño acontecido es consecuencia de un hecho determinado (ver Carranza Latrubesse, Gustavo, “*Responsabilidad médica y causalidad*”, LL, 2003-E-1031; Orgaz, Alfredo, “*La relación de causalidad entre el acto ilícito y el daño*”, LL, “Páginas de Ayer”, N° 4-2003, p. 23 y sigtes.).

Tal *imputatio facti* comportaría –en el caso de la práctica médica- la llamada *iatrogenia*, entendida ésta no como la interpreta cierta doctrina (ver Costa, Enzo Fernando, “*La interrupción del nexo causal en la responsabilidad médica*”, ED, 159-1041), sino en un sentido amplio, como surge claramente del diccionario de la lengua y se corresponde con su etimología; o sea la alteración negativa del estado del paciente producida por el obrar del médico (ver Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española, ps. 766 y 842, vigésima segunda edición, Madrid 2001; Moliner, María, “Diccionario del uso del Español”, t. II, p. 80, ed. Gredos, Madrid, 1991). Sin embargo, cabe observar que la iatrogenia que torna el obrar médico en imputable debe distinguirse de la patogenia, entendida esta como las consecuencias negativas que sufre el paciente que pueden tener origen en su propia predisposición, constitución, sensibilidad, o en su propia enfermedad de base; vale decir que con independencia de los factores personales del paciente, la iatrogenia se da cuando la intervención del galeno lo que hace es disparar o poner en marcha elementos patológicos que hasta ese momento estaban



latentes en aquél o cuando constituye una intervención que condiciona negativamente la salud del paciente.

Empero, habrá que tener cuidado en delimitar si una consecuencia determinada tiene realmente su causa en el accionar del profesional. Ello en razón de que, a tenor de la directiva del art. 1726 del CCyCN, no todas las condiciones necesarias de un resultado son equivalentes y sólo existe relación causal adecuada para la imputación e responsabilidad cuando la consecuencia dañosa ha sido inmediata o mediata del obrar médico imputado. Causa de un daño es solo aquella que según el curso natural y ordinario de las cosas es idónea para producir el resultado. Las demás condiciones, que no producen normal y regularmente ese efecto, serán sólo condiciones antecedentes o factores concurrentes (ver Bustamante Alsina, Jorge, “*Teoría general de la responsabilidad civil*”, novena edición, p. 270, N° 590; Orgaz, Alfredo, “*El daño resarcible*”, ed. Marcos Lerner, p. 43; CNCiv., sala B, 5-4-1999, “Tarrio Cabanas de Ludovico, Mercedes c/ Cabanne, Ana María s/ Daños y Perjuicios”, Expte. libre N° 255.011; íd., íd., 23-11-2005, “Ayam, Alicia Mónica c/ Fernández Humble, Raúl s/ Daños y Perjuicios”, Expte. libre N° 390.230, “La Ley Online”, Gaceta de Paz, Año LXXI, n° 3406, 27/4/2006, p. 1 y ss.; Infobae.com, del 13/2/2006; elDial.com AA3133; Uol Noticias, del 13/2/2006).

Así las cosas, y conforme a lo expuesto, para la resolución del caso habrá que evaluar dos cuestiones. Una, meritar si el daño tiene su causa en el obrar del galeno; la otra, si ese daño cabe imputarlo subjetivamente a un autor. En este último supuesto ingresamos en un ámbito propiamente jurídico, pues hay que investigar si se le impone o no a un sujeto la obligación de reparar el perjuicio sufrido por el otro. Nos hallaremos, por ende, en el campo de la *imputatio iuris*, en tanto corresponderá resolver si se hace responsable a alguien por el menoscabo de que da cuenta quien





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

articula el reclamo (ver CNCiv., sala B, “Berard de Meligrana María Beatriz c/ Medicus S.A. y otro s/ daños y perjuicios”, del 08-04-2008, Expte. Libre N° 472.151; íd., íd., “Sinicalco, Elisabet Gladys y otros c/ Clínica Boedo SRL”, del 4-3-2009, Expte. Libre N° 502.255; íd., íd., Devita de Varela, Alicia F. c/ Estado Nacional”, del 8-9-2009, Expte. Libre N° 518.481).

III.- La responsabilidad de los Hospitales, sanatorios y de las Obras Sociales:

Por aplicación de los principios generales, la responsabilidad de las clínicas y de las obras sociales —en casos como el de autos— surge claramente cuando se acredita que ha existido un obrar médico negligente o deficiente, es decir, culposo. Vale decir, que el responder de aquéllas va a estar ligado al incumplimiento previo de los deberes que estaban en cabeza de los galenos que tuvieron a su cargo la atención del aquí pretensor.

Asimismo, también les resulta imputable —por cierto, con independencia muchas veces del acto médico— las infecciones intrahospitalarias que no se encuentran estrechamente ligadas al acto médico y que pueden deberse a un fallo de la zona ilustrada como extra médica o paramédica (deficiencia de asepsia, esterilización, control de los procedimientos pre quirúrgicos que incluyen el lavado del cuerpo del paciente o del personal médico y paramédico o control de la entidad sanatorial), aspecto que será objeto de mayores precisiones en un capítulo específico, más adelante. Pero vale destacar aquí que con relación a los hospitales, sanatorios y clínicas, se reconoce sin mayores discusiones que pesa sobre ellos una *obligación tácita de seguridad* hacia quien acude a los servicios que brinda. Vale decir, que rige una cláusula sobreentendida de garantía que se traduce en atender a la seguridad del paciente, y que tiene su fundamento en el principio general de la buena fe. En otras palabras, existe la obligación de la entidad hospitalaria o clínica de prestar



asistencia médica, la cual lleva implícita una obligación tácita de seguridad de carácter general o accesorio para la preservación de la personas de los contratantes contra los daños que puedan originarse en la ejecución del contrato. Es que si la clínica se ha obligado a proporcionar asistencia médica, no solamente será responsable por el servicio que se ofrezca, sino también de que se preste en condiciones tales para que el paciente no sufra daños por una eventual deficiencia de la prestación prometida (ver Vázquez Ferreyra, Roberto, "La obligación de seguridad", suplem. especial La Ley, septiembre de 2005, p. 4; Bustamante Alsina, Jorge, "Teoría General de la Responsabilidad Civil", p. 468, N° 1431 quáter, 5° edición, Buenos Aires, 1987; CNCiv., Sala A, del 2/6/2004, LL del 10/11/2004; Bueres, Alberto "Responsabilidad civil de los médicos", p. 383/384, Buenos Aires, 1992; CNCiv., Sala G, del 25/6/1981, en autos "Abalo, Omar Ulises c/ Sindicato de Mecánicos y Afines del Transporte Automotor", Expte. libre n° 269.599; CNCiv. Sala H, 21-6-1995, "Gutiérrez, María E. c/ Intermedics Inc.", libre N° 161.624).

Adviértase que para decretar la responsabilidad en estos supuestos ni siquiera es necesario acudir a sostener que la obligación que pesa sobre los hospitales y clínicas es de resultado, como lo han sostenido pronunciamientos de nuestro fuero (ver, en tal sentido, CNCiv., Sala E, del 25/11/1980, LL 1981-D-133; CNCiv., Sala C, del 9/2/1984, LL, 1985-C-638, s. 36.846; CNCiv., Sala C, del 5/9/2000, *in re* "Parisi, Roberto J. v. Girado, Juan M.", voto del Dr. Alterini, JA, 2001-II-571; CNCiv., Sala M, del 5/6/2001, en autos "González de Toloza, Perla c/ Armada Argentina", Lexis Nexis n° 1/70005627-1; etcétera). Aunque nos ubiquemos en el ámbito de las obligaciones de medios, se verá que es exigible al ente asistencial una prestación diligente, idónea y técnicamente irreprochable (ver Trigo Represas, Félix, "Responsabilidad civil de médicos y establecimientos asistenciales", LL, 1981-D-133; CNCiv., sala B, "Simone de Del





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

Moral, Emilia Rosa y otros c/ Granja, Miguel Angel y otro s/ daños y perjuicios”, del 18-03-2008, Expte. Libre N°488.465; íd., “Martin, Alicia Irene c/ Obra Social Bancaria Argentina s/Daños y Perjuicios”, del 18-07-2008, Expte. Libre N°492.538).

En lo que respecta específicamente a las obras sociales – tal como ocurre respecto de la codemandada OSECAC- por supuesto que deben responder por los perjuicios ocasionados a sus afiliados cuando éstos son atendidos en establecimientos y médicos contratados por ellas, como es el caso de autos. Poco importa, pues, que la prestación asistencial haya sido tercerizada a través de una clínica no propia como puede ser la de la codemandada Gerenciamiento Hospitalario S.A. ya que ello no libera en absoluto a la obra social en lo que atañe a su responsabilidad frente a sus afiliados por la ejecución de la prestación requerida, ya que en definitiva al afiliado le resulta indiferente que su deudor (OSECAC, quien se obligó a prestarle servicios médicos) cumpla sus compromisos por sí misma o que, como ha sucedido en el presente juicio, se valga de otras entidades y personas con las que tiene una *conexión directa contractual* para la satisfacción de sus obligaciones (ver, entre tantos otros, a Acuña Anzorena, Arturo, “Responsabilidad contractual por el hecho de otro”, en JA, 53-64; Trigo Represas, Félix A. y López Mesa, Marcelo J., “Tratado de la Responsabilidad Civil”, t. II, ps. 485/486, ed. La Ley, Buenos Aires, 2005).

