



## **DERECHO A LAS NOTICIAS**

La realidad legal no tiene que ser difícil de entender

---

Fallo Completo Jurisdiccional Organismo CÁMARA APELACIONES EN LO CIVIL, COMERCIAL, FAMILIA Y MINERÍA - GENERAL ROCA Sentencia 207 - 28/12/2023 - DEFINITIVA Expediente RO-70507-C-0000 - U. ROLANDO RAUL Y OTROS C/ OSPRERA Y OTROS S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (ORDINARIO) (P/C EXPTE (M-2RO-277-C1-14) U. RAUL R. S/BENEF. DE LIT. SIN GASTOS)) Sumarios No posee sumarios. Texto Sentencia En la ciudad de General Roca, a los días 28 de diciembre de 2023. Habiéndose reunido en Acuerdo los Señores Jueces de la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial y de Minería de la Segunda Circunscripción Judicial de la Provincia de Río Negro con asiento en esta ciudad, con la presencia de la señora Secretaria actuante, para dictar sentencia en los autos caratulados: "U. ROLANDO RAUL Y OTROS C/ OSPRERA Y OTROS S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (ORDINARIO) (P/C EXPTE (M-2RO-277-C1-14) U. RAUL R. S/BENEF. DE LIT. SIN GASTOS))" (Expediente RO-70507-C-0000), venidos de la Unidad Jurisdiccional UNO, previa discusión de la temática del fallo a dictar procedieron a votar en el orden de sorteo practicado, transcribiéndose a continuación lo que expresaron: EL SR. JUEZ DR. DINO DANIEL MAUGERI, DIJO: 1.- Objeto del presente: Llegan los presentes en virtud del recurso de apelación interpuesto por la parte actora, conforme presentación que obra cargada ante el SEON de fecha 17/12/2020, contra la sentencia definitiva que rechaza la demanda de fecha 10/12/2020, el que ha sido concedido en fecha 22/12/2020. 2.- Aclaración previa: Antes de ingresar al desarrollo de mi voto, aclaro que, toda vez que me refiera a la Constitución Nacional la identificaré como CN; a la Constitución Provincial como CPRN; al Código Civil derogado como CC; al Código Civil y Comercial como CCC; al Código Penal como CP; a la Ley de Defensa del Consumidor 24.240 como LDC; a la Ley de Seguros 17.418 como LS; a la Ley de Sociedades 19.550 como LGS; a la Ley de Concursos y Quiebras 24.522 como LCQ; al Código Procesal, Civil y Comercial local como CPCC; a la Ley Arancelaria para Abogados y Procuradores G 2212 como LAAP; a la Ley Arancelaria de los Peritos Ley 5069 como LAP. 3.- Antecedentes del proceso. Contenido: Corresponde antes de ingresar al tratamiento del recurso interpuesto, realizar un breve resumen de la pretensión de la parte actora

y lo resuelto en la sentencia de grado. El actor vino a interponer por sí y en representación de sus hijos, C.B.U.A., F.R.U. y R.N.U, acción de daños y perjuicios contra la Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina (en adelante OSPRERA), Sanatorio Juan XXIII, Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, y Mauricio R., por el fallecimiento de la Sra. Gladys Graciela A., estimando los daños en la suma de \$ 2.578.155,33 con más intereses, costas y costos del proceso. Conforme los hechos, la Sra. A. fue derivada desde el Hospital Zatti de la localidad de Viedma a la Ciudad de General Roca, para continuar su tratamiento médico ante el diagnóstico de “hemorragia subaracnoidea sin volcado intra ventricular con hidrocefalia Hunter y Hess III Fischer III”, siendo el Sanatorio Juan XXIII su lugar de destino. A partir de este hecho, y conforme lo acreditado en autos, fue derivada a la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén para la realización de diagnóstico y tratamiento indicado por el Dr. Mauricio R. (angiografía cerebral 3D y embolización de aneurisma), todo ello autorizado por OSPRERA. A pesar del tratamiento y su internación en el Sanatorio Juan XXIII la Sra. A. terminó falleciendo 21/08/2012. A raíz de ello, el actor imputó a los demandados antijuricidad de su accionar al atender las dolencias que la Sra. A. que culminaron con su fallecimiento, mencionado que se patentizó la violación del contrato entre médico y paciente, mencionando que debería haberse evitado la derivación de la paciente a otra institución sanitaria y arbitrarse los medios para realizar la práctica médica en el Sanatorio Juan XXIII. Sumado a ello imputó la violación de la obligación tácita de seguridad asumida por el Sanatorio Juan XXIII y la obligación de resultado a cargo de la Obra Social de autorizar en tiempo y forma la prestación requerida como “urgente”, y de cuya violación para el actor devino en el fallecimiento de la paciente. Los demandados rechazaron la pretensión del actor, afirmando todos que cumplieron sus obligaciones en el marco de la relación contractual que los unía a la Sra. A., ya sea como paciente o como afiliada en el caso de OSPRERA, siendo la causa del fallecimiento el devenir propio de la enfermedad que cursaba. La sentencia rechaza la demanda basada principalmente en los resultados de la pericial médica, así entiende la Magistrada que no ha quedado acreditada la relación causal entre el fallecimiento de la Sra. A. y el tratamiento médico brindado, pues el mismo se ajustó a las normas y buenas prácticas médicas según lo indicado por el perito, y en cuanto a la autorización de los estudios por parte de la Obra Social si bien reconoció que puede considerarse demorada al haberse realizado 5 días posteriores al pedido médico,

afirmó que de haberse realizado de forma inmediata no reducía el riesgo de presentación de las complicaciones padecidas por la paciente. 4.- Contenido de las expresiones de agravios que serán considerado. Alcance: Tal como venimos exponiendo reiteradamente “Siendo que los jueces no estamos obligados a seguir a las partes en todas sus argumentaciones, sino tan sólo pronunciarnos acerca de aquellas que estimemos conducentes para sustentar nuestras conclusiones (CS, doctrina de fallos 272:225; 274:113; 276:132; 280:320) y por razones de brevedad, he de omitir transcribir o referenciar con precisión lo expuesto en la expresión de agravios remitiéndome a la lectura de los respectivos escritos, sin perjuicio de las menciones que realice más adelante. Las partes conocen lo que tales piezas dicen y los restantes operadores del servicio que les toque intervenir en la causa tienen acceso a las mismas, con lo que hasta podría considerarse totalmente innecesaria la referencia”. 5.-De los agravios y de su respuesta: 5.1.-La parte actora funda su recurso mediante la pieza procesal que presentó digitalmente el día 25/03/2021, y que consta ante el sistema SEON. Expone su crítica a la sentencia atacada en tres agravios. 5.1.1.- En cuanto al primer agravio, expone que la sentencia de grado ha omitido tratar la responsabilidad del resto de las entidades demandadas, OSPRERA, Juan XXIII y Fundación Médica de Río Negro y Neuquén. Afirma que demandó a la Obra Social por incumplimiento de sus obligaciones de resultado, y al Sanatorio Juan XXIII ya que aún con la demora en la autorización, con la paciente en un estado endeble, con indicación médica “urgente”, simplemente se limitaron a aguardar a que se dispusiera la derivación de la paciente, considerando que el día 12/05/12 cuando se dispone la realización del tratamiento, estaba de buen estado dentro de su diagnóstico inicial, y cuando se autoriza administrativamente el pedido en su Obra Social, a Sra. A. había desmejorado. De esta manera la recurrente apunta a la demora en la autorización en tiempo y forma de las prestaciones médicas indicadas por el médico tratante, Dr. R., indica claramente la responsabilidad en el caso de OSPRERA. Afirma ello, entendiendo que de la prueba confesional del Dr. R., como de la testimonial del Dr. C. las 48 hs. son determinantes, y que la Sra. A. entró con vida en el Sanatorio Juan XXIII y con posibilidades de revertir la situación. Considera que acreditado como surge de autos que la autorización de las prestaciones médicas eran urgentes, y ello se obtuvo 5 días después, cuando la paciente ya se había deteriorado, pesa sobre el demandado acreditar la ruptura del nexo causal para eludir su

obligación, apuntando el recurrente a los eximentes de responsabilidad como el hecho de un tercero por el que no deba responder, culpa de la víctima, o caso fortuito. Funda jurídicamente la responsabilidad de OSPRERA como una responsabilidad objetiva por omisión de cumplimiento de una obligación de hacer, de resultado, y en cuanto al Sanatorio Juan XXIII entiende que le corresponde una obligación de seguridad de arbitrar los medios para salvar la vida de una paciente desde lo médico y administrativo, entendiendo que la omisión en su tratamiento por la sentencia transforma la misma en arbitraria. 5.1.2.- El segundo agravio, se basa en la omisión de la sentencia de considerar prueba contundente para la atribución de responsabilidad a la Obra Social y al Sanatorio Juan XXIII e interpretar un mismo testimonio para liberar de responsabilidad al médico demandado pero omitir el resto de las consideraciones que afirma el mismo testigo respecto de las entidades demandadas. Considera un testimonio clave el dado por el Dr. C., afirmando que la Magistrada omite analizar la declaración en cuanto a lo relativo de las cuestiones administrativas y la demora en la autorización de la Obra Social. 5.1.3.- Por último, el tercero agravio, manifiesta que le causa gravamen la apreciación que hace la Jueza de la prueba producida, manifestando que se cuenta con dos confesionales, dos testimonio médicos sumamente amplios, profundos y concisos, una pericia médica, historias clínicas y una constancia ineludible de la autorización tardía de un procedimiento médico solicitado como urgente. En cuanto a la pericial médica, expone que la misma Magistrada la califica de escueta, lo que torna escaso el aporte a la causa y por ende limitado su valor probatorio, afirmando que la misma fue impugnada y se solicitó ampliación sin lograr mayores precisiones por parte del perito. Expresa que el agravio se funda en la parcialidad en la apreciación de las pruebas obrantes en la causa, ya que entiende se omitió considerar pruebas fundamentales para el análisis de la responsabilidad de los restantes demandados. 5.2- Seguidamente, responde los agravios el demandado Dr. R., mediante pieza procesal digital agregada al SEON en fecha 31/03/2021. Indica que en respuesta a los agravios, solicita se ratifique en todas sus partes la sentencia atacada en cuanto rechaza la demanda en contra de su persona. Expresa que la apelación se centra como primer y principal agravio en la arbitrariedad de la sentencia la cual no ha contemplado y merituado la actividad de las demás partes, y no respecto del acto médico valuado respecto del Dr. R.. Analiza que tal situación demuestra que la actora no solo ha consentido el accionar del Dr. R. como ajustado a

las leyes del buen arte del curar, sino que su queja deviene de la demora administrativa en gestionar un pedido urgente y/o en la demora de la Obra Social en dar respuesta a tal pedido, lo que al entender de la recurrente no ha sido tratado en la sentencia. Aclara que OSPRERA es quien autorizaba la practica médica indicada, y que ello constituye una actividad administrativa y/o de gestión absolutamente ajena a cualquier responsabilidad que pueda pretender atribuirse al profesional médico. Alega que no existe en la expresión de agravios un sólo párrafo de crítica, ni que le indilgue responsabilidad culposa por incumplimiento a su deber como médico, el reproche sobre las consideraciones y agravios de la sentencia están dirigidas a otras partes codemandadas y no al Dr. R..

5.3.- A continuación, contesta agravios Fundación Médica de Río Negro y Neuquén y SMG Compañía Argentina de Seguros, mediante presentación digital de fecha 12/04/2021. En primer lugar expone que el recurso no debe prosperar debido a que considera se basa exclusivamente en una disconformidad subjetiva con lo resuelto en la sentencia. Manifiesta que de los tres agravios expresados por el recurrente, no hay ninguno que haga mención a su parte, razón por la cual entiende que de llegarse a revertir la sentencia, lo cual duda, debe rechazarse en relación a la actuación de mi mandante. Afirma que el recurrente no pudo probar en autos el accionar negligente del personal médico de la Fundación, o el incumplimiento por parte de esta en su prestación de servicios médicos que alega en su demandada. Relata que fue derivada a la Fundación en fecha 22/05/2012 conforme consta en su contestación de demanda, resaltando que fue más de diez días después de haber sido la Sra. A. diagnosticada, revisada, tratada, y controlada por personal médico de otros nosocomios. Agrega que tras la realización exitosa de la angiografía y de la embolización , se deriva en fecha 24/05/2012 al Sanatorio Juan XXIII para continuar tratamiento. Alega que la recurrente no probó que las razones de demora en la derivación y traslado desde el Sanatorio Juan XXIII a la Fundación puedan imputarse a esta última, y en todo caso, tengan implicación alguna en el resultado fatal de la condición de salud que tenía la Sra. A.. Afirma que no probó el actor que exista una relación adecuada de causalidad entre el obrar del personal médico de la Fundación con el empeoramiento del estado de salud y posterior muerte de la paciente. Culmina solicitando el rechazo del recurso y confirmación de la sentencia.

