

EXPRESA AGRAVIOS

Excmo. Cámara:

Patricio Justo F. Goyena Echevarría, abogado T° 74, F° 538 C.P.A.C.F., en mi carácter de apoderado de **GERENCIAMIENTO HOSPITALARIO S.A.**, manteniendo los domicilios procesal y electrónico oportunamente constituidos en autos *""SORIA, DIEGO FERNANDO c/ PINO VILLAMIL, VIVIANA y otros s/ daños y perjuicios"* (expte. N° 63.640/2018), a V.E. digo:

1) OBJETO:

Que en tiempo y forma vengo a expresar los agravios que infiere a mi representada la sentencia definitiva dictada con fecha 29 de julio de 2024, y a solicitar que por las razones de hecho y de derecho que expondré seguidamente, se revoque la misma en cuanto es materia de agravio, con costas a la actora.

II) EXPRESA AGRAVIOS:

He de referir seguidamente los agravios distinguiendo los aspectos fundamentales que deben ser tenidos en cuenta, y que el Sr. Juez a-quo ha omitido considerar.

II.a) Principal Agravio. INSUFICIENTE VALORACION DE LA PRUEBA PRODUCIDA. CONJETURAS.

Agravia a esta parte que la sentencia recurrida, al analizar la aplicación al caso de los presupuestos de la responsabilidad, haya valorado inadecuadamente la prueba rendida en autos, especialmente la prueba pericial médica.

No se encuentra controvertido que el actor sufrió una neumonía asociada al ventilador (NAV) tal como surge de la pericia médica practicada por el Dr. Battaglia obrante a fs. 325/328, 339/351 y 352/365.

También está fuera de discusión que el paciente corrió riesgo de vida ante una marcada insuficiencia respiratoria, que la decisión de conectarlo a asistencia respiratoria mecánica fue acertada y que la lesión traqueal ocurrida (actualmente sin secuelas) configuró un riesgo previsible y necesario ante la emergencia, razón por la cual el a-quo atinadamente desestimó la existencia de responsabilidad médica al respecto.

Sin embargo agravia a esta parte que el Juzgador responsabilizara a mi mandante por la infección producida por el uso del respirador, al sostener en el punto IV de la sentencia que *“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 asientos. 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).”* (subrayado y negrita son propios)

Aquí radica el error de la sentencia, por cuanto el a-quo *presume* (obviando afirmaciones del perito sobre las que luego ahondaré) que el proceso infeccioso asociado al uso del respirador se produjo *“entre otras causas a la falta de asepsia del entorno o del mismo aparato”*.

Tal presunción no solo es errónea e infundada, sino que también resulta notoriamente imprecisa, ya que se basa en distintas posibilidades, como: 1) falta de asepsia del entorno, 2) falta de asepsia del aparato y 3) otras causas...

Semejante imprecisión quita todo sustento a la imputación de responsabilidad.

Bien podría el a-quo haber sostenido que desconoce la causa de la infección, pero que presume que por *algo* debe haber ocurrido, postura que a los fines prácticos

hubiera sido lo mismo que barajar distintas hipótesis alternativas, puramente conjeturales.

Por otro lado, lo resuelto ignora pasajes importantes de la pericia médica presentada en autos, en especial los siguientes:

Al punto pericial N.º 12, el perito explicó que *“Las infecciones intrahospitalarias se presentan en un 5 a 10 % de pacientes que se internan en el hospital, el desarrollo de las mismas está en función a: la edad, siendo más frecuentes en los extremos de la vida, el estado inmunitario, ya que los inmunodeprimidos de diferente etiología son los más susceptibles y patología de base, la cual determina el destino de internación del paciente, de donde parte que, servicios de UTI, quemados y salas quirúrgicas son las dependencias hospitalarias donde más frecuentemente se presentan las infecciones intrahospitalarias. Actualmente se sabe que la infección intrahospitalaria más frecuente es la infección urinaria hasta en un 40% de pacientes que adquieren las infecciones intrahospitalarias, esta es seguida por la infección de heridas quirúrgicas que representan hasta un 25%, las infecciones respiratorias se alcanzan con un 15 a 20%, y las infecciones asociadas al cateterismo representan un 10% del total, otras infecciones (en piel, infecciones gastrointestinales, etc.) constituyen solo el 10% de infecciones adquiridas en el hospital². La distribución de las distintas infecciones intrahospitalarias cambian en frecuencia cuando nos referimos a la UTI, esto bajo el criterio que al estar internado en una UTI se eleva el riesgo de adquirir una infección intrahospitalaria hasta en 7,4 veces, de esta manera la distribución de las infecciones dentro de la UTI es: neumonías representan hasta un 40% del total de infecciones, las bacteriemias una 25 a 30%, las infecciones urinarias, infecciones de 66 heridas quirúrgicas y otro tipo de infecciones representan juntos un 30% de las infecciones desarrolladas al interior de la UTI.”*