No puede soslayarse que las obras sociales también asumen ante los afiliados y beneficiarios de los servicios una obligación accesoria y tácita de seguridad por la eficiencia del servicio de salud prestado; por lo que su responsabilidad quedará comprometida cuando mediere un deficiente servicio de los entes sanatoriales o clínicas que integren su red de servicios. Sobre el punto, bien se ha dicho que la vida y la salud revisten indiscutible interés social, el que trasciende de lo meramente privado y se proyecta más



allá hasta el ámbito del orden público (ver, Trigo Represas, Félix A. - López Mesa, Marcelo, “Tratado de la Responsabilidad Civil”, T. II, pág. 484/487, ed. La Ley, Buenos Aires, 2005). Por lo tanto, si se llegase a confirmar que existió alguna deficiencia en la calidad de la atención médica brindada al actor o de las prestaciones a cargo del ente sanatorial, de las cuales se ha derivado alguna secuela incapacitante o, en su caso, la pérdida de una chance de total restablecimiento, o se ha provocado un daño extrapatrimonial, no quedará otra alternativa que extender la responsabilidad al hospital y a la obra social a la cual se hallaba afiliado el Sr. Soria.

IV.- Las experticias en la responsabilidad médica:

Merece destacarse especialmente que en este tipo de juicios la prueba pericial deviene relevante ya que el informe del experto no suele ser una mera apreciación sobre la materia del litigio, sino un análisis razonado con bases científicas y conocimientos técnicos (CNCiv., Sala D., en autos “Yapura, Gregoria Ermina c/ Transporte Automotor Riachuelo S.A. s/ Ds. y Ps.”, expte. libre n° 77.257/98, del 8/10/02; íd., “Fiorito, José Luis c/ Petersen, José y otros s/ Ds. y Ps.”, expte. libre n° 105.505/97, del 20/09/91). La función de la prueba pericial es de asesoramiento, pues se trata de cuestiones ajenas al derecho respecto de las cuales el juez no tiene conocimientos específicos. No será el perito quien defina el pleito, pero es indudable que -fundando debidamente su informe- esta actuación, por su peso y envergadura, desplaza por lo regular y quita valor convictivo a otros elementos que no resulten definitivos. Al respecto, es oportuno aclarar que la mera opinión de los litigantes no puede prevalecer sobre las conclusiones de los expertos, en especial si se advierte que no hay argumentos valederos para demostrar que las mentadas conclusiones fueron irrazonables. La solvencia técnica que se desprende de cada profesión indica que la prueba pericial es la más adecuada, pues ella es el fruto del examen objetivo de las circunstancias de hecho, de





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

aplicación a éstas de los principios científicos inherentes a la especialidad, y de los razonamientos que siguen para dar respuesta a los temas sometidos al dictamen (ver CNCiv., Sala “D”, en autos “Quiros de Delgado, Nélica c/ Ferrocarriles Metropolitanos S.A. s/ Daños y Perjuicios”, expte. libre nº 25.403/93 del 27/12/96. Ver, además, CNCiv., sala B, *in re* “Chomsky c/ Palavecino s/ ds. y ps.”, del 15/12/2005).

Sin embargo, a pesar de lo expresado, corresponde advertir que las experticias en cuestión se han de evaluar según las reglas de la sana crítica (art. 477 del ritual) y la libre convicción del juez; labor intelectual que tiene que estar sustentada, desde luego, en patrones jurídicos y máximas de experiencia. En este aspecto, téngase presente que las normas adjetivas no acuerdan el carácter de prueba legal al dictamen de los peritos (ver CNCiv., sala B, *in re* “Tarrio Cabanas de Ludovico, Mercedes c/ Cabanne, Ana María”, expte. libre Nº 255.011, del 5/4/1999).

V.- La valoración de la prueba producida a la luz de los criterios reseñados:

Delineado de la manera expuesta el marco teórico que orientará la apreciación de las circunstancias que rodean este caso, merece observarse con detenimiento el resultado de la prueba pericial médica de oficio cumplida a fs. [352/365](#), [339/351](#) y [325/338](#) por el Dr. Héctor Marcelo Battaglia.

a) El galeno refirió que el Sr. Soria ingresó al Hospital de la UAI el día 12/09/2016 con antecedentes de epilepsia de larga data, con terapia anticonvulsivante suspendida por decisión suya cuatro años antes de los hechos. Ingresó con movimientos tonicoclónicos generalizados precedidos por sensación vertiginosa. En ese escenario se decidió internación por episodio convulsivo de diez minutos de duración con relajación de esfínteres (ver relación en hoja de ingreso 1 de la UTI, relacionada en la foja 2 del informe pericial).



Al día siguiente, es decir, el 13/09/2016, tuvo un nuevo episodio convulsivo que no cedió con benzodiacepina por lo que fue trasladado a la unidad de cuidados críticos y se decidió intubación y conectarlo a asistencia respiratoria mecánica ante insuficiencia respiratoria por saturación de oxígeno del 60 % (ver fs. 11). El perito médico actuante estimó que tal temperamento terapéutico fue correcto y adecuado a las circunstancias (ver pregunta 7 del interrogatorio de Gerenciamiento Hospitalario S.A., obrante a fs. 78 del informe pericial).

Tres días más tarde, es decir, el 16/09/2016, se intentó extubarlo mediante el procedimiento que se denomina “weaning”, pero esta extubación fue fallida y se reintubó a los veinte minutos (ver foja 4 del informe pericial). 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. En la historia clínica se asentó que el paciente Sr. Soria presentaba abundantes secreciones purulentas que impedían la respiración autónoma, lo que llevó a que debiera ser vuelto a conectar al respirador ya que comenzó a saturar de modo deficiente.

Al responder a la tercera pregunta del cuestionario de la parte actora, el perito médico expuso que 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. De tal suerte, quedó claro en el informe que la maniobra de intubación llevada a cabo implicó un riesgo de daño posible a la tráquea¹ pero ante el peligro para la vida del paciente que se deriva de la insuficiencia respiratoria que atravesaba, está justificada la maniobra y el riesgo de lesión traqueal debe ser asumido en aras de permitir la ventilación necesaria del paciente en estado crítico. La prioridad ante el estado de hipoventilación que padecía el paciente estaba en colocarle el tubo orotraqueal y el respirador

¹ La estenosis traqueal es una secuela previsible de toda intubación por un plazo prolongado.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

mecánico que le permitiera la adecuada ventilación de modo asistido ante el riesgo de vida que sufría, más allá de que tal maniobra ofreciera un riesgo propio que puede producir con el paso del tiempo una estenosis traqueal, la cual –por cierto- fue a la postre debidamente tratada de manera quirúrgica y ha quedado superada por el actor. 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 pudo deberse al plazo de intubación de trece días que tuvo Soria o a la maniobra de intubación².

En cuanto a la causa de la neumonía detectada en Soria a partir del 16/09/2016, que dificultó la extubación intentada ese día y que determinó que debiera continuar la asistencia respiratoria mecánica hasta el 26/09/2016 (ver hoja de evolución de HC relacionada en las páginas 31 y 32 del informe pericial médico), fue sistemáticamente catalogada a lo largo de las distintas constancias obrantes en la historia clínica del paciente como “Neumonía asociada a la ventilación mecánica”³, lo que determina que la infección se produjo por el uso del respirador. En tal sentido, el perito actuante expuso que la ventilación mecánica es el principal factor asociado al desarrollo de la neumopatía hospitalaria⁴, lo cual guarda coherencia lógica con lo diagnosticado por los propios galenos de la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario que así lo consignaron en la historia clínica del Sr. Soria en los numerosos asientos relacionados

² En tal sentido, en la página 33 del informe pericial, en el penúltimo y último párrafo de la respuesta 11 expuso: “La Estenosis Traqueal es una secuela previsible de la intubación por un plazo tan extendido mayor a los 14 días cuando hay que plantear la Traqueostomía. La Estenosis Traqueal del actor parecería más relacionada a una Maniobra de Intubación que al plazo de Intubación pero dado que estuvo en el límite (13 días) no puede descartarse”.

³ Ver hojas de evolución de la Unidad de Cuidados Críticos obrantes a fojas 71 a 81 del expediente 54.084/2017 sobre prueba anticipada que tengo a la vista y que llevan las siguientes fechas: 20/09/2016, 21/09/2016, 22/09/2016, 23/09/2016, 24/09/2016, 25/09/2016, 26/09/2016, 27/09/2016 y 28/09/2016; en todas las cuales se mencionó como “Comentario” en la nota final de la evolución “Neumonía asociada a la ventilación mecánica...”. Algunas de tales constancias han sido asimismo relacionadas por el perito médico en las fojas 11, 14, 15 y 31 de su informe pericial.