5.4.- Finalmente, en fecha 18/04/2021 presenta dictamen la Defensora de Menores Dra. María Cristina Díaz. Entiende que la sentencia no realiza un tratamiento de la responsabilidad que le asiste en

autos a la Obra Social OSPRERA. Manifiesta que la Obra Social estaba en conocimiento del estado de salud de su afiliada, pues antes de requerir las prestaciones de salud por las cuales se demoró, tuvo que ser derivada desde la Ciudad de Viedma a un centro médico de mayor complejidad. Expone que desde el Ministerio entiende que la Obra Social con su demora le quitó la oportunidad de estabilización a la Sra. A., la oportunidad de tener otra evolución de su patología, de haberse autorizado a tiempo el estudio que petitionó el Dr. R., el cual era urgente. Por lo que solicita, se revoque la sentencia y se condene a la Obra Social a indemnizar a la parte actora, en particular a la adolescente, quien perdió a su mamá por habersele negado el derecho de debido acceso a la salud en debido tiempo y forma, que se tradujo en un obrar desidioso y negligente por parte de OSPRERA.

6.-Pase a resolver y sorteo: En fecha 26 de mayo de 2021 pasan los presentes a autos y al acuerdo, practicándose el sorteo de estilo el día 11 de junio de 2021. En fecha 02 de noviembre de 2021 se fija audiencia para el día 30 de noviembre de 2021, en donde las partes acuerdan suspender las actuaciones por el plazo de diez (10) días a los fines de evaluar la posibilidad de un acuerdo conciliatorio. En fecha 23 de diciembre de 2021 se practica nuevamente sorteo, y el 14 de septiembre de 2022 se dicta sentencia interlocutoria en la cual se resuelve: “1- Disponer en uso de las facultades conferidas (arts. 36, 473, 477 y concordantes del CPCC) la remoción del perito médico Dr. Pablo Rafael Miranda sin derecho al cobro de honorarios (art. 470 CPCC) ordenando asimismo se proceda a la designación de un nuevo perito médico en autos a fin de que, considerando los elementos de prueba obrantes en autos, dictamine y se expida en forma fundada acerca de los puntos de pericia ofrecidos por la actora y de todo otro punto que aporte claridad para la resolución del presente. Por Secretaría procédase al sorteo respectivo”. En fecha 12 de octubre de 2022 se designa Perito Médico al Dr. Matías Sebastián García Ortiz, quien acepta el cargo en fecha en fecha 25 de octubre de 2022 y presenta pericia en fecha 07 de marzo de 2023. En fecha 14/03/2023 Seguros médicos SA presenta impugnación de pericia, y en misma la parte actora realiza observaciones al informe pericial; con fecha 17/03/2023 se presenta Noble Compañía de Seguros SA a impugnar la pericia. En misma fecha se presenta pedido de explicaciones por la parte actora. Seguidamente, en fecha 17/03/2023 se presenta Noble Cía de Seguros S.A. y Sanatorio Juan XXIII. El perito médico realiza presentación en fecha 21/03/2023 en la que da respuesta a las observaciones de la Dra. Zinkgraf e impugnación de la Dra. Lamela; en

fecha 29/03/2023 da respuesta a las impugnaciones realizadas por el Dr. Luquin. 6.1.- En fecha 12 de abril de 2023 se ponen los autos para alegar, acompañando en fecha 20 de abril la actora su alegato y en fecha 24 de abril demandado y citado en garantía. En fecha 09 de mayo la Dra. Espeche solicita se confirme sentencia de grado. En fecha 11/05/2023 se acompaña dictamen de la DEMEI, Dra. Quesada y pasan los presentes a autos y al acuerdo, practicándose el sorteo de estilo. 6.2.- En fecha 01/09/2023 y atento a las particularidades del caso el Presidente del Tribunal llama a nueva audiencia para el día 25/09/2023, la cual llevada a cabo y siendo imposible llegar un acuerdo entre partes, se da por finalizado el acto. 6.3.- En fecha 26/09/2023 pasan autos al acuerdo, y con fecha 29/09/2023 se realiza el sorteo de rigor. 7.- Tratamiento del recurso. Análisis y solución del caso: Corresponde ingresar al tratamiento de único recurso de apelación. Los agravios del actor se encarrilan en insistir sobre la existencia acreditada de responsabilidad de los demandados bajo el argumento, que si bien se trató la responsabilidad médica de los profesionales intervinientes, no así la responsabilidad que les compete tanto a la Obra Social OSPRERA, como a los nosocomios que participaron en la atención de la Sra. A.. De esta manera, atento a la exposición de su tesis argumentativa corresponde dar tratamiento a sus tres agravios en conjunto habiéndose encarrilado los mismos bajo la búsqueda de la responsabilidad de los demandados por falta de autorización de una practica médica en tiempo oportuno. 7.1.- Apunta el recurrente a la falta de tratamiento en la sentencia de la responsabilidad en cuanto a la Obra Social OSPRERA, Sanatorio Juan XXIII, Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, luego de haber descartado la responsabilidad médica de los profesionales intervinientes. Entiende que cabía el análisis de la responsabilidad de la Obra Social, en cuanto a la autorización de la prestación indicada como “urgente” para el diagnóstico y tratamiento del accidente cerebrovascular presentado en la Sra. A., y el cual consideró por demás demorado. Ha calificado esta obligación en cabeza de OSPRERA como de resultado en cuanto a la autorización de la práctica médica requerida por su beneficiaria. Por otro lado, señala además la falta de análisis de la responsabilidad que le cabría al Sanatorio Juan XXIII, el cual según el recurrente no realizó acción alguna a la espera de la autorización de la prestación indicada de urgencia por un médico de dicho nosocomio. De la atenta lectura de la sentencia impugnada surge palmaria la falta de tratamiento de las responsabilidades tanto de la Obra Social como de los nosocomios intervinientes en las

prácticas médicas realizadas a la paciente A.. Así puede observarse siguiendo la arquitectura argumental expuesta por la Magistrada la hesitación que le produce el accionar de la Obra Social exponiendo que “Ronda la duda, si la paciente debió o no ser trasladada desde Viedma al Sanatorio Juan XXIII, si la demora en la realización de la derivación a la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, fue la causal del desenlace, o si este se produjo por la evolución propia de la patología que presentaba la Sra. A.”. A reglón seguido, no se introduce en el análisis jurídico de la responsabilidad de OSPRERA respecto del cumplimiento de sus obligaciones pasando por alto ello, e ingresando directamente a la afirmación siguiente “No existe concretamente una conexión causal adecuada entre el accionar médico o su omisión y el daño. La falta de dicha prueba no puede conducir al extremo que probado el daño, el deceso de la paciente, se pueda imputar responsabilidad al actuar médico. No surge de las distintas constancias obrantes en autos, tanto documental, pericial o testimonial que habilite endilgar una actuación negligente o imperita a los profesionales que asistieron a la compañera y madre de los actores.” En esta línea de reflexión que se encarrila el resolutorio cita un fragmento de un precedente del STJ., el cual no es identificado en el cuerpo de la sentencia, pero que por su importancia de la materia en responsabilidad médica se puede deducir que se trata del reconocido precedente “Gullota”. Concluye finalmente su tesis rechazando la demanda. 7.2.-De modo que corresponde afirmar que -en este punto- le asiste razón al recurrente en cuanto a la falta de tratamiento de las responsabilidades de los demandados con relación al retardo en la autorización de la práctica médica indicada como “urgente” por el médico tratante, Dr. R.. Considero que ésta falencia indicada desacredita el razonamiento como unidad lógico jurídico, pues la sentencia cae en arbitrariedad al tener un tratamiento simplemente aparente del tema, sin ser un acto “razonablemente fundado”, por lo cual entra en colisión no sólo con el art. 3 del CCC., sino con el art. 163 inc. 5 y el artículo 200 de nuestra Constitución Provincial. Al respecto, se ha dicho que: “...El art. 200° de la Constitución Provincial establece como un deber de los magistrados el resolver las causas con fundamentación razonada y legal” (STJRNS1 - Se. Nº 17/13, in re: “WIMBLEY”); “La razón de ser del requisito de motivación de sentencias tiene su origen en el régimen republicano de gobierno y los principios que lo informan: igualdad ante la ley, soberanía popular, racionalidad, etc. Por ello, constituye además un requisito de carácter constitucional,

sustentado en los principios dogmáticos que conforman la base de la Constitución Nacional -art. 18 C. N.-, y que es receptado positivamente por nuestra Constitución Provincial en su art. 200° al disponer que: Son deberes de los magistrados y funcionarios judiciales, sin perjuicio de otros que la reglamentación establezca, resolver las causas en los plazos fijados por las leyes procesales, con fundamentación razonada y legal...” (STJRNS1 Se. Nº 17/13, in re: “WIMBLEY”). Reforzando lo dicho, corresponde citar un comentario del artículo 3 del CCC., “El precepto contiene un agregado no contemplado por el artículo 15 del C.C. Derogado “... la decisión debe ser razonablemente fundada” en el derecho moderno, es generalizado el criterio que el deber de los jueces de fundar sus sentencias deriva del correlativo derecho de los justiciables a obtener una sentencia fundada o motivada. Este derecho constituye una manifestación particular del derecho a la tutela judicial efectiva o al debido proceso (art. 18, Constitución Nacional). En el marco de la Convención Americana de los Derechos Humanos, la Corte Interamericana ha establecido que la motivación constituye un componente fundamental de las garantías del debido proceso legal y tutela judicial efectiva. Dijo allí que “la argumentación de un fallo debe mostrar que han sido debidamente tomados en cuenta los alegatos de las partes y que el conjunto de pruebas ha sido analizado...”, agregando que “la motivación demuestra a las partes que estas han sido oídas y, en aquellos casos en que las decisiones son recurribles, le proporciona la posibilidad de criticar la resolución y lograr un nuevo examen de la cuestión ante las instancias superiores”. Pero además de “fundada”, la decisión debe ser “razonada”. La sentencia fundada (en realidad, con “fundamentación aparente”) pero oscura, indescifrable o hermética, que obsta, por ello, al verdadero conocimiento de los fundamentos, no solo dificulta su impugnación, sino que afecta el derecho a la tutela judicial efectiva. En concordancia con ello, señala la comisión que elaboró el Anteproyecto de Código en los “fundamentos” (III Título Preliminar, 4.3.), aludiendo a la expresión “razonablemente fundada”, que ella “se ajusta a lo que surge de la doctrina de la arbitrariedad de sentencia”. Se infiere de ello que una resolución no estará “razonablemente fundada” cuando concurren algunos de los supuestos englobados dentro de esa doctrina: las sentencias que deciden cuestiones no planteadas, o que aplican normas derogadas, o aún no vigentes; o que omiten resolver cuestiones planteadas o expresan como fundamentos pautas de excesiva laxitud o prescinden de prueba decisiva o contradicen manifiestamente las constancias del expediente o

invocan prueba inexistente o que se arrogan el papel del legislador (entre otras)." (Jorge H. Alterini. Director General. Código Civil y Comercial Comentado. Tratado Exegético. Jose W. Tobías. Director del tomo. Tomo I. Páginas 27/28). Al respecto este Superior Tribunal de Justicia ha dicho que "Es condición de validez de las sentencias que sean fundadas y, por ende, que constituyan una derivación razonada del derecho vigente. En consecuencia, es sentencia arbitraria y por ende inconstitucional, tanto la que carece en absoluto de motivación como la que solo tiene fundamentación aparente e inhábil. Una sentencia que contiene fundamentos meramente aparentes, en realidad, es un decisorio fundado exclusivamente en la voluntad de los jueces, en afirmaciones dogmáticas de derecho o alejadas de las constancias de la causa, en pautas genéricas o de excesiva latitud o desprovistas de toda razonabilidad (cf. STJRS1 - Se. 107/19 "Fera"). También la Corte Suprema de Justicia de la Nación expresa que "Es arbitraria la sentencia que no cumple con el requisito de debida fundamentación exigible en las decisiones judiciales, y solo satisface en forma aparente la exigencia de constituir una derivación razonada del derecho vigente, aplicable a los hechos concretos de la causa" (cf. Fallos 319:722), y que "Resultan descalificables las decisiones que no proveen un análisis razonado de todas las cuestiones conducentes para la correcta dilucidación del pleito" (cf. Fallos 341:1649). Asimismo, la falta de tratamiento de una de las pretensiones esbozadas por la parte actora también desacredita el razonamiento elaborado, pues resulta violatorio del principio de congruencia, el cual está íntimamente relacionado con el debido proceso, tornando a la sentencia en arbitraria y pasible de ser atacada mediante recurso de apelación, lo que aquí ha hecho el actor. Es que: "En lo que respecta a la violación del principio de congruencia, cabe recordar que la congruencia se concreta en definitiva en una comparación entre dos vértices: las pretensiones de las partes y la resolución del juzgador. Rosember y Couture señalan que la sentencia es la respuesta a la demanda y a las cuestiones introducidas al debate por el demandado. Ricer puntualiza que la congruencia exige solamente correlación entre la decisión y los términos en que quedó oportunamente planteada la litis, comprendiendo los siguientes aspectos: a) Resolución de todas las pretensiones oportunamente deducidas. b) Resolución nada más que de las pretensiones ejercitadas, o sea prohibido resolver pretensiones no ejercitadas. c) Aplicación de estas reglas a las cuestiones introducidas al debate por el demandado, o sea resolución de todas las cuestiones planteadas