Luego, al contestar los puntos periciales ofrecidos por mi mandante expuso cuanto sigue (negrita y subrayado propios):

10) Indique si la neumonía asociada al respirador puede ser evitada en todos los casos.

“La neumonía asociada al respirador no puede ser evitada en todos los casos dado que aún cambiando esterilizados los circuitos del respirador, los humidificadores y aerosoles, el entorno del paciente, el tubo de intubación, etc. puede ayudar a que se produzca.” (SIC)

11) Señale si las máximas medidas de asepsia y profilaxis impiden por completo la aparición de neumonía asociada al respirador.

“Las máximas medidas de asepsia y profilaxis no impiden por completo la aparición de neumonía asociada al respirador ya que depende de muchos factores ya mencionados.”

12) Indique cuál son los antecedentes propios del paciente que pueden aumentar la incidencia de neumonía asociada al respirador.

“Las Crisis Epilépticas si requieren ventilación pueden aumentar la incidencia de neumonía asociada al respirador...”

Nada de esto fue considerado por el a-quo, quien ante la existencia de infección se volcó automáticamente hacia el lado de las obligaciones de resultado, responsabilizando a mi mandante por lo ocurrido a pesar de desconocer las causas.

Ello configura un craso error ya que pone en cabeza del nosocomio una obligación que no puede garantizar, ya que como bien dijo el perito, ni aún con la más exquisita pulcritud y asepsia es posible evitar en todos los casos la existencia de infección en estos casos, al depender ello de muchos factores no considerados en la sentencia.

Estamos entonces ante un riesgo no solo inevitable sino además estadísticamente recurrente, conforme fuera acreditado.

La condena coloca a mi mandante en una situación injusta, ya que de no haber actuado como lo hizo ante la urgencia, salvando la vida del paciente tal como el a-quo lo reconoce, habría incumplido sus deberes y sería sin dudas responsable. Pero resulta que también lo es al haber hecho lo que debía, esto es intubar al paciente, práctica riesgosa de por sí y con riesgo aumentado en el caso particular conforme lo explicado

por el perito en cuanto a que “*Las Crisis Epilépticas si requieren ventilación pueden aumentar la incidencia de neumonía asociada al respirador*”. Tal afirmación demuestra un riesgo aumentado en función de la patología propia del paciente.

En síntesis, ha sido probado que: 1) el Sr. Soria presentó una crisis epiléptica con riesgo de vida la cual requirió asistencia respiratoria mecánica, 2) que la decisión en tal sentido fue correcta y le salvó la vida, 3) que la epilepsia aumenta el riesgo de infección, 4) que existen numerosas causas que pueden causar la misma con independencia de la asepsia, y 5) que aún con la mayor diligencia profiláctica es imposible de evitar en todos los casos una infección como la ocurrida en el caso.

A pesar de todo ello, mi mandante fue condenado en base a meras suposiciones, lo cual debe ser enmendado por V.E.

La solución brindada en la sentencia de grado ha sido absolutamente simplista al suponer que si la infección ocurrió es por culpa del nosocomio, recurriendo a la falta de asepsia como causa más probable (aunque por completo incierta).

Dicho razonamiento desconoce la multiplicidad de factores que coadyuvan a la aparición de infecciones, algunos de los cuales han sido explicados por el perito y otros lo fueron en la contestación de demanda, donde se sostuvo que la neumonía asociada al ventilador es la infección nosocomial más común en los pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM) y es responsable de casi la mitad de los antibióticos utilizados en la unidad de terapia intensiva (UTI), sin que su presencia implique falta de asepsia o negligencia en el uso de los aparatos.