⁴ Ver página 24 del informe pericial.



en nota al pie. De tal guisa se sigue 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 esa asistencia mecánica de no haber contraído tal neumonía, lo que habría indudablemente reducido considerablemente el riesgo de que se produjera la estenosis traqueal que debió luego ser tratada quirúrgicamente para lograr que fuera superada⁵ sin secuela respiratoria actual⁶, la cual sólo dejó como consecuencia una cicatriz derivada de la traqueoplastia practicada.

b) Con respecto al oblito descripto por el actor en la demanda, el perito médico informó que en la entrevista médico legal realizada el día 14/11/2022 el actor le refirió que durante la internación le quedó una aguja de electroencefalograma en el cuero cabelludo que debió ser extraída luego en una intervención posterior. Asimismo, informó que en la Historia Clínica del Hospital Universitario de la UAI no consta que el actor haya tenido oblito quirúrgico a causa de su internación en la UTI. No obstante, quedó demostrado con las constancias de la historia clínica del Sr. Soria ante OSECAC obrante a fs. [280](#) que con fecha 13/10/2016, es decir, a los pocos días del alta sanatorial otorgada el 5/10/2016 por el Hospital Universitario de la UAI (ver epicrisis de fs. 54 del expediente 54.084/2017), se registró en la guardia del Centro Médico de OSECAC del Barrio de Once que se intentó realizar al actor una Resonancia Magnética de encéfalo pero no pudo concluirse el estudio porque le encontraron un elemento metálico en la cabeza y el resonador comenzó a levantar temperatura (ver pág. 24 de 61 de dicho archivo virtual). El día 20/10/2016 (ver pág. 27 de 61) en el servicio de cirugía reparadora del Centro Médico de Boulongne Sur Mer de OSECAC se presentó Soria con TAC con cuerpo extraño temporal. La

⁵ Ver respuesta dada por el perito médico a la pregunta 18 del cuestionario de la parte actora en la foja 41 a 45 del dictamen pericial médico.

⁶ Ver foja 46 y 51 del dictamen pericial.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

médica consultada exploró la región y no se palpó ni se logró ubicar el lugar, por lo que solicitó ecografía para situar zona para realizar extirpación. Posteriormente, el 21/10/2016 en el Centro Médico Jonas Salk de OSECAC se efectuó ecografía de partes blandas al actor con informe negativo por el cual no pudo identificarse el cuerpo extraño, sugiriéndose la realización de TAC y Rx. El 27/10/2016 se ubicó cuerpo extraño mediante TAC (ver pág. 29 de 61) y el 18/11/2016 se informó que bajo anestesia se realizó la resección del cuerpo extraño descripto como elemento punzante de un milímetro o menos y de uno a dos centímetros de longitud (ver pág. 36 de 61).

Por otra parte, surge de la historia clínica del Hospital Universitario de la UAI que el día 19/09/2016 (ver fs. 167 del expediente 54.084/2017) se realizó a través del servicio de neurología un electroencefalograma al Sr. Soria, estudio para el cual es habitual que se utilicen sensores especiales que consisten en pequeñas agujas que se colocan debajo de la piel del cuero cabelludo y en distintos lugares de la cabeza. La historia clínica del Sr. Soria no indica que el electroencefalograma haya sido realizado con electrodos de aguja o de algún otro tipo, pero la evidencia ulterior permite afirmar que debió haber sido de los del tipo “de aguja”, lo cual permite deducir que allí estuvo la causa de la evidencia hallada en la historia clínica posterior del paciente. En el contexto fáctico descripto competía a la demandada demostrar con eficiencia que los electrodos empleados pudieron haber sido los adhesivos y no los de aguja, pero ante la ausencia de elementos, considero suficientemente probado que el oblito surgió como consecuencia de tal estudio diagnóstico.

Con tales elementos que observo como graves, precisos y concordantes, tengo por suficientemente demostrado que pocos días después de la internación del actor en el Hospital Universitario de la UAI, de Gerenciamiento Hospitalario S.A., se detectó por casualidad (a la hora de realizarse una RMN diagnóstica) que tenía dentro de su



cuero cabelludo, debajo de la piel, una aguja pequeña de metal que debió ser retirada a través de un procedimiento quirúrgico simple, cumplido previo estudio por TAC para precisar su ubicación. Asimismo considero demostrado que tal elemento ingresó al organismo del Sr. Soria como consecuencia del oblito derivado de la realización pocos días antes del electroencefalograma efectuado el 19/09/2016 en el sanatorio demandado. También tengo con ello demostrado que dicho oblito no trajo aparejada ninguna secuela perceptible en el paciente ya que su diagnóstico se produjo por casualidad debido a su detección por resonancia magnética, aunque debió implicar la realización de otros estudios (ecografía y TAC) y una cirugía menor a la que debió ser sometido el actor para su extracción.

c) Así valorados los antecedentes médicos a la luz del informe pericial producido y de los datos de las historias clínicas del Sr. Soria, pasaré a examinar a continuación la procedencia y entidad de los daños reclamados tomando en consideración que ha quedado probado en el caso que -más allá de que la conducta terapéutica adoptada en el ente asistencial demandado permitió salvar la vida del actor ante su cuadro respiratorio crítico provocado por su enfermedad de base preexistente-, en el marco del abordaje se produjo una infección hospitalaria asociada al empleo del respirador mecánico que provocó una neumonía que prolongó temporalmente de modo significativo (diez días) la necesidad de uso del respirador y derivó más tarde en una estenosis traqueal que debió ser tratada y pudo ser a la postre superada; y que existió un oblito de una aguja de electrodo de electroencefalograma que debió ser retirada días más tarde, previos estudios (ecografía y TAC) para lograr precisar su ubicación, a través de una cirugía menor.

VI.- La responsabilidad derivada en supuestos de probada infección hospitalaria:





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

En este capítulo abordaré la responsabilidad que se deriva a los supuestos de infección hospitalaria como la que ha padecido el Sr. Soria, así como también si resulta achacable al obrar médico de la codemandada Pino Villamil la responsabilidad por la causación del proceso infeccioso padecido por el actor, así como la distinción que al respecto corresponde realizar con relación a la situación del resto de los legitimados pasivos, es decir, Gerenciamiento Hospitalario S.A. y OSECAC.

Como primera aproximación a la cuestión, corresponde referir que podemos considerar que existe infección hospitalaria cuando el paciente registra una enfermedad provocada por microorganismos, contraída en un establecimiento asistencial después de su admisión, sea por su hospitalización o por recibir un cuidado ambulatorio, y cuyos síntomas aparecen en el momento de su estadía en el hospital o sanatorio o después que la infección es reconocible clínica y/o microbiológicamente, siempre que se trate de infecciones que hayan estado ausentes al momento de admitir el ingreso del paciente al centro asistencial (Prevot, Juan Manuel, *Responsabilidad Civil de los Médicos*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2008, pág. 311 y siguientes y sus citas). Es claro que la infección hospitalaria debe necesariamente ser contraída en el ente asistencial, o sea que no debe existir al momento de admitir el ingreso del paciente al nosocomio (Navarro Michel, Mónica, *Sobre la aplicación de la regla res ipsa loquitur en el ámbito sanitario*, Anuario de Derecho Civil, vol. 56, n° 3, 2003, p. 1223).

Se ha señalado que la responsabilidad del sanatorio se impone cuando “no ha aportado prueba sólida y contundente de que la infección contraída por el damnificado tuvo una causa, ya sea exclusivamente endógena o extrahospitalaria; extremo que, desde luego, lo hubiera habilitado a eximirse de la obligación de reparar el efectivo daño padecido por el paciente” (CCiv.Com. Minas, Paz y



Trib., Mendoza, sala 4ta., 27/04/2007, “Vila, Pablo J., c/ Hospital Español de Mendoza” Lexis online 1/70037840-4). En el caso de autos, no se ha logrado probar ni la causa endógena del paciente, ni la extrahospitalaria, lo que torna aplicable el criterio reseñado que responsabiliza al ente sanatorial. En este entendimiento, creo valioso destacar que en casos dudosos, cuando la situación exacta y determinante del origen de la infección no puede ser claramente establecida, es comúnmente aceptado tomar como punto de limitación un plazo de cuarenta y ocho horas; así, cuando la infección aparece luego del lapso de tiempo precitado y no surja de la documental clínica que el paciente la traía consigo, se presume que fue adquirida en el hospital (conforme Mainguy, Daniel, *Le tritement juridique des infections nosocomiales*, citado por Prevot, op. cit. Pág. 314; Calvo Costa, Carlos, *Daños ocasionados por la prestación médico asistencial*, p. 278).

Del análisis del caso traído a examen cabe afirmar que si el paciente ingresó al establecimiento asistencial sin infección alguna, fue intubado por deficiencia en su saturación el día 13/09/2016 y a los tres días, es decir el 16/09/2016 se detectó una infección en sus vías respiratorias tratada a partir de ese momento a través del servicio de infectología del Hospital demandado, es porque padeció de una infección hospitalaria asociada al uso del respirador, tal como ha sido expresamente plasmado en su historia clínica en reiterados asientos⁷. Es por tal breve espacio temporal dado entre la internación, intubación respiratoria y el inicio del proceso infeccioso que cabe presumir que la sepsis se produjo por el uso del respirador y que ello se debió entre otras causas a la falta de asepsia del entorno o del mismo aparato (conf. criterio expuesto en Cám. 2da. Civ.Com., La Plata, Sala 1ª, 21/04/1998, “D., G.B y otro c/ Hospital Zonal de Agudos Narciso López y otros” RCyS, 1999-548).