por el mismo y nada más que ellas.” (STJ. Causa: “PIS ROZA, Celia s/Queja en: DINIELLO, Jorge Albeto e Hijos c/SHELL C.A.P.S.A. s/ ORDINARIO” (Expte. Nº 25258/11-STJ-). Sentencia 59 – 15/09/2011). De esta manera, haciendo el ejercicio de comparación indicado en el caso, cabe afirmar que no ha habido un tratamiento de una de las pretensiones planteadas por el actor, y es la imputación de responsabilidad a los demandados por la falta oportuna de autorización de un tratamiento médico. 7.3.- Habiendo dicho esto, corresponde adentrarme la tratamiento de las responsabilidades achacadas por el recurrente a los demandados ante la falencia del acto decisorio impugnado. No podemos perder de vista que el derecho a la salud genera obligaciones a las obras sociales, pues éstas integran uno de los engranajes del sistema nacional de salud integral, el cual se complementa con el accionar de otros agentes tales como el servicio de medicina prepaga, sanatorios privados, el sistema de salud público y el personal médico y asistencial -actividades de colaboración de la Medicina- de los cuales se sirven estos agentes mencionados. Sin el obrar de todos estos agentes no podría concretarse el goce de este fundamental derecho, el cual consta con una basta protección no solo constitucional en sus niveles nacional y provincial, sino también internacional al ser receptado por varios tratados internacionales, algunos de los cuales conforman nuestro derecho interno al haber sido incorporados legislativamente al bloque constitucional. Cabe recordar que nuestra Constitución Provincial en su art. 59 establece que: “La salud es un derecho esencial y un bien social que hace a la dignidad humana. Los habitantes de la Provincia tienen derecho a un completo bienestar psicofísico y espiritual, debiendo cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad. El sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Incluye el control de los riesgos biológicos y socioambientales de todas las personas desde su concepción, para prevenir la posibilidad de enfermedad o muerte por causa que se pueda evitar. Mediante unidad de conducción, el Estado Provincial garantiza la salud a través de un sistema integrador establecido por la ley con participación de los sectores interesados en la solución de la problemática de la salud. Organiza y fiscaliza a los prestadores de la salud, asegurando el acceso, en todo el territorio provincial, al uso igualitario, solidario y oportuno de los más adecuados métodos y recursos de prevención, diagnóstico y terapéutica. La ley organiza consejos hospitalarios con participación de la

comunidad. Los medicamentos son considerados como bien social básico y fundamental. La autoridad pública implementa un vademecum y las medidas que aseguren su acceso a todos los habitantes". En particular en este caso, tenemos la intervención de varios agentes del sistema de salud, a los que entiendo se le han imputado responsabilidades que no sólo se asientan en un acto médico, al que puede reprocharse un negligente o imprudente accionar conforme las reglas del ejercicio de la medicina -Ley Nacional N° 17.132-, sino que también se apunta al accionar diligente que le compete a cada uno de estos agentes en su cadena de acción en pos de la protección de la salud del paciente involucrado. Por lo cual, debemos tener en cuenta que el derecho privado muestra una estrecha relación con la Constitución, lo que nos lleva a hablar de un derecho civil constitucional. Así, de esta manera el vínculo que se configura entre un prestador de salud tal como la obra social y su beneficiario-paciente, titular del derecho a la salud, si bien esta marcada por un contrato prestacional involucra el ejercicio de ese derecho de rango convencional y constitucional. 7.4.-Yendo a los hechos alegados por la parte al interponer su demanda el actor encauzó sus pretensiones contra los demandados por un lado haciendo hincapié en la demora en la autorización de practica médica indicada (angiografía cerebral y embolización de aneurisma cerebral), cadena de responsabilidad en la que entiende también entraría el Sanatorio Juan XXIII y la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén por su falta de diligencia para llevar a cabo las prestaciones médicas ordenadas; y por otro lado el accionar del médico tratante Dr. R. a quien el actor imputó negligente accionar médico al no arbitrar los medios para que la practica indicada por el mismo se realizara en el nosocomio en el que se encontraba internada la Sra. A. (Sanatorio Juan XXIII). Asimismo, entiendo que a OSPRERA en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones -en este caso autorización de una practica médica- correspondía una responsabilidad objetiva, siendo a su entender una obligación de resultado la asumida a favor de a sus beneficiarios. En relación a la imputación de la responsabilidad médica, la sentó en las bases de la responsabilidad subjetiva, no siendo pasible su análisis al haber quedado firme el resolutorio en este punto, pues no fue materia de agravio por parte del recurrente. Partiendo de los hechos expuestos por el actor y la asignación de responsabilidad que imputa a los demandados considero que su planteo no ha sido erróneo, pues la responsabilidad de una Obra Social puede encontrarse comprometida en varias direcciones dentro del contrato

de cobertura de prestaciones médicas que la une a un beneficiario. Su responsabilidad puede nacer no solo por el deficiente servicio que puede llegar a brindarse a sus beneficiarios conforme los auxiliares y agentes del servicio de salud de los cuales se sirve para el cumplimiento de sus obligaciones de asistencia, responsabilidad basada en principio de garantía y obligación de seguridad; sino que también puede comprometerse por su inactividad, retardo, abulia o desinterés en el cumplimiento de sus obligaciones de manera diligente en cuanto a las prestaciones adeudadas a sus beneficiarios. De esta manera, le comprende un deber de debida diligencia en el cumplimiento de sus obligaciones, en las prestaciones positivas en el marco del derecho a la salud, y como agente del servicio de salud nacional -Ley 23.660 y 23.661- . Específicamente la Ley N° 23.661 de Sistema Nacional del Seguro de Salud, legisla en su artículo 27 “Las prestaciones de salud serán otorgadas por los agentes del seguro según las modalidades operativas de contratación y pago que normatice la ANSSAL de conformidad a lo establecido en los artículos 13, inciso f) y 35 de esta ley, las que deberán asegurar a sus beneficiarios servicios accesibles, suficientes y oportunos.” (El destacado me pertenece).

7.5.- Partiendo de lo antes expuesto, corresponde adentrarme en las constancias del expediente para determinar si asiste razón al recurrente en cuanto a la falta de diligencia en la autorización del estudio indicado. Para ello considero de interés repasar la sucesión de los hechos, realizando un detalle pormenorizado día por día en relación a la atención médica de la Sra. A., desde el día 09/05/2012 al día del deceso 21/08/2012 conforme las constancias del expediente: 08/05/12: La Sra. A., conforme el relato del actor, presentó dolores de cabeza. 09/05/2012: Se presentó ante la guardia del Hospital “Artémides Zatti” de la Ciudad de Viedma, derivada desde San Javier, localidad de residencia de la Sra. A.. Puede extraerse de la H.C. Ante este nosocomio que consultó por cefalea de 48 hs. de evolución que no cedía ante la toma de analgésicos y antiinflamatorios. Sometiéndola el mismo día a TAC cerebral sin contraste surge del estudio que presentaba hemorragia subaracnoidea más hidrocefalia, se ordena la internación en UTI para tratamiento. (Fs. 632/633). 10/05/2012: Se presenta junto a su pareja para internación por UTI del Hospital Zatti de la Ciudad de Viedma a los efectos de recibir atención. Confirma este dato la emisión de certificado médico expedido por la Dra. Lilien Co. quien diagnóstica a la paciente con “hemorragia subaracnoidea” y solicita la derivación con carácter de urgente a un centro médico de mayor complejidad, obra copia a fs. 15.

A fs. 16 obra informe elaborado por la Dra. Lilien Co. en la que indica más detalles del estado de salud de la Sra. A., aclarando: "Se solicita derivación a centro de mayor complejidad por ausencia de neurocirujano y necesidad de estudio y tratamiento endovascular de así requerirlo. El traslado tiene indicación de ser realizado por ambulancia con unidad coronaria, acompañada de médico y enfermero". (El destacado me pertenece). Asimismo, surge de fs. 634 de la H.C. Del Hospital Zatti que la Dra. Co. dejó sentado el pedido de derivación. Surge que el mismo día a las 14:30 hs OSPRERA comunica que es prestador seleccionado para la derivación es la Clínica Juan XXIII.

11/05/2012: En horario 02:30 hs. Consta que comienza la derivación de la Sra. A. desde la Ciudad de Viedma a General Roca. (ver fs. 634 vta.). Ingresó la paciente al Sanatorio Juan XXIII a las 08:00 hs., conforme planilla de admisión que ha sido agregada en copia a fs. 17, también acredita este hecho copia de fs. 28, primer hoja de Historia Clínica registrada ante dicho Nosocomio.

12/05/2012: El Dr. R. indica la realización del estudio de angiografía cerebral 3 D y embolización de aneurisma cerebral con carácter de urgente, solicitando la autorización, bajo el diagnóstico "hemorragia subaracnoidea". Obran agregadas dos copias de certificado médico con indicación del estudio mencionado, y un informe del mismo médico en el que se detalla el estado de salud de la paciente. Descripción de evolución de UTI adultos conforme H.C.: "PACIENTE QUE CURSA INTERNACIÓN POR HSA. TAC CEREBRO SIN CTE CON HSA SIN VOLCADO VENTRICULAR, CON LEVE HIDROCEFALIA, AL EX. FÍSICO PRESENTA FOTOFOBIA, CEFALIA INTENSA, VOMITOS, AFEBRIL, INQUIETA, DOTE, SIN FOCO MOTOR NI SENSITIVO. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE SOLICITA ANGIOTAC CEREBRAL A PEDIDO DEL NEUROCIRUJANO DR ROUSEL A FIN DE DETERMINAR SITIO ANEURISMÁTICO Y PEDIR MATERIAL PARA EMBOLIZAR. PRONOSTICO RESERVADO".

13/05/2012: Control conforme escala de Glasgow en Historia Clínica ante el Sanatorio Juan XXIII con descripción del estado médico de la paciente.

14/05/2012: Descripción de evolución de UTI adultos conforme H.C. "PACIENTE QUE CURSA INTERNACION POR HSA- FISHER III POR TAC CEREBRO, SIN VOLCADO VENTRICULAR, CON LEVE HIDROCEFALIA. CONTINUA EN MAL ESTADO GENERAL, SOPOROSA, CON INTENSA CEFALIA, SIN FOCO MOTOR, GLASCOW 13/15, PUPILAS ISOCÓRICAS REACTIVAS, REGULAR MECANICA VENTILATORIA CON BUENA ENTRADA BILATERAL DE AIRE, MV CONSERVADA, CONTINUA CON REQUERIMIENTO ANALGÉSICO EN INFUSIÓN CONTINUA. CONTINUA CON MONITOREO INTENSIVO, AGUARDO EVOLUCIÓN, CONTINUA CON

IGUAL PRONOSTICO.” 15/05/2012: Se ha agregado a fs. 19/20 copia de presupuesto del estudio indicado por el Dr. R., conforme puede observarse de la copia es un fax enviado desde Fundación Médica de Río Negro y Neuquén en la fecha indicada en horario 11:09 hs., y reenviado por el Sanatorio Juan XXIII en horario 11:15 hs. Descripción de evolución de UTI adultos conforme H.C. “PACIENTE QUE CURSA INTERNACIÓN POR HSA- FISHER III POR TAC CEREBRO, SIN VOLCADO VENTRICULAR, LEVE HIDROCEFALIA. CONTINUA EN MAL ESTADO GENERAL, SOPOROSA, CON INFUSIÓN DE FENTANILO POR INTENSA CEFALIA, SIN FOCO MOTOR, GLASGOW 14/15, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS. BUENA MECÁNICA VENTILATORIA CON BUENA ENTRADA BILATERAL DE AIRE, TENDENCIA A LA HTA MODERADA. CONTINUA CON MONITOREO INTENSIVO Y A LA ESPERA DE MATERIAL PARA ANGIOGRAFIA Y EVENTUAL EMBOLIZACIÓN ANGIOGRAFICA. PCTE CON PRONOSTICO RESERVADO.” 16/05/2012: Descripción de evolución de UTI adultos conforme H.C. “PACIENTE QUE CURSA INTERNACIÓN POR HSA – FISHER III POR TAC CEREBRO, LOCALIZADA A NIVEL DE LA TIENDA DEL CEREBELO Y LOBULO PARIETAL DERECHO, SIN VOLCADO VENTRICULAR, LEVE HIDROCEFALIA. PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, VIGIL, POR MOMENTOS SOPOROSA, SE OBSERVA CAIDA DE PARPADO SUPERIOR DERECHO NO EN FORMA SOSTENIDA, CON REGISROS DE HIPERTENSION ARTERIAL, AFEBRIL, REGULAR RITMO DIURETICO, REFIERE EPISODIO DE CEFALIA QUE LOGRAN CONTROLARSE CON FENTANILO EN INFUSIÓN, NO REFIERE FOTOFOBIA, A LA ESPERA DE MATERIALES PARA EMBOLIZACIÓN, EVALUADA POR NEUROCIRUGIA, PRONOSTICO RESERVADO, SE CONTROLA EVOLUCIÓN.” Ese mismo día de control, en el apartado de la H.C. Titulado “NEUROLOGICO”, subtítulo “OBSERVACIÓN EXAMEN NEUROLOGICO”: “PACIENTE VIGIL, RESPONDE A ORDENES SIMPLES, CEFALIA INTENSA”. 17/05/2012: Descripción de evolución de UTI adultos conforme H.C. “PACIENTE QUE CURSA INTERNACION POR HSA-FISHER III POR TAC CEREBRO, LOCALIZADA A NIVEL DE LA TIENDA DEL CEREBELO Y LOBULO PARIETAL DERECHO, SIN VOLCADO VENTRICULAR, LEVE HIDROCEFALIA. PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, VIGIL, POR MOMENTOS SOPOROSA, CON HIPERTENSION ARTERIAL, AFEBRIL, SE REALIZA ECODOPPLER TRANSCRANEANO: VASOESPASMO, SE INDICA TTO PARA VASOESPASMO, EVOLUCIONA EN FORMA DESFAVORABLE CON CEFALIA INTENSA QUE NO RESPONDE A TTO ANALGÉSICO, DETERIORIO DEL SENSORIO, RELAJACIÓN DE ESFINTERES, SE DECIDE IOT Y CONECCION A ARM, SE REALIZA TAC DE CEREBRO: SE OBSERVA RESANGRADO, EDEMA, DESVIACIÓN DE LÍNEA MEDIA,