Su incidencia depende de la mezcla de casos, la duración de la VM y el criterio diagnóstico aplicado. Ocurre en el 9 a 27% de los pacientes ventilados mecánicamente, con casi 5 casos cada 1.000 días de VM.

El principal factor de riesgo de NAV es la presencia de un tubo endotraqueal, el cual era imprescindible en el caso que nos ocupa debido a la patología presentada por el actor. Estos tubos alteran los reflejos protectores de las vías aéreas superiores, evitan la tos efectiva y favorecen la microaspiración del contenido faríngeo contaminado.

Nada de esto fue tenido en cuenta por el a-quo, quien condenó a mi mandante al suponer que la ocurrencia de la infección fue causada por falta de asepsia en el aparato o

en el entorno (aunque también en “otras causas”), **soslayando el riesgo inevitable de la práctica en cuestión, confirmado por el perito médico actuante en autos.**

II. B) Segundo agravio: INADECUADA VALORACION DE LOS PRESUPUESTOS LEGALES.

En la sentencia de grado no se han valorado adecuadamente los presupuestos de responsabilidad civil para casos como el que nos ocupa, arribando así a una conclusión errónea.

Sin perjuicio de las consideraciones expuestas anteriormente que descartan toda posibilidad de condena, cabe reiterar que **las infecciones hospitalarias no son absolutamente evitables aún usando los parámetros de diligencia más elevados en clínicas dotadas de los mejores elementos técnicos e infraestructura.**

De este criterio participan autores como Carlos A. Calvo Costa, el cual afirma que no siempre una infección exógena tiene que deberse a cuestiones relacionadas con la falta de asepsia. Y, si esto es así, no debería mantenerse idéntica rigidez en el deber de responder, ya que llevaría a una responsabilidad civil irrefragable, en donde la acreditación de la causa extraña por parte del establecimiento asistencial, para liberarse, sería prácticamente imposible, ya que se argumentaría que la contracción de infecciones no constituiría un caso fortuito, por tratarse de un riesgo inherente a la actividad nosocomial.

En el caso no existe posibilidad de responsabilizar al sanatorio por la supuesta infección sufrida por el actor, ni por ende, por las consecuencias dañosas que ella pudo causarle, pues la misma no se debió a la falta de asepsia del nosocomio como conjeturó erróneamente el *a quo*, sino a causas ajenas al mismo que escapan a toda posibilidad de previsión, **debiendo destacarse que el riesgo propio de la práctica se encontraba aumentado en función de la patología presente en el Sr. Soria, conforme lo explicara el perito.**

Incluso si se admite la tesis moderna que concibe la vinculación entre el sanatorio o empresa médica y el paciente, como una "relación de consumo" a la que le es aplicable el régimen protectorio del Derecho del Consumidor (entre otros, tal la tesis de LORENZETTI, R., "*La empresa médica*", Rubinzal Culzoni, Santa Fe, 1998, p. 362 y ss), igualmente la "previsibilidad" objetiva es presupuesto esencial de la

responsabilidad en cuanto la empresa médica debe prestar sus servicios en condiciones "previsibles o normales de uso", conforme a normas técnicas y estándares (arg. art. 5°, LDC).

Pese a ello, que sin más alcanzaría para desestimar la imputación realizada, igualmente insisto en que aún en la hipótesis de lo que se da en llamar infección intrahospitalaria o nosocomial, la doctrina más reconocida es conteste en afirmar que no puede imponerse a las instituciones médicas una obligación de seguridad de resultado, no alcanzando en consecuencia para producir una condena justa que el actor acredite que presenta una infección, pues ello supondría que para eximirse de responsabilidad el médico y la clínica deberían probar el *casus*, lo que a todas luces constituye una arbitrariedad, cuando no algo imposible.