⁷ Ver nota número 3.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

Así evaluados los antecedentes relacionados, tengo para mí que la responsabilidad de Gerenciamiento Hospitalario S.A. surge clara ya que junto con el deber principal de prestar asistencia médica, el establecimiento sanitario asume un deber de seguridad que siempre es objetivo. En ocasiones ese deber está referido a una obligación de medios –caso de los actos puros de profesión de los facultativos-, y en otras está destinado a afianzar resultados, por ejemplo, las cosas utilizadas, ámbitos físicos, instrumentos quirúrgicos, procedimientos de higienización y esterilización del cuerpo del paciente a intervenir, aparatos a emplear, dispositivos de rayos o de diagnóstico por imágenes, etcétera que pueden ser riesgosos o viciosos o hallarse deficientemente esterilizados (conforme CNCiv., sala D, 8/05/1996, “Roitman de Liascovich, María R. c/ Asistencia Médica Privada S.A. y otros”, JA 1996 II pag.454-1). De tal guisa, corresponde responsabilizar al sanatorio si se encuentra comprobado que el paciente contrajo un germen intrahospitalario y que a raíz de la infección el actor sufrió daños, pues surge patente el incumplimiento por parte del ente asistencial de su obligación tácita de seguridad, siendo su responsabilidad objetiva por lo que resulta totalmente irrelevante el análisis de la culpa en estos casos (conf. CNCiv., sala M, 18/12/2000, “Recamato de Mina, Norma B., c/ Sanatorio Quintana S.A.”, JA 2001-IV-592). Asimismo, se señaló que la infección hospitalaria no puede considerarse como un caso fortuito extraño o externo a la actividad que desarrolla un hospital o una clínica ya que deriva de un riesgo inherente a su actividad (CNCiv, sala F, 21/07/2006, “V. de G., M. c/ Centro Gallego de Buenos Aires y otro”, LL 30/12/2006, p. 4 y ss). En esa línea, se ha llegado a sostener que es responsable el sanatorio en el cual fue intervenido quirúrgicamente un paciente por la infección contraída por él, debido a la obligación tácita de seguridad que sobre aquél pesa, puesto que no puede eximirse aún si en la posición más favorable para ella, hubiera acreditado que todas



las medidas fueron tomadas en el acto quirúrgico, por no constituir un supuesto de caso fortuito (CNCiv., sala C, 8/02/2007, “González, Roberto O. c/ Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia y otros”, Lexis online 1/1017865).

Por los motivos así expresados y lo que ha sido considerado en el capítulo III (respecto de las Obras Sociales), considero que en el caso traído a examen ha existido responsabilidad de Gerenciamiento Hospitalario S.A. y de OSECAC respecto de los daños causados por la infección intrahospitalaria que afectó al Sr. Soria.

Veamos a continuación lo relativo a la responsabilidad atribuida a la Dra. Pino Villamil.

VII.- La responsabilidad atribuida a la Dra. Pino Villamil:

En el contexto fáctico en el cual se sucedieron los acontecimientos que aquí corresponde justipreciar, merece destacarse que la imputación efectuada por la parte actora respecto del obrar de la Dra. Pino Villamil ha sido harto inconsistente, ya que no ha individualizado la actuación médica de la referida accionada, imputada como negligente o deficiente. Ha pretendido la actora achacar a la referida médica la responsabilidad civil por mala praxis fundada exclusivamente en su supuesto carácter de Jefa del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Universitario demandado sin individualizar en modo alguno un obrar puntual atribuible a la referida profesional. La sola circunstancia de se haya indicado que la nombrada médica habría estado formalmente a cargo del Servicio de Terapia Intensiva de la clínica codemandada entre las fechas en que sucedieron los hechos que dieron motivo a la demanda (ver informe de fs. 47 de la causa sobre diligencias preliminares N° 55.339/2018) no basta para tenerla por responsable civil por una posible infección provocada por el respirador ni por el imputado oblitto denunciado, ya





Poder Judicial de la Nación
JUZGADO CIVIL 78

que no se ha demostrado -con la eficiencia necesaria- vinculación causal alguna entre las conductas terapéuticas imputadas y el obrar de la referida médica.

En primer lugar, no se ha invocado ni probado que Pino Villamil haya participado en modo alguno en la maniobra de colocación, retiro o higienización del respirador mecánico ni en el estudio diagnóstico que pudo haber ocasionado el oblitto denunciado. Y en segundo lugar, no ha sido demostrado con claridad y eficiencia suficiente el alcance de las funciones de supervisión y control que habrían estado a cargo de la referida profesional dentro de la organización hospitalaria. Máxime cuando la absoluta resistencia de Gerenciamiento Hospitalario S.A. a colaborar con el aporte de los datos requeridos acerca del personal a cargo del referido Servicio⁸, pone en tela de juicio la veracidad del extremo y el alcance de las funciones que la mencionada médica pudo haber tenido en la entidad demandada. De allí que no resulta suficientemente claro que la Dra. Pino Villamil haya estado efectivamente a cargo de la supervisión de las tareas desempeñadas por los diferentes profesionales que laboraban en el servicio ni que tuviese a su cargo el control y la gestión de las prestaciones a cargo del plantel profesional, con efectiva capacidad de maniobra y decisión, como para considerar imputable un eventual obrar omisivo de su parte.

⁸ Causa perplejidad observar la elusiva conducta observada por el apoderado de Gerenciamiento Hospitalario S.A. en las diligencias preliminares que tramitaron ante este Juzgado bajo el número de causa 55.339/2018. Adviértase la negativa a aportar datos expuesta a fs. 20/21 que dio lugar luego a la intimación de fs. 33, impugnada por el Hospital a fs. 34/35 por vía de revocatoria y apelación, desestimada la primera a fs. 39 por este magistrado y la segunda por la Alzada a fs. 44/45; datos confusos aportados a fs. 47 y clarificados con un paradójico error material a fs. 63/64 y finalmente esclarecidos a instancias de la actora a fs. 79/80 y fs. 88. Es decir, Gerenciamiento Hospitalario S.A. no sólo evitó sistemáticamente aportar los datos de la médica jefa de la UTI, sino que cuando frente a las sanciones pecuniarias establecidas los aportó, lo hizo primero de modo confuso y luego con datos equivocados que sólo pudieron ser aclarados gracias a la gestión efectuada por la actora para esclarecer el asunto (ver especialmente informe pericial contable de fs. 79/80 de estos obrados). Las justificaciones ensayadas en el sentido de que su parte no posee obligación legal de contar con datos certeros de su personal jerárquico no solo son inconsistentes a la luz de las normas de derecho laboral, sino que sólo podrían sostenerse si se avalara el absoluto desbarajuste administrativo de la entidad, lo que importaría –por cierto- una confesión de la propia torpeza de la institución asistencial.



No podemos soslayar que la medicina actual, ejercida en grandes centros u organizaciones hospitalarias, determina que muchas veces resulte difícil, cuando no imposible, identificar al sujeto concreto responsable del acto sanitario inadecuado, sin que ello pueda impedir la indemnización del perjudicado. Resulta obvio que ante la existencia de deficiencias no se requiere la individualización concreta del facultativo o facultativos causantes del daño para declarar –si la hubiere- la responsabilidad del ente asistencial, prestador de la atención médica inadecuada (Galán Cortés, Julio, *Responsabilidad civil médica*, Civitas, Madrid, 2005, pag. 118). Es indudable que si la estructura sanitaria tiene la obligación de organizar y coordinar los medios necesarios para prestar el servicio (edificio, instrumental, equipos humanos, tecnología, etc.), será responsable de los daños que su organización deficitaria acarree. Una buena organización requiere poner a disposición del paciente personal calificado, en número suficiente y presente en los momentos necesarios, desempeñar una actividad coordinada en los diferentes servicios, utilizar productos seguros y sanos, mantener sus instalaciones en forma higiénica, etc. (Chabas, François, *La responsabilità delle strutture sanitarie per difetto di organizzazione. Studio di diritto privato francese*”, Resp., Civ. Prev. 2001, p. 13 y sig., y otros, citados por Prevot, Juan Manuel, *Responsabilidad Civil de los Médicos*, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2008, pág. 61). De ahí que quepa hallar –en determinadas circunstancias- responsabilidad del Hospital o centro de salud sin imputación concreta de obrar de persona individualizada alguna. Así, dados los antecedentes del caso, no observo configurados los presupuestos de la responsabilidad médica que la parte actora atribuyó a la codemandada Pino Villamil por lo que la pretensión contra ella dirigida no tendrá favorable recepción, sin perjuicio de la responsabilidad que pudo caberle al Hospital y a la Obra Social codemandadas.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

VIII.- La responsabilidad frente al oblito de aguja de electroencefalograma:

Se utiliza la expresión *oblito* para referirse a todo material o elemento usado en el acto médico (agujas, gasas, compresas, pinzas, esponjas, tijeras, etc.) y dejado por olvido dentro del organismo del paciente en una intervención quirúrgica u otro tipo de procedimientos invasivos. Dicha irregularidad puede permanecer inocua o indiferente, ocasionar molestias o constituirse en el terreno propicio de severos focos infecciosos y enfermedades. Lo cierto es que, salvo que permanezcan ocultas y sean intrascendentes a la salud del paciente, éste, de mínima y aunque sólo sea por precaución, querrá extraérsela, lo que requerirá –claro está- una nueva operación y, con ello, del desembolso de nuevos gastos, el padecimiento de más molestias a las ya provocadas y la irremediable pérdida de más tiempo que todo ello acarrea (Prevot, Juan Manuel, *Responsabilidad Civil de los Médicos*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2008, pág. 364).