EVALUADA POR NEUROCIRUGIA SE COLOCA VENTRICULOSTOMIA, SE COLOCA SENSOR DE PIC, SE INFORMA AL FAMILIAR DE DICHO ACONTECIMIENTO, PRONOSTICO RESERVADO, SE CONTROLA EVOLUCIÓN.” Ese mismo día de control, en el apartado de la H.C. Titulado “NEUROLOGICO”, subtulado “OBSERVACIÓN EXAMEN NEUROLOGICO”: “PACIENTE EN COMA, QUEDA EN ARM, CON SEDACIÓN Y ANALGESIA” Dentro del registro diario, a diferencia de los anteriores días, aquí se realiza una anotación en un punto titulado “INTERCONSULTAS”, describiendo la siguiente información: “SE Ó Í SOLICITÓ A LA MUTUAL OSPRERA, DESDE EL DÍA DE INGRESO AL SANATORIO MATERIALES PARA EMBOLIZACIÓN, EN EL DÍA DE HOY SE AUTORIZA MATERIALES PARA EMBOLIZACION Y TRASLADO A LA CLINICA PRIVADA DE NEUQUEN, NO SE PUEDE REALIZAR DICHO TRASLADO POR DETERIORO NEUROLÓGICO E INESTABILIDAD HEMODINAMICA DESDE LA PACIENTE PREVIA AAUTORIZACIÓN DE MATERIALES. INTERCONSULTA CON NEUROCIRUGIA.” Este mismo día a las 20: 15 hs. - obra a fs. 71- el Dr. R. realiza un informe del estado de la paciente en la que se describe la realización de apertura craneana. A fs. 69 puede observarse planilla de Protocolo Quirúrgico y/o Procedimiento 18/05/2012: Descripción de evolución de UTI adultos conforme H.C. “PACIENTE QUE CURSA INTERNACION POR HSA-FISHER III POR TAC CEREBRO, LOCALIZADA EN TERRITORIO SILVIANO. PRESENTA RESANGRADO Y SEVERO VASOESPASMO. VENTRICULOSTOMIA Y PIC. EN ARM BAJO SEDOANALGESIA. CON NORADRENALINA PARA PPC ADECUADA. FEBRIL DE ORIGEN CENTRAL. SE COLOCA TAM SIN COMPLICACIONES, VALORADA POR NEUROCOX: CONDUCTA EXPECTANTE PARA EMBOLIZAR SEGÚN EVOLUCIONAR.” Ese mismo día de control, en el apartado de la H.C. Titulado “NEUROLOGICO”, subtulado “OBSERVACIÓN EXAMEN NEUROLOGICO”: “PACIENTE EN COMA, QUEDA EN ARM, CON SEDACIÓN Y ANALGESIA” 19/05/2012: Descripción de evolución de UTI adultos conforme H.C. “PACIENTE QUE CURSA INTERNACION POR HSA-FISHER III POR TAC CEREBRO, LOCALIZADA EN TERRITORIO SILVIANO DERECHO. PRESENTA RESANGRADO SEVERO VASOESPASMO. VENTRICULOSTOMIA Y PIC. CONTINUA CON MALA EVOLUCIÓN, NEUROLOGICAMENTE SIN CAMBIOS. PERSISTE EN ARM BAJO SEDOANALGESIA. CON DROGAS VASOPRESORAS PARA PPC ADEUCADA. FEBRIL SE SUPONE DE ORIGEN CENTRAL PERSISTE CON MONITOREO DE TAM. VALORADA POR NEUROCOX: CONDUCTA EXPECTANTE PARA EMBOLIZAR SEGUN EVOLUCIONAR.” Ese mismo día de control, en el apartado de la H.C. Titulado “NEUROLOGICO”, subtulado “OBSERVACIÓN EXAMEN NEUROLOGICO”:

“PACIENTE EN COMA, QUEDA EN ARM, CON SEDACIÓN Y ANALGESIA” 20/05/2012: Descripción de evolución de UTI adultos conforme H.C. “PACIENTE QUE CURSA INTERNACIÓN POR HSA-FISHER III POR TAC CEREBRO, LOCALIZADA EN TERRITORIO SILVIANO DERECHO. PRESENTA RESANGRADO Y SEVERO VASOESPASMO. VENTRICULOSTOMIA Y PIC. PACIENTE QUE CONTINUA EN MAL ESTADO GENERAL CON PPC DIRIGIA, PIC > 20 mm hg, FEBRIL, EN ARM, CON SEDACIÓN Y ANALGESIA, PUPILAS ISOCORICAS Y REACTIVAS, BUEN RITMO DIURÉTICO, POR LABORATORIO: CON LEUCOCITOSIS AUMENTADA, SE OPTIMIZA CO<sub>2</sub>, PAFI: 200. PRONOSTICO RESERVADO, SE CONTROLA EVOLUCIÓN.” Ese mismo día de control, en el apartado de la H.C. Titulado “NEUROLOGICO”, subtulado “OBSERVACIÓN EXAMEN NEUROLOGICO”: “PACIENTE EN COMA, QUEDA EN ARM, CON SEDACIÓN Y ANALGESIA” 21/05/2012: Descripción de evolución de UTI adultos conforme H.C. “PACIENTE QUE CURSA INTERNACIÓN POR HSA-FISHER III POR TAC CEREBRO, LOCALIZADA EN TERRITORIO SILVIANO DERECHO. PRESENTA RESANGRADO Y SEVERO VASOESPASMO. VENTRICULOSTOMIA Y PIC. PACIENTE QUE CONTINUA EN MAL ESTADO GENERAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN REQUERIMIENTO DE VASOACTIVOS, CON PPC DIRIGIA, PIC > 20 mm hg, DRENAGE VENTRICULAR CON APERTURA INTERMITENTE SEGUN PIC. PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS, FEBRIL, PANCAITIVADA DESDE AYER, EN ARM, ADAPTADA CON SEDACIÓN Y ANALGESIA, BUENA ENTRADA BILATERAL DE AIRE CON HIPOVENTILACIÓN BIBASAL, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE. RITMO DIURÉTICO CONSERVADO, CONTINUA CON MONITOREO INTENSIVO, AGUARDO EVOLUCIÓN, CONTINUA CON IGUAL PRONOSTICO.” Ese mismo día de control, en el apartado de la H.C. Titulado “NEUROLOGICO”, subtulado “OBSERVACIÓN EXAMEN NEUROLOGICO”: “PACIENTE EN COMA, QUEDA EN ARM, CON SEDACIÓN Y ANALGESIA” 22/05/2012: Descripción de evolución de UTI adultos conforme H.C. “PACIENTE QUE CURSA INTERNACIÓN POR HSA-FISHER III POR TAC CEREBRO, LOCALIZADA EN TERRITORIO SILVIANO DERECHO. PRESENTA RESANGRADO Y SEVERO VASOESPASMO. VENTRICULOSTOMIA Y PIC. PACIENTE EN MAL ESTADO EN GENERAL, AFEBRIL, POLIURICA, EN ARM, CON SEDACIÓN ANALGESIA REQUIERE ALTA GAMAS/K/MIN, PUPILAS ISOCORICAS Y HIPOREACTIVAS, PPC DIRIGIDO, VENTRICULOSTOMIA CON APERTURA EN FORMA INTERMITENTE DE ACUERDO A PIC, REGULAR ENTRADA DE AIRE BILATERAL, ABUNDANTES SECRECIONES RESPIRATORIAS DE TIPO MUCOPURULENTO, REQUIERE ASPIRACIÓN Y KTR EN FORMA FRECUENTE, PRONOSTICO

RESERVADO, SE DERIVAA FUNDACION MEDICA LOCALIDAD DE CIPOLLETTI.” Ese mismo día de control, en el apartado de la H.C. Titulado “PLANIFICACIÓN”: “SE DERIVAA FUNDACIÓN MEDICA PARA EMBOLIZACIÓN DEL ANEURISMA.” A fs. 150 se localiza copia del informe de la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, el que expone “Paciente de 35 años, que cursa internación en otra institución por HSA de mal grado (Fisher III con sangrado en territorio silviano derecho). Evoluciona de forma torpida con resangrado, vasoespasmo severo e HIC. Requiere monitoreo de PIC y DVE. Presenta fiebre, realizándose cultivos el día 21/05. Ingresa en muy mal estado general, derivada para realización de angiografía cerebral. Se realiza embolización de aneurisma de arteria comunicante posterior; se objetiva vasoespasmo severo bilateral, (mal pronóstico). En el día de la fecha se decide su derivación para continuar tratamiento en Sanatorio Juan XXIII.”

24/05/2012: Egresada de la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, e ingresa nuevamente para su internación en el Sanatorio Juan XXIII. A fs. 195 obra copia de ingreso al Sanatorio Juan XXIII, en el que se detalla que quedará internada en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva Adulto.

06/08/2012: Se detalla conforme informe de la Dra. Perla E. Valvidares, médica especialista en terapia intensiva, el estado de la paciente A..

21/08/2012: fallecimiento de la Sra. A.- Puede observarse de este detalle, sin realizar afirmaciones de carácter médico, pero si desde una comprensión simple de los actos médicos descriptos así como del control del estado médico de la paciente, que el día 17/05/2012 la paciente tiene una grave desmejoría en comparación a los anteriores días (12/05 al 16/05), pues a raíz del resangrado comenzó a evolucionar de manera desfavorable, con cefalea intensa que no respondía a tratamiento con analgésicos, presentó deterioro del sensorio, relajación de esfínteres, realización de traqueotomía y conexión a asistencia respiratoria mecánica, por lo que los médicos tomaron la decisión de someterla a una intervención quirúrgica para la apertura de su cráneo, conforme surge de fs. 69. Aquí es donde cabe cuestionarse si la demora en la actuación diligente de la Obra Social, y los demás demandados -Clínica Juan XXIII y Fundación Médica de Río Negro y Neuquén- tuvieron injerencia con su accionar en relación al deceso de la Sra. A., y si ello implica en algún grado de responsabilidad civil. La sentencia, aquí recurrida, encarrila su razonamiento con apoyatura en el resultado de la pericial médica de autos. 7.6.-Con antelación a la resolución de este recurso nos expedimos respecto del valor probatorio de la misma (pericia realizada por el Dr. Miranda). Ello