El **Dr. Roberto Vazquez Ferreyra**, en su obra *Daños y Perjuicios en el Ejercicio de la Medicina* (colección Responsabilidad Civil, volumen 12, Edit Hammurabi, año 2002, pag. 152) afirma *“No resulta justo que una institución o los médicos asuman sobre sus espaldas el riesgo propio de la enfermedad del paciente que en definitiva es la causa de la infección. La inevitabilidad de las infecciones nunca puede caer sobre los profesionales o instituciones sanitarias”*.

Esta posición es la misma que adoptó el **Dr. Alberto Bueres** en el conocido fallo de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil SALA D del 16/07/2001 en autos **“Frenkel, A c. Centro de Ortopedia y Traumatología s/ Daños y Perjuicios”**, publicado en revista *Responsabilidad Civil y Seguros*, año IV, nº II, marzo abril de 2002, pag. 73, donde con meridiana claridad sostuvo: *“Si el paciente acude por necesidad a un hospital, y las autoridades de éste aún con el empleo de la más exquisita diligencia no pueden excluir de plano algunos tipos de infección, y a ello se agrega que el propio paciente puede ser portador del germen infeccioso, cabe ubicar el asunto en el sector de la responsabilidad subjetiva”*. FRENKEL, Adolfo c/ CENTRO ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA s/DAÑOS Y PERJUICIOS(Sentencia Definitiva - CNCIV - Sala D - Nro. de Recurso: D070056 - Fecha: 16-07-01.)

La sentencia que nos ocupa omite un dato científico que no se puede soslayar, y el mismo corresponde a que en un muy elevado porcentaje es imposible evitar las infecciones, como así también que en un muy elevado porcentaje el mismo tipo de germen bien puede estar localizado en el propio organismo del paciente y no en el

medio hospitalario.

Avalando esta postura se ha fallado:

“La infección que presentó el accionante no fue vinculada mediante ningún elemento de convicción con alguna deficiencia en la asistencia médica durante la intervención quirúrgica, de modo que la complicación que sufriera el cuadro de la actora no justifica por sí solo la admisión de la demanda, que requiere la presencia de culpa que señalan los arts. 511 y 512 del Cód. Civil, puesto que la infección sufrida no implica por sí sola que no se hubiere obrado con el cuidado y la atención que exige el art. 902 del citado código” (del voto del doctor Burnichón, Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala B, 1993/08/31, “Torales Eugenia c. Obra Social de los Trabajadores del Vestido, JA, 1994-II-74).

“Tanto la iatrogenia como la infección nosocomial constituye hechos imprevisibles en la problemática del riesgo terapéutico o quirúrgico, y ni en los más avezados centros hospitalarios del mundo ha sido posible erradicar totalmente la irrupción de infecciones que, por lo general, libran de culpa al médico y al establecimiento asistencial, en razón de que el daño suele ser de naturaleza endógena, es decir, originado en el propio enfermo”. (CNCrim y Correc SalaIV, 1991/10/29, Metral, Rodolfo E., LA LEY, 1992-D, 284 – Con nota de Jorge Bolado publicado en LA LEY, 1992-D, 283).

Al respecto cabe considerar **el concepto de iatrogenia**, el cual se entiende como el *“daño accidental, estadísticamente previsible, pero fácticamente inevitable, que conllevan en proporciones variables las prácticas y tratamientos médicos”* (Costa, La interrupción del nexo causal en la responsabilidad médica, ED, 159-1043) y la misma deriva en un supuesto de inculpabilidad por cuanto la iatrogenia es el “caso fortuito” de la medicina, “es el verdadero accidente que no ha podido preverse, o que previsto no ha podido evitarse” (Achával, Responsabilidad civil del médico. P.108).

De tal modo, la secuela iatrogénica constituye una situación que configura un caso fortuito y por consiguiente excluye la responsabilidad del médico ya que *“las prácticas iatrogénicas, pues, pueden considerarse como la resultante de un riesgo terapéutico y como tal, asimilables a un supuesto de caso fortuito, partiendo del reconocimiento de la imprevisibilidad o inevitabilidad de esos resultados.”* (Urrutia, Responsabilidad médico-legal de los obstetras. P.219)

Resulta indiscutible que toda intervención médica sobre el cuerpo humano tiene riesgos y aleas que hacen imposible garantizar un resultado exitoso, máxime en casos como el presente en los cuales existe una grave patología con riesgo de vida que requiere una intervención de riesgo, aumentado por las características de la misma.