Dado que la presencia de la aguja de electroencefalograma fue detectada en el cuero cabelludo del actor pocos días más tarde de que se le practicara en el ámbito del Hospital demandado un estudio de ese tipo, considero que se encuentra configurada una hipótesis de responsabilidad del referido ente asistencial y de OSECAC por violación del deber de seguridad a su cargo por lo que corresponde que asuman los daños que se verán más adelante, causados por tal oblito.

IX.- Partidas indemnizatorias reclamadas:

Deslindada del modo indicado la responsabilidad que cupo a las codemandadas en los hechos, corresponde adentrarse en el estudio de las partidas indemnizatorias reclamadas en el escrito de inicio a efectos de determinar su eventual procedencia y cuantía.

IX.1.- Incapacidad psicofísica sobreviniente:



Con relación a la suma de \$ 6.000.000 que fueron solicitadas para resarcir el daño físico y psicológico reclamado por el Sr. Soria, entiendo que debe evaluarse una única partida indemnizatoria al respecto, porque considero que no corresponde desdoblar la indemnización como si la minusvalía física y la psíquica configuraran dos ítems distintos e independientes.

Considero necesario puntualizar que esta partida, tal como ha sido planteada, debe contemplar la integralidad de la secuela incapacitante, sin limitarla al aspecto físico o psíquico exclusivamente sino comprendiendo ambas facetas de la afección ocasionada. Ello así, en tanto el porcentaje de incapacidad padecido con motivo de hecho ilícito repercute unitariamente en la víctima, porque si bien se trata de dos lesiones de diversa índole, se traducen en un mismo y único daño, consistente en la merma patrimonial que experimenta el sujeto damnificado por la disminución de sus aptitudes y para el desempeño de cualquier trabajo o actividad productora de beneficios materiales (conf. CNCiv., Sala “A”, 22/05/2007, “Denis, Aldana Emilse c/ Frutos, Julián Humberto y otros s/ daños y perjuicios”, libre n° 468.747). Para la cuantificación del perjuicio es menester compulsar la efectiva medida en que la mengua física y psíquica sufridas por la víctima del hecho ilícito habrá de repercutir patrimonialmente, tanto sea en la disminución de sus aptitudes para el trabajo, como en otros aspectos de su vida social que de manera indirecta impongan limitaciones, afectando también sus perspectivas de evolución material (CNCiv., sala A, 4/8/2005, “Vieira Cubilla, Emilse Teresa c/ Ostuni Rocca, Mariano Agustín Venancio y otros s/ daños y perjuicios”, R. 418.245, entre otros).

Asimismo, merece destacarse que la indemnización por incapacidad sobreviniente –que debe estimarse sobre la base de un daño cierto– procura el resarcimiento de aquellos daños que tuvieron por efecto disminuir la capacidad vital de la persona afectada, no solo





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

en su faz netamente laboral o productiva sino en toda su vida de relación (social, cultural, individual y deportiva) (Mosset Iturraspe, Jorge y Ackerman, Mario E., *El valor de la vida humana*, Buenos Aires, Rubinzal-Culzoni, 2002, pág. 63 y 64).

Entraña la pérdida o la aminoración de potencialidades de que gozaba el afectado, teniendo en cuenta de modo predominante sus condiciones personales. En casos como el que aquí toca resolver, habrá incapacidad sobreviniente cuando se verifica luego de concluida la etapa inmediata de curación y convalecencia y cuando no se ha logrado total o parcialmente el restablecimiento de la víctima (Zavala de González, Matilde, *Resarcimiento de daños*, 2ª ed., “Daños a las personas”, pág. 343; CSJN, Fallos: 315:2834, in re “Pose, José D. c. Provincia de Chubut y otra”, 01/12/1992).

En tal sentido es uniforme la jurisprudencia en el sentido que la finalidad de la indemnización es procurar restablecer exactamente como sea posible el equilibrio destruido por el hecho ilícito, para colocar a la víctima a expensas del responsable, en la misma o parecida situación patrimonial a la que hubiese hallado si aquél no hubiese sucedido. Paralelamente, corresponde apreciar que cuando al fijar los montos se establecen sumas que no guardan relación adecuada con la magnitud del daño y con las condiciones personales de la víctima, ello provoca un enriquecimiento sin causa de la víctima, con el correlativo empobrecimiento del responsable.

Se ha insistido recientemente, más aún desde la sanción del Código Civil y Comercial —especialmente me refiero al art. 1746—, que para el cálculo de las indemnizaciones por incapacidad o muerte, resulta saludable el empleo de fórmulas matemáticas, que proporcionan una metodología común para supuestos similares. Nos ilustran Pizarro y Vallespinos al decir que “No se trata de alcanzar predicciones o vaticinios absolutos en el caso concreto, pues la existencia humana es por sí misma riesgosa y nada permite asegurar,



con certidumbre, qué podría haber sucedido en caso de no haber ocurrido el infortunio que generó la incapacidad o la muerte. Lo que se procura es algo distinto: efectuar una proyección razonable, sin visos de exactitud absoluta, que atienda a aquello que regularmente sucede en la generalidad de los casos, conforme el curso ordinario de las cosas. Desde esta perspectiva, las matemáticas y la estadística pueden brindar herramientas útiles que el juzgador en modo alguno puede desdeñar” (Pizarro, *Obligaciones*, Hammurabi, T 4, pág. 317).

Es que no debe olvidarse que el principio de reparación integral, también denominado de “reparación plena” (conf. art.1740 CCC) –que, como lo ha declarado reiteradamente la Corte Suprema de Justicia de la Nación, tiene status constitucional (Fallos, 321:487 y 327:3753, entre otros)- importa, como lógica consecuencia, que la indemnización debe poner a la víctima en la misma situación que tenía antes del hecho dañoso (art.1083 CC). Resulta adecuado a esos efectos el empleo de cálculos matemáticos para tratar de reflejar de la manera más adecuada posible el perjuicio patrimonial experimentado por la damnificada.

Para utilizar criterios matemáticos, corresponde ponderar las tareas futuras y los ingresos posibles y presumibles que con motivo de la dolencia la víctima se va a ver privada o mermada de obtener y realizar, suma final que invertida en alguna actividad productiva, permita a la víctima obtener una renta mensual equivalente a los ingresos frustrados por el ilícito, de manera que el capital de condena se agote al final del periodo de vida económica activa del damnificado. Así se tiene en cuenta, por un lado, la productividad del capital y la renta que puede producir, y por el otro, que el capital se agote o extinga al finalizar el lapso resarcitorio (Zavala de González, *Resarcimiento de daños. Daños a las personas*, Hammurabi, 1993, T. 2a, pág.523). Todo ello, por supuesto, dentro





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

del fluctuante e impredecible panorama económico que presenta nuestra economía actual.

Si bien existen diversas fórmulas de cálculo con variantes (ej. “Vuoto”, “Marshall”, “Las Heras-Requena”, etc.) para obtener el valor presente de una renta constante no perpetua, o en su caso, en forma más justa, con una fórmula de valor presente de rentas variables (y probables) (ver sobre estos aspectos Acciarri, Hugo - Testa, Matías I., “La utilidad, significado y componentes de las fórmulas para cuantificar indemnizaciones por incapacidad y muertes”, La Ley del 9/2/2011, pág. 2; y mismo autor, “Sobre el cómputo de rentas variables para cuantificar indemnizaciones por incapacidad”, RCCy C 2016 (noviembre), 17/11/2016,3), lo cierto es que el juzgador no tiene por qué atarse férreamente a ellas, sino que llevan únicamente a una primera aproximación, o sea, una base, a partir de la cual el juez puede y debe realizar las correcciones necesarias atendiendo a las particularidades del caso concreto (Pizarro-Vallespinos, op. cit., T 4, pág. 318; Zavala de González, op. cit., T 2a, pág. 504). Por ende, no corresponde otorgar a la víctima, sin más, la suma que en cada caso resulte de la aplicación rígida de la fórmula mencionada, sino que ella servirá simplemente como pauta orientadora para un resarcimiento pleno.

De allí que en materia civil y a los fines de su valoración, no puedan establecerse pautas fijas por cuanto habrá de atenderse a circunstancias de hecho variables en cada caso en particular. Al tratarse de una reparación integral, para que la indemnización sea justa y equitativa deben apreciarse diversos elementos y circunstancias de la víctima, tales como su edad, sexo, formación educativa, ocupación laboral y condición socioeconómica (CNCiv., sala H, *in re* “Cabrera, Oscar Alejandro c/ Cergneaux, Elvio Omar y otros s/ daños y perjuicios”, R. 539.455, 19/03/2010; *id. id.*,



in re "Echazu, César Oscar c/ Rebori, Tomás Esteban y otro s/ daños y perjuicios (acc. trán. c/ les. o muerte)", R. 544.834, del 30/03/2010).