fue tratado en el interlocutorio de fecha 14/09/2022 en el cual se decidió un desplazamiento en forma absoluta del informe como medio probatorio, la remoción del perito médico y su pérdida del derecho al cobro de honorarios toda vez que su tarea no ha resultado de ninguna utilidad para la resolución del presente proceso, que ante la complejidad ameritaba un informe del más alto grado de compromiso profesional por parte del experto, quien no respondió a los puntos de pericias propuestos. De esta manera, se procedió a la designación de un nuevo experto en medicina, siendo desinsaculado el Dr. Matías Sebastián García Ortiz quien asumió el cargo. Fue presentado su informe pericial en fecha 07/03/2023. De modo que debemos proceder al análisis y ponderación de la labor pericial que se realizara en Cámara, tratando los cuestionamientos que hicieran las partes al informe pericial, y luego a las respuestas que a las impugnaciones y pedidos de explicación diera el Dr. García. En tal cometido y de su atenta lectura se advierte un informe pericial mucho más completo que la media que estamos acostumbrados a ver en las distintas causas y mucho más si es comparado con el informe pericial del cual nos apartáramos, con profusas citas de las piezas del expediente a las que hace referencia, lo que venimos insistiendo que es fundamental para no solo facilitar la compulsión, sino disminuir los riesgos de errores en la comprensión de lo que se expone. Por otra parte, también cabe destacar que va explicando la mayoría de los términos médicos más complejos y abunda en citas bibliográficas así como en imágenes ejemplificativas para comprender tan complejo caso médico, que no solo posibilitan la comprensión por quienes somos legos en la materia, sino además torna posible comprobar la fidelidad y científicidad de lo que expone mediante el respectivo confornte, lo que otorga seriedad y robustez a su trabajo pericial. Atento a la complejidad de la temática, he de colacionar varios fragmentos del informe médico a los efectos de ser lo más fiel posible a las conclusiones arribadas del estudio propuesto. En cuanto al primer cuestionamiento: “1. Indique y explique cuál fue el diagnóstico inicial de la paciente A., cual es el tratamiento a seguir en dicho caso, y las consecuencias del mismo.” el experto respondió: “Según se desprende de autos, el diagnóstico inicial de la paciente A. se realiza correctamente el día 09-05-2012 en el hospital Artémides Zatti de la Ciudad de Viedma, mediante TC cerebral sin contraste. El diagnóstico, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA MAS HIDROCEFALIA, ordenándose internación en UTI (Fs. 632/633). Quiero resaltar, la HSA es una emergencia/urgencia médica, siendo esencial su diagnóstico precoz (hasta

un 20% son mal diagnosticadas inicialmente). - Como mencione previamente, esta es una patología que requiere tratamiento de urgencia, dada la gravedad de la patología en cuestión, considero correcto la decisión de derivar a la paciente a un centro de mayor complejidad de forma urgente lo que se pone de manifiesto a fs. 15. La Dra. Lilien Co. solicita derivación con carácter de urgente a un centro de mayor complejidad. En el manejo inicial de un paciente con un evento hemorrágico debe tenerse en cuenta su situación neurológica, dando especial importancia al nivel de consciencia. Por ello la evaluación inicial y la monitorización de la situación del enfermo deben ser realizadas obteniendo la puntuación de la escala de coma de Glasgow. Es fundamental una adecuada ventilación mediante el mantenimiento de la vía aérea, una adecuada oxigenación y perfusión. Así mismo es primordial el tratamiento invasivo de la patología ya sea quirúrgico o endovascular. La eficacia del tratamiento de los aneurismas viene marcada por dos aspectos: disminuir el riesgo de resangrado y conseguir tratamiento definitivo del aneurisma, es decir, conseguir su exclusión completa de la circulación cerebral. El riesgo de resangrado en los aneurismas embolizados disminuye hasta un 0,9 a 2,9% al año. Por lo expuesto previamente (HSA – Indicaciones de tratamiento), considero correcta la indicación de llevar a cabo un tratamiento endovascular con la mayor premura posible, dado que la utilización de esta técnica en paciente que podrían ser tratados tanto por tratamiento endovascular como quirúrgico, demostró que aunque la mortalidad era similar en ambos, la morbilidad asociada al tratamiento endovascular era menor. Dentro de las consecuencias del tratamiento, se sabe que, el tratamiento endovascular precoz de aneurismas saculares es un procedimiento mínimamente invasivo de baja mortalidad operatoria que puede ser efectuado independientemente del estado clínico del paciente. Si indiscutible ventaja reside en lograr en más del 75% de los casos una oclusión aneurismática suficiente como para prevenir el resangrado y permitir el manejo agresivo (preventivo) del vasoespasmó." Al ser consultado el experto por cuales son los plazos del tratamiento indicado, y en su caso, las posibles consecuencias de no cumplirse los mismos, éste respondió lo siguiente: "Como mencione previamente, los objetivos fundamentales para un correcto tratamiento de esta enfermedad son: 1 – Diagnostico precoz: en el 20% de los casos no se diagnostica adecuadamente la primera hemorragia. Es esencial el traslado inmediato a un centro hospitalario con servicios de neurocirugía, unidad de terapia intensiva (UTI) y neuroradiología. 2- Prevención del resangrado:

mediante cirugía y/o embolización. 3- Estabilización del paciente crítico en UTI, con el fin de intentar que la mayoría de los casos sean potencialmente tratables, mediante cirugía y/o embolización. 4 – Prevención y tratamiento agresivo de la isquemia cerebral, especialmente en los casos en los que ya se ha ocluido el aneurisma. En el manejo inicial de una paciente con un evento hemorrágico debe tenerse en cuenta su situación neurológica, dando especial importancia al nivel de consciencia. Por ello, la evaluación inicial y la monitorización de la situación del enfermo deben ser realizadas obteniendo la puntuación en la escala de coma de Glasgow. Es fundamental como en cualquier otro cuadro grave asegurar una adecuada ventilación a través del mantenimiento de la vía aérea, una adecuada oxigenación y perfusión. Existe potencial de deterioro neurológico y por lo tanto de incapacidad para mantener una adecuada ventilación y por ellos los enfermos con alteración del nivel de consciencia deberán ser intubados si es necesario. Por todo ello, y debido a la necesidad de una estrecha vigilancia de los enfermos, su exploración neurológica y constante, consideramos que todos los enfermos que sufren HSA deberán ser manejados en una UTI.

**Complicaciones HSA** Las principales complicaciones y su tratamiento más adecuado tras la HSA son Resangrado. Varios estudios prospectivos han demostrado un índice de sangrado similar. Tras una HSA existe un riesgo de resangrado de un 3-4% en las primeras 24 horas, seguido de un riesgo acumulativo entre 1-2%/día durante las primeras cuatro semanas. En los casos que se trataron conservadoramente, las incidencias de resangrado registradas en el primer mes oscilaron entre 20-30%, estabilizándose después del tercer año. En el Estudio Cooperativo, mencionado previamente, con un mayor seguimiento, encontraron un índice de resangrado del 2.2/año pasado los 6 meses de la hemorragia durante los primeros 10 años, descendiendo a un 0.86/año a partir de la segunda década. La mortalidad ligada a resangrado se cifra en 74%. El tratamiento fundamental para prevenir el resangrado es la oclusión del aneurisma (quirúrgica/embolización).

**Vasoespasma/isquemia** El vaso espasmo es una respuesta arterial a los depósitos de sangre subaracnoidea, probablemente secundaria a sustancias liberadas por la lisis del coagulo; los pacientes con gruesos coágulos cisternales están expuestos a una mayor incidencia de déficits isquémicos. El vaso espasmo angiográfico tiene un pico de incidencia alrededor del 7mo día, con una resolución gradual entre 2 y 4 semanas. La incidencia estimada del vasoespasma angiográfico es de aproximadamente 2/3 de los pacientes

en los años 60, pero esta cifra ha descendido a un 7% en la actualidad. (...)"'. Al ser interrogado en el punto 3 por si el procedimiento adoptado y ordenado para la paciente fue el adecuado, y en su caso, que consecuencias tuvo el tiempo transcurrido entre la internación y el efectivo traslado de la paciente el día 22-05-2012 y la realización del tratamiento oportunamente indicado el 24-05-2012, el experto se expresó en los siguientes términos: "Por lo expuesto previamente, se sabe que la paciente presentó las dos complicaciones posibles y de peor pronóstico. Según consta en autos, el día 17-05-2012, se realiza ecodoppler transcraneano diagnosticándose VASOESPASMO. Evoluciona en forma desfavorable con cefalea intensa que no responde a analgésicos, deterioro del sensorio, relajación de esfínteres, por lo que se decide coma farmacológico y asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se realiza TC donde se evidencia RESANGRADO, EDEMA Y DESVIACION DE LA LINEA MEDIA. Signos de mal pronóstico. (El subrayado me pertenece). Paciente en COMA, queda ARM, con sedación y analgesia. Según consta en autos, ese mismo día 17-05-2012 se autoriza traslado y embolización a la Clínica privada de Neuquén. El mismo no se puede realizar por el deterioro neurológico y la inestabilidad hemodinámica de la paciente. Según evolución día 18-05-2012, la paciente es valorada por neurocirugía, donde se decide conducta expectante según evolución. El día 22-05-2012, según interpreto, ante la falta de evolución favorable de la paciente, la misma es derivada a la Fundación Médica de Rio Negro y Neuquén para tratamiento endovascular. Según informe Fundación Médica, "Paciente de 35 años, que cursa internación en otra institución por HSA de mal grado (Fischer III con sangrado en territorio Silvano derecho). Evoluciona de forma tórpida con resangrado, vasoespasma severo y hemorragia intracerebral (HIC). Ingresar en muy mal estado general, derivada para realización de angiografía cerebral. Se realiza embolización de aneurisma de arteria comunicante posterior, se objetiva vaso espasmo severo bilateral (mal pronóstico). En el día de la fecha se decide su derivación para continuar tratamiento en Sanatorio Juan XXIII." a) Como mencione previamente, el tiempo acorde a la patología en cuestión para una mejor respuesta al tratamiento y evitar las posibilidades de complicaciones, va desde el momento del diagnóstico, en este caso muy bien realizado, hasta no más allá de los 7 días. De hecho se evidencia según la HC que el vasoespasma y el resangrado se presentaron en el día 10mo del inicio de los síntomas. Acá es donde quiero resaltar que tras una HSA existe un riesgo de resangrado de un 3-4% en las primeras 24 horas, seguido de un riesgo

acumulativo entre 1-2%/día durante las primeras cuatro semanas. Así mismo, el vasoespasmio angiográfico (es la forma de diagnóstico más específica) tiene un pico de incidencia alrededor del 7mo día. b) Por lo expuesto considero que el tiempo fue un factor determinante para la mala evolución de este cuadro.” Al punto 4, responde de manera diáfana que: “Con lo expuesto queda en evidencia que el procedimiento de embolización debería haberse llevado a cabo dentro de los tres primeros días de diagnóstico del cuadro. Se hubiera tolerado una espera de no más de siete días.” Siendo consultado respecto de la existencia de relación de causalidad entre el hecho reclamado, el tratamiento indicado y la evolución de la situación de la paciente hasta el final de sus días, advirtió lo siguiente: “Por lo expuesto, considero que existe relación de causalidad entre el hecho reclamado, el tratamiento indicado y la evolución del paciente. Indistintamente, y como no se ha realizado en tiempo acorde el tratamiento indicado por el Dr. Russel, no podría afirmar que la evolución de la paciente hubiera sido favorable con el mismo.” En cuanto a la pregunta número 6 “Si la dolencia que traía la Sra. A. podría haber sido mitigada, evitada o aun reducida, de haber sido atendida en tiempo oportuno” , respondió “... que la evolución de la patología hubiera sido otra”. Seguidamente, Seguros médicos S.A. impugnó la pericial médica y la parte actora observó informe solicitando aclaraciones, ambas presentaciones realizadas en fecha 13/03/2023. El perito contesta ambas presentaciones, pero considero prudente poner el foco en la contestaciones que realiza a las observaciones de la parte actora, por lo sustancioso de su respuesta, al exponer: “a) Considero el punto 2) ha sido respondido de forma correcta y sencilla. Igualmente, como mencione previamente, en la urgencia médica los tiempos apremian, a menor tiempo, mayor posibilidad de evitar complicaciones y posteriores secuelas. “El tiempo es oro”. En base al estudio realizado, y citado en la pericial médica, en la provincia de Buenos Aires en el año 1997, “Embolización precoz en la HSA aguda”, el tratamiento debe instaurarse a la mayor premura posible a fin de evitar las complicaciones ya conocidas, las cuales se presentan a partir del 7mo-10mo día del inicio de los síntomas. Respecto de las consecuencias de no realizarse el tratamiento previo al inicio de las complicaciones, son justamente estas, complicaciones que complican el cuadro valga la redundancia. Las mismas son, el aumento de probabilidades de resangrado, existe un riesgo del 3-4% en las primeras 24 horas, seguido de un riesgo acumulativo entre 1-2%/día durante las primeras 4 semanas. Y el aumento en las probabilidades de vasoespasmio/isquemia,