Lo mismo ha entendido nuestra Corte Suprema de Justicia al establecer que *“Cuando está en juego la vida o la salud de las personas, hay una natural predisposición a juzgar con severidad y rigor la actuación profesional, lo que por supuesto no es objetable, pero no debe perderse de vista que también la ciencia médica tiene sus limitaciones, y que en el tratamiento clínico o quirúrgico de las enfermedades existe siempre un álea que escapa al cálculo riguroso o las previsiones más prudentes, y por ende, obliga a restringir el campo de la responsabilidad...”* (CSJN “González Oronó de Leguizamón, Norma c/ Federación de Trabajadores Jaboneros, Fallos 306:178, ED 108-515 y LL, 1984-B-389)

Por último traigo a correlato otro importante fallo de nuestro máximo Tribunal que estableció *“...solo cuando se demuestre de modo fehaciente que la mala praxis o la desatención, ha sido la causante exclusiva de los perjuicios, cabe responsabilizar a los médicos y a las instituciones de los daños sobrevinientes”* (CSJN, 5/9/2002, “Lapido, Eduardo c/ Sanatorio Privado Figueroa Paredes”, Fallos 325:2202)

Por tal razón la condena resulta arbitraria y por ello la sentencia debe ser revocada en todas sus partes, lo que así solicito.

II. c) Tercer agravio (subsidiario): CUANTIFICACION DEL DAÑO.

En subsidio, para el hipotético caso en que no se haga lugar a lo peticionado precedentemente, dejo planteados los agravios relativos a la cuantificación de daños establecida en la sentencia.

b) Daño pánico:

La sentencia recurrida otorga la suma de \$ 2.000.000.- por tal concepto, en base a un 4% de incapacidad atribuible a *“la necesidad de reintubación y prolongación de la asistencia respiratoria mecánica causada por la infección hospitalaria.”*

Sin embargo no hace referencia a ningún perjuicio económico concreto derivado de tal supuesta incapacidad, superponiendo de tal modo el presente rubro con el daño moral, que en el caso es indemnizado aparte.

Por ello se impugna la procedencia y cuantificación del rubro por carente de justificación y sustento.

Al respecto se ha sostenido que resulta indemnizable el daño psíquico y emocional si lo resarcible no es el daño en cuanto tal, sino la proyección del mismo en el ámbito patrimonial. El daño psíquico o emocional es un daño que no incide en el cuerpo humano, sino en la estructura anímica de la víctima. La indemnización en el caso de perjuicio psíquico consistirá como máximo en el pago de todos los gastos de curación y convalecencia y – en su caso - de todas las ganancias que dejó de percibir el ofendido hasta el completo restablecimiento, o la satisfacción de daño futuro si se tratara de un detrimento definitivo.

Ni la vida humana, ni la lesión de la integridad física, ni el deterioro de las dolencias del alma humana son resarcibles "*per se*". Es menester probar el detrimento que tal afección genera en el patrimonio de la víctima, extremo que el actor no ha siquiera intentado probar en autos.

El perjuicio psíquico o emocional deberá tener relación con el detrimento patrimonial derivado de un daño que afecte alguno de los tres niveles, vegetativo, sensitivo o espiritual, del alma humana.

Agrego lo afirmado por el Dr. Alberto Bueres: "*En reiteradas oportunidades, señalé que las lesiones a la psiquis no constituyen una categoría autónoma, puesto que tales lesiones pueden conculcar intereses de índole patrimonial o moral...*"(voto del doctor Alberto J. Bueres, CNCiv., Sala D, 16/06/92 "Peralta, Antonio c. Hernán Ramon", LA LEY, 1992-E, 24).

Conforme lo expuesto, aun en caso que se determine la existencia de algún detrimento psíquico vinculado causalmente al acto médico llevado a cabo- cuya negativa en el caso sostengo-, a fin de que proceda el rubro indemnizatorio analizado deberá probarse el detrimento patrimonial referido ya que la lesión psíquica solo es

resarcible en su eventual proyección patrimonial, la cual no se encuentra en el caso del actor por cuanto no existe referencia alguna a afectaciones económicas concretas.