Además, merece recordarse que los porcentuales de incapacidad que se determinan en los dictámenes periciales no constituyen un dato rígido sobre el cual deben establecerse las indemnizaciones pues éstas no son tarifadas, sino que dichas incapacidades deben ser meditadas por el juzgador en función de pautas razonablemente generales, siempre con un criterio flexible, para que el resarcimiento pueda ser la traducción lo más real posible del valor verdadero y concreto del deterioro sufrido.

Desde esta perspectiva de análisis, corresponde apuntar que en el plano físico, la parte actora no ha logrado demostrar incapacidad remanente alguna derivada de la infección hospitalaria y oblito sufridos.

Si bien ha padecido el actor una estenosis traqueal del tercero al quinto anillo⁹ causada por la intubación y colocación del respirador mecánico y dado que –tal como ya he analizado más arriba al ponderar lo informado por el perito médico actuante- en toda intubación se puede dañar la tráquea, no puedo soslayar que tal práctica médica proporcionada por la demandada fue vital para el paciente ya que si no era rápidamente intubado o reintubado, ante su crítica insuficiencia respiratoria, muy probablemente habría entrado en dolorosa agonía y en una muerte lenta y segura por asfixia progresiva. De ahí que tengo para mí que la maniobra de intubación llevó implícito ese riesgo de daño posible a la tráquea, riesgo mínimo y colateral frente al cuadro crítico de muerte al que se hallaba expuesto el paciente. Por ello, no corresponde imputar responsabilidad por tal terapéutica riesgosa cumplida, pues estuvo implícita la consecuencia dañosa que fue asumida como parte inevitable de un tratamiento que permitió salvar la vida del paciente y

⁹ Ver estudio de tráquea de fecha 1/11/2016 de f. [238](#) realizado en el Hospital Muñiz.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

que integra en estos casos la genérica autorización que el paciente otorgó (a través de su esposa) al suscribir el consentimiento informado agregado a fs. 32 de la causa 54.084/2017 al autorizar “la realización de todo procedimiento, tratamiento o intervención adicional o alternativa que resulten recomendables para el tratamiento de mi afección...”. En definitiva, ante riesgo cierto de vida, es parte de la obligación de todo médico sobre la base de su juramento hipocrático, administrar los tratamientos adecuados e indicados para salvar la vida del paciente y en el caso es lo que se hizo al intubar al Sr. Soria y colocarle la asistencia respiratoria mecánica. La estenosis traqueal fue una consecuencia previsible y propia de tal terapéutica por la que no se puede responsabilizar civilmente al hospital demandado. Asimismo, la posible consecuencia derivada de la prolongación de la intubación causada por la infección intrahospitalaria no se ha determinado con claridad que haya sido la causa eficiente de la estenosis¹⁰. Pero más allá de todo ello, no debe soslayarse que luego de la traqueoplastia a la que fue sometido el actor llevada a cabo en el Sanatorio Sagrado Corazón (ver historia clínica de f. [249](#)), no ha quedado secuela física indemnizable más allá de la cuestión estética descrita por el perito Battaglia en su informe. En tal sentido ha sido claro su informe acerca de que en la actualidad Soria no parece de estenosis alguna y que no hay secuela incapacitante desde la perspectiva físico funcional derivada de la infección intrahospitalaria sufrida ni del olvido.

En cuanto al aspecto estético de la secuela (ver cicatrices descritas por el galeno en su informe pericial), el perito médico legista otorgó ciertos porcentajes de incapacidad sin apreciar

¹⁰ En tal sentido, en la página 33 del informe pericial, en el penúltimo y último párrafo de la respuesta 11 expuso el perito expuso: “La Estenosis Traqueal es una secuela previsible de la intubación por un plazo tan extendido mayor a los 14 días cuando hay que plantear la Traqueostomía. La Estenosis Traqueal del actor parecería más relacionada a una Maniobra de Intubación que al plazo de Intubación pero dado que estuvo en el límite (13 días) no puede descartarse”.



que en realidad, tal tipo de secuela carece en el caso de contenido patrimonial. En efecto, considero que las cicatrices descriptas no deben ser apreciadas desde la perspectiva del daño patrimonial, ya que -a mi ver- no se configuran en la especie los presupuestos que lo tornan atendible. El rubro en estudio requiere para su procedencia que la lesión padecida se trate de una desfiguración física tal, que tenga la posibilidad cierta de repercutir patrimonialmente en la situación del damnificado, al incidir en sus posibilidades económicas, en función de la importancia de la afección y de la naturaleza de la actividad por éste desarrollada. De no reunirse tales extremos, dicha lesión podrá a lo sumo conformar un agravio extrapatrimonial por los sufrimientos que la eventual fealdad pueda provocar en la víctima, mas no un renglón donde se procure enjugar un daño material inexistente, referido a las “chances” perdidas por ese menoscabo (conf. Kemelmajer de Carlucci A., en Belluscio-Zannoni “Código Civil comentado, anotado y concordado”, t. 5, pág. 221; CNCiv. Sala A, libres n° 227.862 del 30-03-98; n° 264.982 del 15-09-99 y n° 453.438 del 17-10-06, entre muchos otros).

Por ende, la índole de las labores desarrolladas por el demandante como empleado de una importadora de juguetes (cfr. fs. [244/247](#), ver página 3 de 7) impiden tener por acreditados los presupuestos que tornan admisible el acápite indemnizatorio encaminado a reparar la secuela estética constatada por el perito médico, sin perjuicio de la incidencia que compete atribuirle a dichas marcas en la configuración del daño moral derivado de la traqueoplastia (en tanto concausalmente pudo haber estado vinculada con la demora en la extubación causada por la infección hospitalaria) y la extracción quirúrgica del oblito.

Por otro lado, en lo que respecta a la faceta psíquica, la perita psicóloga designada en autos, Lic. Alicia Sucharewski, en su informe de fs. [244/247](#), atribuyó genéricamente al “hecho de autos”





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

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 psíquico en el actor, cabe destacar con especial énfasis 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 desprotección frente al peligro amenazador que puede llegarle desde afuera.

De tal análisis surge que la auxiliar omitió todo examen eficiente acerca del carácter multifactorial de lo que ella llamó “hecho de autos”, circunstancia que desnuda una absoluta ausencia de profundización o detenimiento en punto a la causalidad atribuible a la infección hospitalaria y/o al olvido respecto del daño psíquico descripto. En tal sentido, corresponde clarificar que lo que la perita ha llamado el “hecho de autos” consistió en una severa crisis convulsiva causada por la epilepsia que afectaba al Sr. Soria con anterioridad a su internación en el Hospital Universitario de la UAI para cuyo tratamiento fue imperioso realizar ciertas maniobras terapéuticas invasivas (internación en unidad de cuidados intensivos, intubación orotraqueal con colocación de respirador mecánico, aplicación de medicación específica endovenosa, etc.) que salvaron la vida del paciente y que de no haber sido suministradas podría haberse desencadenado la muerte del Sr. Soria. Pero en todo ese proceso causado por la epilepsia del actor, nada de lo vivido cabe atribuírselo al sanatorio que brindó la atención médica que permitió salvar la vida y superar el estado crítico en el cual ingresó el paciente al ente asistencial, salvo los únicos dos aspectos más arriba señalados como causalmente imputables, que han sido la infección hospitalaria y el olvido de una aguja de electroencefalograma.



Tal como han planteado las accionadas impugnantes a fs. [252/254](#) y [256/257](#), el informe pericial carece de un análisis prolijo acerca de la causalidad del daño psíquico descripto ya que no se hace cargo de las preexistencias, entre las cuales sin duda está nada menos que la enfermedad crónica de base (epilepsia) que fue la que desencadenó el “hecho de autos” al que la perita atribuyó el malestar psíquico de Soria. Y al contestar la perita las impugnaciones a fs. [261/262](#) tampoco aportó claridad sobre esos aspectos cuestionados. Asimismo, no ha analizado la perita las graves limitaciones psíquicas que bien podrían atribuirse a la enfermedad de base del actor y las implicancias subjetivas que de ella pudieron derivarse para la conformación de la patología psíquica que describió que el Sr. Soria presentaba. En tal sentido, la psicóloga encasilló al actor en un tipo de personalidad a la que le atribuyó que *“Son sujetos que se preocupan por su salud y el funcionamiento de su cuerpo e informan problemas somáticos y dolor, se quejan de sentirse físicamente enfermos. Se muestran ansiosos, tensos, nerviosos, intranquilos e irritables, con características de ensimismamiento e infelicidad. Generalmente muestran una pérdida de iniciativa, baja autoestima, dudas acerca de la propia capacidad o dificultad para tomar decisiones. Las situaciones de tensión, o las responsabilidades excesivas, suelen agravar la sintomatología, lo que puede manifestarse a través del deseo de escapar a dichas situaciones, generando sensación de inoperancia. Son cohibidos, introvertidos y tímidos en situaciones sociales; retraídos y solitarios. Experimentan dudas sobre su capacidad y muestran duda e indecisión incluso sobre cuestiones menores. Tienden a ser hipersensibles y pasivo-dependientes. También pueden utilizar bebidas alcohólicas o fármacos por prescripción médica para reducir la tensión que experimentan. Este tipo de perfil se encuentra entre sujetos neuróticos hipocondríacos o con síntomas físicos significativos”*. Interpreto así que la perita





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

enmarcó al Sr. Soria en un padecimiento claramente asociado a la enfermedad de base que padece, más que a la infección hospitalaria que sufrió o al olvido de los que en este caso pudo derivarse cierta responsabilidad civil de los entes demandados.