el mismo tiene un pico de incidencia alrededor del 7mo día del inicio de los síntomas. A riesgo de ser reiterativo, las complicaciones se presentan entre el 7mo y el 10mo día de iniciado los síntomas.” Al ser consultado por la actora en los siguientes términos: “b) En cuanto a la respuesta al punto 3, b) se solicita al perito Médico conteste ese punto dado que no surge la respuesta en la pericia.”, el mismo respondió que: “b) Apoyado en mi conocimiento medico, sustentado por la bibliografía aportada, no considero que el tiempo entre el diagnostico inicial, realizado en el Hospital Artémides Zatti por la Dra. Lilen Corso el día 09-05-2012 y la realización del estudio diagnostico/tratamiento el día 22-05-2012, haya sido el apropiado. Como mencione en el punto previo, realizar el tratamiento pasado los 7 (siete) días del inicio de los síntomas aumenta los riesgos de complicaciones. En este caso en particular, se evidenciaron ambas, el resangrado y el vasoespasmo a los 10 (diez) días del inicio de los síntomas. Por lo expuesto y reitero, considero que el tiempo existente entre el diagnostico y la realización del tratamiento fue determinante para la mala evolución de la patología.” Finalmente al último punto del pedido de explicaciones, el que cursó los siguientes términos: “c) Con relación a la respuesta al punto 4; surgiendo bien precisamente los datos de la causa, se solicita se de respuesta a lo relativo a “si consta en autos cuando fue efectivizada la autorización por la O.S. del procedimiento indicado por el médico actuante, y cuál es la razón de la derivación de la paciente a otro centro en otra localidad”, el experto contestó que: “c) Según consta en autos, la autorización fue recibida por el Sanatorio Juan XXIII el día 17-05- 2012, 10 (diez) días luego del inicio de los síntomas, coincidiendo con la complicaciones de la HSA con el resangrado y el vasoespasmo. Respecto de la derivación a otro centro de salud, desconozco la respuesta. Lo lógico es pensar que el Sanatorio Juan XXIII, por aquella época no contaba con el equipo requerido para la realización del estudio y tratamiento de esta patología.” Por otro lado, también se presentó el Dr. Luquin en representación del Noble Compañía de Seguros S.A., a impugnar el informe pericial, a lo que contestó el experto que: “Nuevamente, ante vuestra duda, quiero explicar de la forma mas simple posible lo siguiente, al sostener que el tratamiento fue tardío, hago expresa referencia al tratamiento mencionado en primera instancia por la Dra. Lilen Corso, quien reconoce la necesidad de realizar en forma urgente tratamiento endovascular de la HSA, y posteriormente, también solicitado por el Dr. Russel igualmente, de forma urgente. En ningún momento consideré que las medidas tomadas

por el Sanatorio Juan XXIII hayan sido incorrectos o insuficientes, ni mucho menos. De hecho, concuerdo con el tratamiento instaurado en la UTI del Sanatorio para tratar de compensar las complicaciones observadas por el propio curso de la enfermedad al no haberse realizado la embolización al momento oportuno, solicitado por el Dr. Russel.” 7.7.- Ahora bien, en autos además de la pericial médica realizada en segunda instancia, la plataforma probatoria se haya compuesta por la prueba testimonial que ha incorporado a la causa dos declaraciones de sumo interés, el de la Dra. Cona Hasdeu y el Dr. C., este último médico terapeuta integrante del grupo médico de la unidad de terapia intensiva del Sanatorio Juan XXIII al momento en el que se encontraba internada la Sra. A.. No puede dejarse de valorarse los mismo al momento de resolver, pues la profesión que detentan ambos hace que su declaración en autos no solo tenga peso por sí misma sino que aportan su saber científico al respecto, que le da un plus al momento de valorar su testimonio. Si bien al momento de la realización de la audiencia en la que ambos declararon se planteó un posible conflicto respecto del reemplazo de una testimonial por una prueba pericial, se avanzó en el testimonio de la Dra. Cona Hasdeu. Estando las partes presentes en dicha audiencia, entiendo que han quedado a resguardo los derechos de defensa de los partícipes, quienes no plantearon con posterioridad la no consideración de su testimonio, por lo que aquí se reproduce su contenido. Así considero prudente, a pesar de su extensión, transcribir las declaraciones brindadas por ambos testigos en autos a los efectos de ser lo más fiel posible a la información expuesto por los deponentes, atento la complejidad de la temática. Comenzando con la transcripción del testimonio de la Dra. Cona Hasdeu. Al ser consultada respecto de que se debe realizar en un Hospital al recibir una paciente con el diagnóstico de la Sra. A., la doctora respondió que: “es muy importante saber que hay un 15% de los pacientes que no llega a la atención hospitalaria, las hemorragias subaracnoideas son fatales en las primeras horas, una patología muy invalidante y una mortalidad global que supera el 50%. entonces cuando el paciente llega a la primera atención hospitalaria, lo primero que hay que pensar es en identificar el diagnóstico, una vez que uno identifica el diagnóstico lo que hay que pensar es si el paciente está en el lugar donde tenga los elementos necesarios para resolverlo, y de no ser así hay que tratar de derivarlo al lugar lo más cercano posible con todas las cosas que se necesitan para atender este tipo de patología”. Ante la consulta hipotética de si conocía por medio de su

experiencia como profesional, como se debería haber accionado con una paciente en la localidad de Viedma, la Dra. Respondió que actualmente Viedma tiene neurocirujanos propios, pero desconoce si hay una locación que tenga los elementos necesario para resolverlo, entiende que la Ciudad de General Roca era un lugar lejos, quizás Bahía Blanca habría sido una mejor opción, aclarando que desconoce si en la Ciudad tienen los elementos para resolver esta patología, y agrega que si no lo tuvieran también cabe la posibilidad de un vuelo sanitario para derivarla. Sigue su testimonio mencionando que “cuando uno identifica una patología de esta gravedad como lo es la hemorragia subaracnoidea uno tiene que tratar de tener la máxima celeridad y mandarlo con el mínimo disconfor posible seguido la hemorragia subaracnoidea el máximo resangrado ocurre en las primeras 6 horas con lo cual el máximo resangrado ocurre dentro de las 24 horas que ocurre el sangrado inicial, con lo cual yo creo que pensar en derivar una paciente a 500 kms en ambulancia, o en vuelo sanitario o algo así tal vez no sería mi primera opción, hay que dejar en claro que hay que ver que siempre estamos muy limitados en opciones, y siempre la intención del médico tratante calculo que es lo mejor por el paciente mandarlo donde puede, donde encuentra cama y lo demás, es lo que nos pasa en la práctica habitual, pero creo que la primera opción de tratar de tratarlo en el lugar, y si no se podía derivarlo al lugar más cercano de en una distancia terrestre corta y sino vuelo sanitario”. Al ser consultada por que instituciones médicas contaban con angiografo en la zona del alto valle, contestó que la Fundación Médica de Cipolletti o Clínica de Imágenes en Neuquén, no solo desde la aparatología sino que cuentan con el banco de insumos médicos necesarios para realizar los estudios, cirugías endovascular. Menciona que como son lugares que reciben derivaciones de pacientes de Río Negro y Neuquén, los pacientes no suelen estar internados por todo el periodo que requiere el tratamiento de la patología por hemorragia, sino que en general los pacientes solo se internan para tratar la patología y vuelven a las terapias intensivas de origen. Luego, es interrogada respecto de la intervención del médico tratante en el procedimiento del pedido. Respondió a ello que “... el médico lo que tiene que hacer, lo que nosotros estamos obligados como neurocirujanos, es con la mayor celeridad posible llegar al diagnóstico y pedir que se haga el estudio en forma urgente, ahora bien ese pedido médico pasa al sector administrativo, y que el sector administrativo tiene que ponerse en contacto con la Fundación, ellos tiene que hacer el presupuesto, tiene que ir a la obra social se

tiene que autorizar tanto materiales como gastos quirúrgicos, etc etc, una vez que esta todo autorizado y la institución donde se hace pone el día y la hora donde se tiene que trasladar al paciente, y en ese momento el paciente tiene que hacer el tratamiento, hay una cosa que me gustaría aclarar que tal vez no es precisamente de esta pregunta a mi me gustaría explicar que el tratamiento que se esta hablando que es el estudio por cateterismo, el aneurisma cerebral es una patología congénita uno nace con una debilidad en una pared de una arteria, el latido constante del guess sanguíneo hace que esa pared debilitada se empiece a miar y haga como una bolsita, esa bolsita tiene como una tasa de sangrado anual, que después que se rompe una primera vez, como les decía, en las primeras 24 horas del sangrado tiene una máxima chance de resangrado y esto va bajando paulatinamente hasta el día 60 como es cuando vuelve al estado inicial de no sangrado. El tratamiento que se solicita es para tratar que eso no vuelva a sangrar pero esto no quita los daños que ocasione el sangrado inicial, sí, esto es muy importante, por qué, porque una cosa es decir que la arteria quedó abierta y esta sangrando permanentemente y alguien hasta que no cierre la canilla va a seguir sangrando permanentemente, y otra cosa es decir se rompió, sangró, hizo un trombo pero hasta que pase los días hasta que se equipare con su situación previa al sangrado tiene una chance mas aumentada con lo cual está aconsejado tratar de excluir al aneurisma de la circulación, que hay dos maneras de hacerlo, una es con una cirugía a cielo abierto y poner un ganchito en esa arteria dañada, y la otra es hacerla por la vía endovascular, ahora bien hay un estudio hecho en los países bajos, que se le den el alta de neurocirugía de Viena que con más de 1.500 casos que no encontraron diferencias significativas entre el tratamiento temprano y el tratamiento tardío de los aneurismas sangrados, sí, en los pacientes que tengan estado neurológico sin una hemiplegia o estado comatoso de ingreso, en los pacientes que ingresan en estas condiciones sería más beneficioso el tratamiento inicial, pero no en los pacientes que entran en un estado neurológico aceptable y no en un estado de coma, esto es lo que quiero aclarar, que el tratamiento es para evitar el resangrado pero que no lo libra del sangrado inicial y de todas las complicaciones que provoca ese derramamiento de sangre en el espacio subaracnoideo en el momento del sangrado". A continuación explica cual es el significado del tratamiento oportuno del aneurisma: "El tratamiento temprano que significa, el resangrado es el 4% dentro del primer día, baja entre el 1 y 1,5% los días subsiguientes hasta los días 15 y 20.

El resangrado ocurre en un 15% de los pacientes, no es que ocurre en todos los pacientes ... es una enfermedad tan devastadora que todo lo que uno pueda hacer por preservar el cerebro de ese paciente lo hace, uno que puede hacer no puede sacar la sangre que ya se derramo, no puede evitar el vasoespasmo si bien va a tomar todas las medidas para que no ocurra, pero todo lo que ocurrió inicialmente uno no lo va a poder revertir, el peligro de hacer el tratamiento, para empezar el estudio diagnóstico, porque uno lo que ve en la tomografía es el derramamiento de sangre, es la hemorragia subaracnoidea, pero en el estudio por cateterismo es el "gold standard" para el identificar si hay un aneurisma, que recordemos que no todas las hemorragias subaracnoideas no traumáticas son aneurismáticas, pero se presentan en el 75% al 80% de los casos, con lo cual puede ser una malformación ... y hay casi un 10% de diagnóstico nulos, que uno no puede encontrar que es lo que sangró y mas tardíamente va a intentar repetir el estudio, sí, que pasa cuando uno hace el cateterismo y uno llega y ve el aneurisma que ya está ahí, lo que tiene que hacer es tener los materiales a mano para rellenar ese aneurisma, y obstruir la circulación no es razonable hacer esto en dos tiempos ... lo razonable es llevar al paciente a un lugar donde se pueda hacer el estudio que es el "gold standard" y si uno encuentra la patología ya tener todo al alcance de la mano para poder resolverla y sacarle ese 15 o 20 % de ese resangrado que tiene el aneurisma roto." Siguiendo con el testimonio dado por el Dr. C., reitero su relevancia al haber sido medico de la terapia al momento de la internación de la Sra. A.. Al ser consultado si recordaba el caso de la Sra. A., responde "... que era lamentablemente una paciente muy compleja, como están acostumbrados a recibir en el sanatorio con la complejidad que tiene, un caso en el cual se hizo lo que había que hacer, lamentablemente tenia la desgracia de una enfermedad grave y que conllevó finalmente a su muerte después de una larga agonía, no falleció enseguida sino que fueron después de dos o tres meses de internación, lo cual habla de tratar de resolver los problemas que no siempre la medicina puede resolver." Al ser consultado si recordaba que patología presentaba la paciente, mencionó "... ella presentaba una hemorragia subaracnoidea, médicamente .. lo que tenia la sra. es una hemorragia en el cerebro en un lugar particular, no tenía la sangre metida en un lugar puntual del cerebro sino que el cerebro explicado como una pelota, la sangre lo baña por la superficie entre el cerebro y el hueso, ese sangrando la mayoría de los casos, mas en mujeres, jóvenes, sanas, sin ningún antecedentes se dan por aneurismas