Por todo ello es que el presente rubro indemnizatorio debe ser rechazado.

b) Daño no patrimonial (moral): Este es el único rubro que “*podría*” ser procedente si se hubiera probado la culpa de los demandados, aunque está visto que ello no ha ocurrido.

Digo esto porque resulta evidente que el único daño que puede haber sufrido el actor es moral, ya que ninguna incapacidad le ha quedado ni ha sufrido un daño económico concreto.

Sin embargo ello es relativo dado que la enfermedad de base del actor (epilepsia) fue la que dio origen a la internación e intubación, habiendo sido la infección hospitalaria un incidente menor en la secuencia de atención brindada.

Como bien dijo el a-quo en el punto IX.1.- (incapacidad psicofísica sobreviniente) “*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 oblito de una aguja de electroencefalograma.*”

Queda claro entonces que la mayor parte de los padecimientos provienen del tratamiento en la emergencia de la propia patología del paciente, siendo la infección hospitalaria, y mucho más aún el oblito de una aguja casi indetectable, aspectos de menor relevancia que no ameritan en modo alguno la indemnización otorgada.

La suma de \$ 12.000.000.- resulta elevada e injustificada, ya que ninguna pauta se brinda para explicar su cuantificación. De concederse una reparación de tal tenor, se

estaría generando un verdadero enriquecimiento sin causa, desajustado a la normativa del Art.1794 del C. Civil y Comercial.

Si bien el juzgador posee un cierto grado de libertad en esta estimación, ello no lo exime de establecer las pautas suficientes para llegar a una solución razonable. Así se ha entendido que debe ser una determinación prudente, tomar en cuenta la gravedad del daño, armonizarlo con casos semejantes y tener en cuenta el contexto general económico del país (Mosset Iturraspe J. : Diez reglas sobre la cuantificación del daño moral, en L.L. 1994-A-728, CNCiv. S:C., en E.D. 81-512; Id. S:G en L.L. 1982-C-508).

De allí que, en función de lo indicado es que se considera excesiva la suma otorgada por dicho rubro.

Asimismo agrego que al respecto del presente rubro la doctrina y jurisprudencia es conteste al indicar que el daño moral debe determinarse con suma prudencia, tratando que su indemnización no se constituya en una fuente de enriquecimiento indebido, o un abuso de derecho.

"La indemnización por daño moral constituye un remedio excepcional y no un modo genérico de engrosar la reparación del daño económico". (CN. FED. C.C. Sala II, Sep., 22-981, Rep. LA LEY XLII, A-I, sum 5) (CN. Civ. Sala G, nov. 2-981, Rep. La Ley 1982-C-508).-

"El dolor que se sufre en los sentimientos no puede ser convertido en título de enriquecimiento patrimonial y cuando se establece una reparación del daño moral, lo es de carácter simbólico para testimoniar de esta manera única que se estima asequible, la necesidad de confortar los sentimientos menoscabos, pero no para que alguien pueda resultar más rico económicamente de lo que era con anterioridad al sufrimiento padecido" (C.Civ. SALA A, ED. 61-292).-

En consecuencia, debe rechazarse el resarcimiento del pretense daño moral, o en subsidio reducirlo a su justa medida, que no podrá ser más de una décima parte del importe fijado en la sentencia.

III) MANTIENE RESERVA DEL CASO FEDERAL

Esta parte mantiene la reserva del Caso Federal oportunamente introducida en los términos del art. 14 de la Ley 48 y de la doctrina y la jurisprudencia sobre arbitrariedad de sentencia, para el caso en que fueran afectadas las garantías constitucionales del debido proceso, propiedad, e igualdad y seguridad jurídica.

IV) PETITORIO:

Por todo lo expuesto, a V.E. solicito:

I. Tenga por expresados los agravios en tiempo y forma.

II. Tenga presente la reserva del caso federal.

III. Oportunamente revoque la sentencia objeto de recurso, rechazando la demanda interpuesta por la parte actora contra Gerenciamiento Hospitalario S.A. en todas sus partes, con costas.

Proveer de conformidad, que

SERA JUSTICIA.