No obstante, advierto que la perita describió que el paciente le refirió “*que recuerda frecuentemente los sonidos de las máquinas a las que estuvo conectado durante la internación, lo que le resulta desesperante*”, circunstancia que al haberse visto prolongada en aproximadamente diez días debido a la infección hospitalaria, permite evaluar como razonable atribuirle a ese factor (la prolongación de la necesidad de mantener la asistencia mecánica respiratoria derivada de la infección hospitalaria) de modo parcial, una cuota de causalidad en el daño finalmente observado en Soria. En tal sentido, considero prudente apreciar que la patología psíquica que presenta el actor quepa atribuírsela en el porcentaje más significativo a su propia enfermedad de base que le provocó el episodio convulsivo severo que hizo necesaria su internación en una unidad de cuidados intensivos (50 % de la causa del “hecho de autos”); a la necesidad de que Soria fuese intubado y conectado a un respirador mecánico debido a su deficiencia respiratoria (ajena a la infección hospitalaria y causada por la enfermedad de base) otro porcentaje significativo y de mayor intensidad ya que sin la conexión al respirador no habría operado la ulterior infección (30 % del “hecho de autos”); para finalmente atribuirle un 20 % de causalidad a la necesidad de reintubación y prolongación de la asistencia respiratoria mecánica causada por la infección hospitalaria.

De tal razonamiento se sigue que la incapacidad psíquica que presenta el Sr. Soria estimada por la Lic. Sucharewski en un veinte por ciento (20 %) de la total, sólo cabe atribuirle al “hecho de autos” un veinte por ciento (20 %) de esa limitación, es decir, un



cuatro por ciento (4 %) de incapacidad, circunstancia que tendré en especial consideración al estimar el monto de la reparación.

En función de todo lo expuesto, considerando que el Sr. Soria contaba con cuarenta y un años de edad al tiempo de los hechos, posee estudios terciarios incompletos, ha trabajado como empleado, admitiré la partida reclamada en concepto de incapacidad psíquica hasta la suma de **dos millones de pesos (\$ 2.000.000.-)**. Dejo constancia que, para arribar a ello, he tomado como pauta indiciaria el SMVyM actual (\$ 234.315 conf. [Res. 9/2024](#) del Consejo Nacional del Empleo, la Productividad y el Salario Mínimo, vital y Móvil).

IX.2.- Daño moral:

En concepto de “daño moral”, el pretensor ha reclamado la suma de \$ 2.000.000.

En lo que atañe a esta partida, entiendo que se configuran en la especie los requisitos que tornan procedente la indemnización del perjuicio en cuestión, que por cierto corresponde reconocer frente a todo sufrimiento o dolor que se padece, independientemente de cualquier reparación de orden patrimonial, en tanto se trata del menoscabo en los sentimientos, consistente en los padecimientos físicos, la pena moral, las inquietudes o cualesquiera otras dificultades o molestias que sean consecuencia del hecho dañoso (conf. CNCiv., Sala “A”, 10/11/2005, “Villar, Fernanda c/ Céliz, Sonia Cristina s/ daños y perjuicios”, libre nº 436.715).

En efecto, el daño moral es la lesión en los sentimientos que determina dolor o sufrimiento físico, inquietud espiritual o agravio a las afecciones legítimas y, en general, toda clase de padecimientos insusceptibles de apreciación pecuniaria (cfr. Jorge Bustamante Alsina, *Teoría General de la Responsabilidad Civil*", ed. Abeledo Perrot, 4ta. ed., nro.557, pág.205), comprendiendo también las molestias en la seguridad personal de la víctima o goce de sus bienes (C.N.Esp.Civ.Com., Sala I, “Silverio Graciela c/ Persini Dardo





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

s/ sumario”, 13.8.84). Es el menoscabo o lesión a los intereses no patrimoniales provocado por el evento dañoso, es decir, por el hecho o acto antijurídico (cfr. Eduardo A. Zannoni, *El daño en la responsabilidad civil*, Editorial Astrea, pág. 287). No se trata de poner “precio” al dolor o a los sentimientos, pues nada de esto puede tener equivalencia en dinero, sino de suministrar una compensación a quien ha sido herido en sus afecciones (Orgaz, Alfredo, *El daño resarcible*, Buenos Aires, 1952, pág. 226).

Respecto de la prueba del daño moral, se ha señalado que cuando el daño moral es notorio, no es necesaria su prueba y quien lo niegue tendrá sobre sí la carga de la prueba de su ausencia (Cazeaux-Trigo Represas, *Derecho de las Obligaciones*, tomo 1, página 387/88).

Desde dicho punto de análisis, 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 de una nueva intervención quirúrgica que evolucionó sin secuelas funcionales ni físicas (pero sí con ciertas afecciones estéticas), las molestias y ulterior intervención quirúrgica provocada por el oblito de la aguja de electroencefalograma y las secuelas estéticas informadas, me hacen considerar adecuado establecer en la suma de **pesos doce millones (\$ 12.000.000)** la partida destinada a indemnizar el daño extrapatrimonial del peticionario, monto que considero adecuado a las variables del caso y al padecimiento sufrido como consecuencia de la infección hospitalaria y oblito padecidos.

Si bien es claro que no hay nadie más idóneo para cuantificar la magnitud del daño a los sentimientos que el propio damnificado a los fines de la fijación del rubro en examen, lo cierto es que un nuevo planteo del asunto ha llevado a modificar este criterio



cuando ha transcurrido un largo tiempo desde la estimación hecha al promover la demanda. Por ello, se ha entendido que no es posible, en el presente contexto económico, dejar de ponderar el prolongado lapso transcurrido desde que se efectuara la estimación. Máxime cuando al hacerlo, el demandante dejó bien en claro su intención de no cristalizar su reclamo, por lo que la determinación del resarcimiento de esta partida no debe quedar acotada a un importe desactualizado. Por esta razón, no debe considerarse violatoria del principio de congruencia la determinación de un importe que en tales supuestos se estime adecuado para cumplir con la indemnización plena a la que tiene derecho el damnificado a la época en que se dicta el pronunciamiento (cfr. CNCiv., Sala F, 26/5/2021, “Benítez, Dominga y otros c/ Décima, Fabián Matías y otros s/ daños y perjuicios” expte. n°34.400/2012, y sus citas de CNCiv. Sala F, diciembre 19/2012, “Leghizzolo, José c/ La Independencia SA de Transportes y otro s/ daños y perjuicios”, L 601.129, Expte.N° 1.303/2007; id. Sala F, diciembre 28/2017, “Chornie, Sandro Fabián c/ García Llanos, Víctor Ismael s/ daños y perjuicios” Expte. 4151/2012).

Por otra parte, no puede soslayarse que cuando el actor reclamó \$ 2.000.000 de daño moral, el valor del dólar libre rondaba los [\\$ 57](#), de modo que su afección moral fue estimada en ese momento en aproximadamente un valor de U\$S 35.087, pauta que no puede dejar de soslayarse al valorar la estimación efectuada por el propio actor. De tal suerte, considero que resulta ilustrativa la ecuación ya que nos permite configurarnos la entidad del reclamo a la luz de valores más constantes que el dinerario plasmado en el escrito de inicio. No obstante, también merece advertirse que la totalidad del daño moral reclamado tampoco resulta procedente debido a que el actor, al formular su pretensión, no ha considerado los aspectos causales que han sido desarrollados a lo largo de este





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

pronunciamiento que coadyuvan significativamente a limitar el alcance de su reclamo.

IX. 3.- Terapia:

Solicitó el actor una partida de \$ 86.400 para atender el tratamiento psicoterapéutico de una vez por semana durante dos años que consideró necesario realizar, a razón de \$ 900 por sesión. Sin embargo, omitió impulsar adecuadamente la prueba pertinente a la hora de justificar su reclamo. En tal sentido, la perita psicóloga nada informó al respecto y el actor no insistió por vía de pedido de explicaciones o impugnación en su requerimiento a la experta (ver punto de pericia letra g) por lo que se carece de elementos para evaluar la procedencia del rubro. En definitiva, su necesidad no ha quedado comprobada por lo que no será admitida la partida.

X.- Corolario:

En síntesis, el monto indemnizatorio reconocido en favor del demandante ascenderá a la suma de \$ **14.000.000** (\$ 2.000.000 por incapacidad psíquica y \$ 12.000.000 por daño extrapatrimonial).

XI.- Intereses:

Los importes resarcitorios fijados en el presente pronunciamiento han sido cuantificados a valores actuales. Por ello, interpreto que se da en la especie la necesidad de apartarse del parámetro habitual que ha fijado el plenario “Samudio” y contemplar la excepción también prevista en dicho pronunciamiento, estableciendo un interés puro desde el hecho (16/09/2016) del ocho por ciento (8%) anual.