cerebrales, que es una enfermedad que es congénita, es una malformación de la arteria del cerebro, que se le forma como un globo, lo que siempre graficamos son la cámara de bicicleta que por golpe se forma como un globo, como una teta como decimos habitualmente, eso es el aneurisma; viene de fabrica, de nacimiento, nadie lo puede predecir a veces nunca pasa nada, y se encuentra en una autopsia ocasionalmente, pero a veces cuando sucede puede ser catastrófico como en este caso.” Al consultarle por si recuerda el tratamiento dado a la Sra. A. mencionó, “lo que se hizo con ella en primera instancia, el tratamiento médico habitual, tratamiento médico significa fármacos, medicamentos, para tratar de mantener estable o compensada a la Sra.; de ahí en más se hizo todo la gestión para poder hacer el tratamiento en sí mismo de la aneurisma, de esa malformación ... y de mantener todo el soporte de las eventuales complicaciones que uno sabe que pueden suceder en distintos periodos de su evolución como para actuar rápidamente al tiempo que se intenta sellar, bloquear ese aneurisma para que no vuelva a sangrar, todo ello se fue haciendo progresivamente, la Sra. obviamente tuvo complicaciones, por lo que recuerdo de la H.C. Pero no recuerdo bien la fecha, ..., la Sra. se complicó porque resangró o sea cuando el aneurisma, o sea ese globito se rompe sangra, y es lo que produce los primeros síntomas de diversa magnitud, ella tenia una gravedad en en la escala digamos de menor a mayor de la mitad para arriba, esta muy cerca de lo mas grave, tanto en la escala que se ve en las imágenes de la tomografía, como en la sintomatología de lo que ella sentía, por eso se hace el tratamiento médico, el tratamiento del aneurisma en sí mismo, es algo que se hace en forma rutinaria para tratar de evitar el vuelva a sangrar, lo cual no implica lamentablemente, no en ello, sino en todos los pacientes, ..., no se evita las complicaciones que por sí mismo esa patología o esa enfermedad tiene que vuelva a sangrar, vasoespasmos, infecciones asociadas ... pero son complicaciones inherentes a esa enfermedad más allá de que uno la bloquee, la selle para que no vuelva a sangrar. Todo ello se fue haciendo de hecho que ella se complica, si mal no recuerdo, o sea resangra, o sea vuelve a perder sangre esa malformación, eso empeora aún, más su cuadro clínico, entra en coma, se duerme más digamos, esta comprometida de peor manera, se sigue haciendo el tratamiento médico, en un momento se hizo la embolización - procedimiento para sellar ese aneurisma- se hizo fuera del sanatorio porque no había tecnología para hacerlo allí y después siguió en el mismo estado grave varios meses hasta que fallece por complicaciones agregadas de

una paciente muy secuestrada, como se dice vulgarmente en estado vegetativo ...” Al ser consultado si se realizaron interconsultas con otros profesional, afirmó que en su carácter de médico terapeuta se toman las decisiones de realizar las interconsultas pertinentes acorde a la problemática que presente el paciente, de esta manera confirma que la Sra. A. al ser una paciente con un problema neurológico se interconsultó con un neurólogo. Al ser interrogado por el trámite a llevarse a cabo, haciendo referencia a la decisión del pedido de derivación a la Fundación Médica, depende del accionar médico o de algún otro sector del Sanatorio, explica que: “... nosotros somos médicos, como médicos actuamos, trabajamos, sugerimos, y hay cuestiones o cosas que lamentablemente, realmente son burocráticas pero reales, es decir, cuando uno en este caso puntual había que hacer un pedido de, digamos informar a la mutual el pedido del tratamiento que había que hacer, lograr que eso se autorice, y solicitar el turno pertinente al instituto que lo hace, que están nombrados que es la Fundación Médica de Neuquén y Río Negro, para que se haga, honestamente eso cómo cuando yo estoy en el sanatorio o en la terapia, tengo que hacer una tomografía computada, que la tengo dos pisos más abajo, emito la orden la paso a los administrativos y ellos generan un camino en el cual al momento esta hecha la tomografía, esto es sinceramente lo mismo cuando están es el personal administrativo que se encarga de llamar por teléfono tomar contacto pedir presupuesto, pasarlo a las instituciones que corresponden, esperar la respuesta y cuando esta la respuesta informar y seguir, la verdad que no esta en el seguimiento ese es administrativo no médico, en todos los casos, en todos los ordenes, no en este tema puntual.” Al ser consultado por el estado de la paciente al momento de autorizarse el traslado de la misma a la Fundación Médica, si estaba en condiciones de ser trasladada el Dr. consulta la copia de la Historia Clínica y traduce las anotaciones médicas, arrojando luz al respecto, “... cuando ella ingresa, ingresa tal cual de esa manera ratificando la pregunta anterior, con dos días de cuadro clínico anterior, despierta, colaborando, con mucho dolor de cabeza”... “El día 16 ... ya había algún dato que la paciente empieza a desmejorar su estado clínico, claramente, sutilmente, mayor cefalea, una caída del parpado derecho que esta relatada, que es un signo de la justa, de la presencia física del aneurisma en el cerebro, no, y relata que esta más dormida, acá se llama más soporosa que quiere decir mas dormida. El día 17, que ahí me hacían la consulta (hace referencia a la pregunta de la letrada que representa al Dr. R.)

realmente empeora, mayor dolor de cabeza, cambio las palabras de lo que esta escrito para que se entienda, cefalea intensa que no responde al tratamiento analgésico, en criollo muy dolorida, deterioro del sensorio, relajación de esfínteres, significa que la paciente entra en coma y queda inconsciente (inaudible) 17 de mayo, se describe IOT que es intubación orotraqueal, en criollo dormida se pone un tubo por la boca hasta la traquea para poder oxigenarla, dice conectada al respirador, se realiza nueva tomografía ante el deterioro de la paciente obviamente, se observa resangrado una de las complicaciones habituales, edema o sea inflamación o sea volvió a sangrar digamos, edema, desviación de la línea media, el cerebro es simétrico cuando hay una lesión por allí ésta línea media que es como una vertical se desplaza para uno u otro lado, un signo de que adentro está sufriendo, motivo por el cual se hace lo que hacemos habitualmente, nueva evaluación o consulta con neurocirugía esto es una urgencia inminente por lo que entran a operar ese mismo día se coloca una ventriculostomía, con sensor de PIC. El cerebro dentro tiene unas bolsitas de liquido, todos nosotros los tenemos, se llaman ventrículos, dentro de esas bolsitas de líquidos, hay liquido cefaloradiqueo, cuando se hace esta nueva tomografía hablamos de resangrado, y evidentemente eso esta comprimiendo más el cerebro y eso es lo que produce el sufrimiento, además de que la hemorragia subaracnoidea de por sí hace que la circulación del liquido ese de las bolsitas que se llaman ventrículos que van desde el cerebro hasta el interior de la médula, se alentese y empieza a acumularse, motivo por el cual es en gran parte responsable de la complicación, de la consecuencia, que causa el empeoramiento del cuadro clínico de ella, entonces lo que se hace es, en criollo para que se entienda, un agujero literalmente se llega a ese ventrículo se pone una manguerita, un drenaje, se descomprime a través de este mismo circuito se mide la presión que hay ahí adentro del cerebro que sirve como método de monitoreo, sabemos que tiene que tener ciertos valores y tratamos de mantener esos valores. Eso lo que hizo en el momento, pero el día 17..." es interrumpido por la Magistrada al consultarle si se realizó dicha practica en la Clínica Juan XXIII, lo que responde que si. Al ser consultado por cual fue el momento que se deriva a la Fundación Médica, sigue indagando la Historia Clínica, agrega que la paciente a partir del 18 se mantuvo inestable hemodinámicamente, aclarando que el objetivo de la intervención ventricular había sido controlar esa presión y evitar un resangrado que según constancias ya había sucedido dos veces haciendo referencia a la inicial y al resangrado que

padece en la Clínica. Luego remarca que la paciente presentaba inestabilidad hemodinámica, presión baja, vasoespasmos, hay que ponerle drogas para subir la presión arterial que se llaman noradrenalina, sigue en coma digamos con el respirador puesto, el día 18 esta en esa situación inestable, continúa leyendo las inscripciones de la HC., y aclara no saber si estaba o no autorizado el estudio por la obra social pero a esa fecha la paciente se encontraba en una condición médica mala para realizar un traslado, remarcando que estaba en un estado distinto al que llegó a la Clínica que se encontraba despierta, hablaba y le dolía la cabeza, ahora se encuentra con un respirador, con drogas para mantener la presión arterial y con un drenaje en la cabeza, por lo que concluye que en ese estado moverla 40 kilómetros es complicado. Recién el día 21 de mayo expone que se encuentra la paciente discretamente más estable con respirador, se suspenden drogas, considerando su estado grave pero algo mejor, por lo que describe que aquí hay que asumir el riesgo médico de llevarla o no, por lo que se realiza el día 22 de mayo el traslado a la Fundación. Posteriormente, toma la palabra la letrada de la parte actora, quien consulta cuando hubiera sido atinado realizar la práctica médica indicada -embolización del aneurisma-, a lo que el testigo responde “cuando están dadas las condiciones médicas fundamentalmente, a ver científicamente los aneurismas se tratan, es un tema al día científicamente muy discutido al día de hoy, lo ideal las primeras 48 horas, lo ideal ... de ahí en más dadas las condiciones del paciente en el momento que este en condiciones”, es repreguntado por la letrada dada la lectura de la HC por parte del testigo, que dentro de las 48 horas del accidente al ingresar a la clínica estaban dadas las condiciones de realizarse el tratamiento indicado, responde que “Y si uno se remite a la derivación hubiera sido atinado derivarla no al Sanatorio Juan XXIII sino a donde se hace la embolización directamente a Fundación Médica.” Al ser consultado posteriormente por el Dr. Angiorama sí desde el día 14 al 16 de mayo la paciente estuvo en estado de ser trasladada, el Dr. C. respondió “por lo que uno lee allí hasta el 16 la Sra. estaba estable, el día 17 ya no porque se complica.” (El destacado me pertenece). Se le consulta en que fecha fue solicitado los materiales quirúrgicos a la Obra Social como primera intervención en Roca, respondió “el día 12 según lo que acabo de ver. El 12 de mayo.” Repregunta el mismo letrado si sabe quien hizo entrega de esa documentación, a lo que contesta el testigo que “no se qué semana era ... cuando uno hace una prescripción médica, de pedido de materiales para derivación, de ambulancia ... todo pasa a la

parte administrativa.” Luego es consultado si el día 15 de mayo había alguna autorización de la Obra Social para la derivación de la paciente, a lo que responde “buscamos todo de vuelta, en lo poco que vi no hay nada, pero buscamos de vuelta con detalle ... perdón acá lo que tengo a la vista es un presupuesto de embolización, pero eso es la burocracia, no en el caso, en toda la medicina. El estudio no se hace en el Sanatorio, nosotros lo pedimos en la Fundación Médica. Fundación Médica desconozco que convenios tiene para hacer este procedimiento con las distintas mutuales, prepagas o lo que fuera. Lo que acá está claro es que con fecha 15 de mayo con un presupuesto de validez de 10 días esta emitido el presupuesto no autorización, fue el 15 de mayo presupuesto de la Fundación Médica que evidentemente lo envía a solicitud nuestra porque están los materiales solicitados, lo que hay que hacer, la intervención y el valor, y aparentemente con misma fecha 15 de mayo el presupuesto de angiografía...” Consultado por la Magistrada si tiene que obrar en la historia clínica la autorización de la Obra Social para hacer el estudio, a lo que responde “administrativamente la institución emite un presupuesto ... hasta acá no esta autorizado”. 7.8.- Cabe destacar que no se cuenta en autos con la Historia Clínica completa de la Sra. A. ante el Sanatorio Juan XXIII. Esta documentación fue solicitada por la parte actora como documental en poder de terceros, cuando debería haber sido en poder de la parte demandada con las implicancias del incumplimiento acreditado se aplique lo previsto en el art. 388 del CPCC. Diligenciado el pedido de documental por medio de oficio a fs. 658, el Sanatorio Juan XXIII acompañó a fs. 825/849 una Historia Clínica perteneciente a la paciente Vazquez Herminia, y no de la Sra. A.. 7.9.- En cuanto a la documentación que acompañó Osprera al contestar la demanda puede observarse que ha acompañado copia de pedido de materiales para la practica médica de fecha 14/05/2012, y copia de la comunicación por fax de la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén de fecha 15/05/2012 con presupuesto. Ello torna fehaciente que se activó el trámite administrativamente de manera tardía y no el día 12/05/2012 fecha en el que fue solicitado el pedido médico de la practica, como urgente. Asimismo, acompaña una copia de la comunicación por Fax de la Delegación Uatre Río Negro y Neuquén dirigido a la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén de fecha 22/05/2012, mediante la cual se autoriza recién en esa fecha la práctica solicitada, fecha en la que definitivamente la paciente fue trasladada a dicho nosocomio y finalmente realizada la practica solicitada, con fecha de alta 24/05/2012. Destaco