No obstante, a partir del presente pronunciamiento, el interés que se devengará a futuro, dada la economía inflacionaria en la que vivimos, deberá liquidarse conforme las pautas establecidas en el fallo plenario dictado por la Excma. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil con fecha 20/04/2009, en autos caratulados “Samudio de



Martínez, Ladislaa c/ Transporte Doscientos Setenta S.A. s/ daños y perjuicios”, que ha vuelto a erigirse en una pauta directriz de aplicación obligatoria en el fuero en virtud de lo normado por el la ley n° 27.500 y la ausencia de normas vigentes que establezcan una tasa diferente.

XII.- Costas:

En virtud de lo expuesto precedentemente, al no existir elementos que permitan apartarse del principio objetivo de la derrota que consagra el art. 68 del CPCCN, los gastos causídicos devengados se imponen a las codemandadas condenadas.

Ello así a excepción de los honorarios devengados por la actuación del perito contador Dr. Pedro De Miguel, cuya actuación sólo estuvo motivada en la absoluta ausencia de colaboración en aportar los datos que le habían sido requeridos a Gerenciamiento Hospitalario S.A, por lo que sus honorarios deberán ser soportados exclusivamente por esa codemandada que dio motivo a tal actuación.

Consecuentemente, por las razones expresadas y normas legales citadas, **FALLO:**

1.- Haciendo lugar parcialmente a la demanda promovida por **Diego Fernando Soria** contra “**Gerenciamiento Hospitalario S.A**” y “**Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles (O.S.E.C.A.C.)**”; y desestimándola en lo relativo al reclamo contra la Dra. **Viviana Jaqueline Pino Villamil**.

2.- Haciendo extensiva la condena a la citada en garantía “**TPC Compañía de Seguros S.A.**”, en los términos y con los alcances de la cobertura contratada.

3.- Con costas a las codemandadas vencidas.

4.- En consecuencia, condeno a las referidas codemandadas y a la aseguradora mencionada a abonar concurrentemente al actor la suma de **catorce millones de pesos (\$ 14.000.000.-)** dentro del plazo de diez días hábiles, con más los





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

intereses (8% anual desde el 16/09/2016) que deberán ser liquidados conforme las pautas trazadas en el considerando XI). Establecer asimismo que a partir del presente pronunciamiento la condena devengará intereses según la tasa activa del BNA.

5.- A tenor de lo dispuesto por los artículos. 1, 2, 3, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 24, 29, 52 y conchs. de la ley 27.423, ponderando la naturaleza y complejidad del presente proceso, así como las etapas cumplidas, la calidad, eficacia y extensión de la labor profesional desarrollada y el monto involucrado, que a los fines arancelarios se considera comprensivo del capital de condena con más los intereses reclamados y reconocidos en la sentencia, devengados hasta la fecha del presente pronunciamiento (conf. art. 24 ley 27.423 y CNCiv., sala “H”, 27/09/2011, “Prevención ART S.A. c/ Medina, Juan José s/ cobro de sumas de dinero”; íd., ídem., 23/05/2016, “Elizalde, Carlos Jorge c/ Aysa S.A. s/ daños y perjuicios” y), se regulan los honorarios de los letrados patrocinantes y apoderados del actor, Dres. **Patricia Pilar Venegas, Enrique Ignacio Brochard y Joaquín Fernández Venegas**, por las tres etapas cumplidas y su actuación en la prueba anticipada, en las diligencias preliminares y en el beneficio de litigar sin gastos, en las sumas respectivas de CINCUENTA Y CUATRO UMAs (hoy equivalente a \$ 2.835.5440), CINCUENTA Y DOS UMAs (hoy equivalente a \$ 2.730.520) y CUATRO UMAs (hoy equivalente a \$ 210.040); los del letrado apoderado de Gerenciamiento Hospitalario S.A. Dr. **Patricio Justo Francisco Goyena Echevarría**, por su actuación en autos y etapas cumplidas, la suma de SESENTA UMAs (hoy equivalentes a \$ 3.150.600); asimismo, en igual carácter y por la labor cumplida en el proceso de diligencias preliminares, fijo los honorarios del Dr. **Fernando Luis Ratti** en la suma de DOS UMAs (hoy equivalente a \$ 105.020); los de la Dra. María Verónica Amestoy, en su calidad de apoderada de OSECAC, por las dos etapas cumplidas, la suma de SESENTA y



DOS UMAs (hoy equivalente a \$ 3.255.629); los de los Dres. **Diego Florio** y **Alberto Armando Alvarellos**, apoderados de la aseguradora, por las tres etapas cumplidas, las respectivas sumas de TRES UMAs y SESENTA Y CINCO UMAs (hoy equivalentes a \$ 157.530 y \$ 3.413.150).

En cuanto a los honorarios de los peritos designados de oficio, teniendo en consideración el mérito, la extensión y la calidad de la labor pericial cumplida, su incidencia en el resultado del juicio y la razonable proporción que deben guardar los emolumentos de los peritos con los del resto de los profesionales que intervienen en el pleito (conf. CSJN L. 126. XXXVI. Laboratorios Ricar S.A. c/ E.N. M° de S.P. y M.A. y otro s/ daños y perjuicios, del 29/08/2002, T. 325, P. 2119, entre otros), se regula a favor del perito médico legista Dr. **Héctor Marcelo Battaglia**, por su actuación en los presentes obrados, en TREINTA y CUATRO UMAs (hoy equivalente a \$ 1.785.340); a la perita psicóloga Lic. **Alicia Celina Sucharewski**, la suma de VEINTISÉIS UMAs (hoy equivalente a \$ 1.365.260); al perito contador Dr. **Pedro De Miguel** la suma de VEINTE UMAs (hoy equivalente a \$ 1.050.200).

Por último, se fijan los honorarios del mediador interviniente, **Dr. Adrián Bustinduy**, en la suma de doscientos ochenta mil pesos (\$ 280.000), conforme lo dispuesto en el artículo 2°, inciso G) del Anexo III) del Decreto 1467/2011, modificado por el Decreto 2536/2015.

A los montos establecidos en concepto de honorarios se les deberá adicionar la alícuota del Impuesto al Valor Agregado para el caso que el profesional acreedor revista la calidad de responsable inscripto en dicho tributo, extremo que se deberá acreditar en los términos de la Resolución General de la AFIP N° 689/99.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL 78

La mencionada alícuota estará a cargo de los obligados al pago de los emolumentos, conforme criterio sentado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación con fecha 16/06/1993, en los autos caratulados “Compañía General de Combustible S.A. s/ recurso de apelación”.

Todos los honorarios regulados y/ o fijados precedentemente deberán ser abonados dentro del plazo de quince días hábiles judiciales de quedar firme o ejecutoriada la presente decisión.

Para el caso de que los obligados al pago incurran en mora, los intereses que devengue tal regulación se calcularán al ocho por ciento anual (8 %), habida cuenta que los montos ya gozan del ajuste propio de las UMAs, y serán retroactivos a la fecha del presente pronunciamiento, de conformidad con lo establecido por el art. 54 de la ley 27.423.

Ello así, a excepción de los honorarios del mediador que por no ajustarse de la forma establecida por la ley 27.423, devengarán los intereses de la tasa activa desde la mora.

6.- En orden a clarificar las alternativas de cobro de los créditos reconocidos en el presente pronunciamiento a la luz de lo establecido por el artículo 10 de la ley 27.423, se hace saber a todos los interesados que por razones de economía y celeridad procesal, y en atención a que todos los profesionales y partes poseen acceso irrestricto al sistema informático Lex 100, que les permite conocer el trámite de las actuaciones en todo momento, no será necesario en autos cumplir con notificaciones electrónicas ni citaciones previas a los profesionales para liberar fondos depositados y dados en pago en el expediente, en tanto no medie expresa oposición.

7.- Déjase establecido que debido a la constante depreciación de la moneda derivada de la inflación que atraviesa nuestra economía, a los fines de evitar una mayor licuación de los



créditos reconocidos, se establece como recaudo de admisibilidad de toda pretensión de las obligadas de hacer valer el límite previsto por el art. 730 del Código Civil y Comercial de la Nación, que la deudora interesada en que su planteo sea considerado, deberá dentro del plazo para el pago de los honorarios y antes de incurrir en mora en el cumplimiento de las condenas, practicar la liquidación de la sentencia y del prorrateo que intenta hacer valer y depositar y dar en pago los montos respectivos. Caso contrario, no será admisible la limitación aludida.

8.- Regístrese y protocolícese virtualmente.

9.- Cumplido ello, archívese con conocimiento de la DIJ y oportunamente destrúyase.

Hágase saber a las partes e interesados que dentro del plazo de diez días de que la presente sentencia quede firme o ejecutoriada deberán proceder a solicitar y practicar los desgloses de toda la documentación original que en formato físico hubiesen presentado. De lo contrario, se interpretará que la falta de retiro de tales instrumentos importará que han consentido su destrucción.

10.- Notifíquese por Secretaría a los domicilios electrónicos que registren los diferentes sujetos procesales.

HERNÁN HORACIO PAGÉS

Juez Nacional en lo Civil