que al contestar la demanda (punto V, fs. 326) expuso: “El sábado 12-5-12 (inhábil para la obra social) el Dr. R. solicita urgente autorización para angiografía cerebral 3 D y embolización, pedido este que es presentado el lunes 14/5/12 en OSPRERA. El actor tampoco dice haber concurrido el sábado 12 a la Obra Social. El 15-5-12 a las 11.15 la Fundación Médica de Río Negro envía un Fax al Sanatorio Juan XXIII con presupuesto reenviado a OSPRERA el mismo día 15/5/12. No antes...” Resulta por lo menos llamativo que la obra social califique al día en que se solicitó la práctica médica, cuya autorización se requería, como día inhábil. Desconozco la organización de la misma pero entiendo que las urgencias en cuestiones de salud no reconocen días hábiles o inhábiles, de modo que debía disponer de una organización tal que permitiera tramitar la autorización requerida aun un día inhábil. Resulta evidente su demora en autorizar la práctica requerida cuyo presupuesto reconoce haber recibido el día 15/05/2012 extendiéndose la autorización recién con fecha 22/05/2012. De la certificación probatoria de fs. 891/892 puede observarse que fue nula su producción, y si bien es aplicable el art. 377 del CPCC, el cual ha recepcionado un inveterado principio del derecho romano (Actor incumbit probatio, reus excipiendo fit actor) respecto de la carga de la prueba (onus probandi), no puede desconocerse que la documentación administrativa estaba en su poder, pues el era el principal interesado en acreditar que su accionar fue realizado en tiempo y forma. 7.10.- Por lo que puede colegirse de la prueba hasta aquí analizada es que no ha sido estéril el tiempo insumido en la tardanza de la autorización de los estudios médicos indicados como urgentes a realizarse ante la Fundación Médica, lo que implicaba a su vez un traslado de la paciente y su respectiva coordinación. La pericial médica ha sido explícita en cuanto a la tardanza en la realización del estudio médico indicado por el Doctor R., lo que puede observarse de las transcripciones aquí realizadas. Pues, ésta idea ha sido abonada además por las declaraciones testimoniales, indicando que el tiempo en este tipo de diagnóstico es prácticamente de vital importancia, no siendo lo mismo la atención temprana del sangrado cerebral que como bien explica la Dra. Cona Hasdeu, que dejar “abierta una canilla” en su cerebro, entrando en una zona desconocida en cuanto al daño secuelar que ello pueda producir. Asimismo, esta tardanza es imputable directamente al accionar de la Obra Social OSPRERA de la cual la Sra. A. era beneficiaria, siendo que ha quedado acreditado que impulsó el pedido de autorización el día 14/05/2012, y recién se logró su autorización el día 22/05/2012 tal como ha expuesto y

acreditado OSPRERA en su contestación de demanda. Ello sin perjuicio de haberse asentado en la HC de la actora y afirmado en la pericial médica que esa autorización fuera otorgada el 17/05/2012 indicándose que el traslado de la paciente se tornó imposible debido a un resangrado cerebral acaecido el mismo día -conforme constancias de copia de Historia Clínica, pericial médica y prueba testimonial-. De la propia postura de la obra social surge que esa autorización fue conferida el día 22/05/2012. En cualquier caso al día 17/05 habían transcurrido 9 días desde los primeros síntomas (evidenciados el 08/05) y al 22/05 14 días. Es de destacar que la mencionada obra social no podía desconocer la urgencia del caso pues al solicitarse la derivación desde Viedma a un centro de mayor complejidad (la que fue autorizada) se evidenciaba esa premura la que a la postre no fue debidamente contemplada. 7.11.- Con lo cual, en este punto corresponde adentrarme al análisis jurídico de la responsabilidad de la Obra Social respecto de la autorización de estudios médicos indicados con el carácter de urgente, y si compete responsabilidad a quienes participaron de la cadena de autorización, en este caso Sanatorio Juan XXIII -locación de donde emana el pedido con carácter de urgente- y Fundación Médica de Río Negro y Neuquén -envío de presupuesto previo a la autorización-. La responsabilidad presupone la imputación de un hecho y su calificación jurídica como causa fuente de obligaciones (art. 499 del Código Civil; Orgaz, Alfredo, El daño resarcible, Marcos Lerner Editora Córdoba, 1992, págs. 32 y ss.). La actora ha mencionado que pesa sobre la Obra Social una responsabilidad objetiva, lo que implica que su obligación ante el beneficiario del servicio de salud por las prestaciones de salud adeudadas sea de resultado, no de medios. En este punto conviene repasar los lineamientos de la responsabilidad civil de las obras sociales. El sistema integrado por las leyes 23.660 y 23.661 establece la obligación de los agentes del seguro de salud de organizar sus recursos para satisfacer las necesidades de sus afiliados en ese campo. La organización así impuesta implica articular una red de prestadores idóneos que respondan a esas necesidades. Prevenir y atender las contingencias variables pero probables de los eventuales pacientes constituyen acciones comprendidas en dicha obligación, las cuales deben ser cumplidas de manera diligente, esto comprende en tiempo oportuno sin lugar a dudas. La responsabilidad de las obras sociales es de naturaleza legal y abarca un núcleo prestacional fluido, esto es, definido por un plexo normativo integrado por el Programa Médico Obligatorio establecido en la resolución N° 247/96 del

Ministerio de Salud y Acción Social -B.O. 29/5/96-, los regímenes legales especiales y todas las normas modificatorias que se dicten en el futuro. Téngase en cuenta que no se puso en discusión la procedencia de la cobertura del estudio médico indicado por el médico tratante de la Sra. A., solo se sometió al proceso de autorización interno de la Obra Social como parte de su accionar administrativo. En cuanto a esta temática corresponde traer a colación en este punto justamente lo dicho por la CSJN en el importante precedente "González Oronó" que atañe a la responsabilidad de las Obras Sociales, que "La función específica y la obligación primordial de la obra social demandada consiste en la prestación médica integral y óptima. Para eso cuenta con la afluencia de medios económicos que administra a fin de organizar adecuadamente aquel servicio, y en ello ha de contemplarse la competencia, idoneidad y dedicación de los profesionales que se incorporen al mismo, incluidos los especialistas, así como de todo el personal afectado, e igualmente, la aptitud de los medios empleados y toda la infraestructura del servicio médico en cuestión. Estos aspectos deben considerarse con sentido dinámico, esto es, en su compleja interacción enderezada a resguardar la vida y la salud de los afiliados prestatarios del servicio." (CSJN, Autos: González Oronó de Leguizamón, Norma Mabel c/ Federación de Trabajadores Jaboneros y Afines. Fallos 306:178). En esa misma línea nuestro Címero Tribunal provincial ha dicho: "En una conceptualización que, aún cuando ha sido formulada hace años atrás pero que resulta de plena aplicación al caso aquí en tratamiento, enseñó el entonces Procurador General ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación que un adecuado funcionamiento de una obra social "...no se cumple tan sólo con la yuxtaposición de esos agentes y medios, o con su presencia pasiva o su uso meramente potencial, sino que resulta imprescindible, además, que todos ellos se articulen activamente en cada momento y con relación a cada paciente. Porque cada individuo que requiere atención médica pone en acción todo el sistema, y un acto fallido en cualesquiera de sus partes, sea en lo que hace a la faz de la prestación médica en sí como a la faz sanitaria, sea en el contralor de una y otra, en la medida que pudiera incidir en el restablecimiento del paciente, demorándolo, frustrándolo definitivamente o tornándolo más difícil, más riesgoso o más doloroso, necesariamente ha de comprometer la responsabilidad de quien tiene a su cargo la dirección del sistema y su contralor." (Dictamen del Procurador General ante la CSJN en autos: "Recurso de hecho deducido por la actora en la causa González Oronó de Leguizamón, Norma

Mabel c/ Federación de Trabajadores Jaboneros y Afines”, de fecha 21.10.1983, con fallo de la Corte del 29.03.1984).” (Extracto de voto del Dr. Barroto en autos: ERRECALDE, CARLOS ALBERTO C /INSTITUTO PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD (IPROSS) S /CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO S/ APELACION. Expte. N° CS1-218-STJ2016. Sentencia N° 47 de fecha 22/06/2017). Entonces, como ya se ha venido analizando en los considerandos anteriores el hecho humano antecedente del supuesto daño reclamado en autos no es un acto médico individual sino el funcionamiento mismo de la obra social en su faz administrativa previa a la realización de la prestaciones médicas por los profesionales de que se sirve. Se desprende entonces de estos precedentes citados que la obra social tiene como función específica y obligación primordial brindar una prestación médica integral, óptima y oportuna, y que si bien cuando depende de su cumplimiento por terceros responde por una obligación de seguridad, cuando como en éste caso la demora se le imputa directamente a su accionar negligente no puede hablarse que estamos ante una obligación de medios sino de resultados. Ahora bien, conforme estas consideraciones jurídicas citadas respecto de la responsabilidad que les compete a las obras sociales, yendo en particular a la defensa de la aquí demandada, podemos observar que la encausó poniendo el foco en la gravedad del estado de salud de la paciente, y en su cumplimiento fue en tiempo y forma. En ningún momento alude a una razón justificativa de porqué la autorización de angiografía cerebral 3 D y embolización de aneurisma cerebral le insumió 5 días. Así detalla el estado de la paciente cada uno de los días que transcurrieron desde el día 12/05 al 17/05 para aseverar que conforme su condición “... luego del cuadro inicial de sangrado se mantuvieron los signos de daño neurológico, estado estuporoso, excitación psicomotris, leve hidrocefalia, etc. agregándose cuadro hipertensivo, lo cual implicaba que la paciente no solo ya había tenido lesiones orgánicas sino que, no se encontraba en correcto estado para soportar el procedimiento endovascular”; y más adelante agrega “La Obra Social OSPRERA fue notificada de la solicitud de estudio y material el día lunes 14/05/2012 y el día 17/05/2015 la autorización y el material estaba en poder de la institución tratante. En estos tres días que transcurrieran la paciente no se encontró en estado que permitiera la derivación . Es decir que OSPRERA cumplió acabadamente con los pedidos realizados, pero las circunstancias inherentes a la gravedad de la lesión, fueron las que no permitieron cumplir con la endovascularización antes de la fecha en que se practicara.” De esta manera, intenta poner el

foco en el estado de salud de la paciente para quitar peso a su responsabilidad intentando achacar a la inestabilidad del cuadro la imposibilidad de traslado, cuando la paciente hasta el día 16/05/2012, según los dichos del Dr. C., podría haber sido trasladada sin inconvenientes pues su estado de salud se lo permitía. Por lo que resulta reprochable a la obra social cuestionada la falta de organización administrativa efectiva que le permitiera autorizar de manera diligente una práctica médica que no había sido cuestionada, por un diagnóstico cuya gravedad que se encontraba en su conocimiento desde el inicio, circunstancia que ameritó con antelación que se autorizara un traslado e internación en un nosocomio de mayor complejidad a varios kilómetros de distancia del centro de vida de la paciente; todo ello implicó una carencia de atención en tiempo adecuado para la beneficiaria. En definitiva, más allá de la inexistencia de responsabilidad de la obra social demandada en lo que atañe exclusivamente a la muerte de la Sra. A., cuestión sobre la que volveré más tarde ya que en autos no obra constancia probatoria alguna, no puede dudarse de que aquella incumplió con el deber principal que emergía de la relación jurídica con el afiliado y que no es otro que el de prestarle una debida asistencia médica en tiempo oportuno. De modo que puede concluirse que OSPRERA no ha cumplido con la obligación que le pesaba de forma acorde con los criterios exigibles en orden a las circunstancias de personas, tiempo y lugar. Ahora bien, en cuanto a la responsabilidad del Sanatorio Juan XXIII, y la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, entiendo que corresponde su rechazo. Si bien ambos son prestadores de la Obra Social involucrada, pues Sanatorio Juan XXIII recepcionó a la paciente luego de la derivación del Hospital Zatti, y del médico Dr. R. emanó el pedido de la práctica médica urgente, se ha probado en autos que dicho nosocomio no contaba con los elementos ni tecnología correspondiente para hacer frente al estudio médico indicado; en cuanto a Fundación Médica ha enviado el presupuesto solicitado por la practica con fecha 15/05/2012 por lo que correspondía a la Obra Social informar si aceptaba el mismo o no, siendo que en la cadena de interacción administrativa entre proveedor y solicitante cumplió con lo pedido. De esta manera, no obra en autos prueba que involucre a estos dos demandados en la cadena del accionar administrativo que quedó acreditado en autos, se ha probado que desde el Sanatorio Juan XXIII se solicitó el presupuesto a Fundación Médica, y que esta cumplió en fecha 15/05/2012, quedando a disposición de OSPRERA su debida autorización y comunicación a los prestadores, siendo además

que esa práctica implicaba el traslado de la paciente a otra localidad, por lo que debía gestionarse una logística de traslado de ambulancia; nada de ello se ha acreditado en autos, lo que nuevamente demuestra que estando en manos de la Obra Social de manera exclusiva la autorización de la realización de la practica médica, no lo realizó en tiempo oportuno. 7.12.- Ahora, habiendo determinado la existencia de responsabilidad respecto de OSPRERA, corresponde adentrarme en el examen de los rubros indemnizatorios solicitados por la parte, y su procedencia. La parte actora a reclamado daños, los cuales ha identificado como “valor vida” y “daño extrapatrimonial”, por un total de \$ 2.578.155,33. 7.13.- Ha solicitado que sea reparado lo que comúnmente se ha denominado “valor vida”, pero que en definitiva representa la reparación de las consecuencias patrimoniales que el impacto de la pérdida de la vida de una persona produce en sus seres cercanos. El actor describe a su compañera de vida, madre de tres hijos, como una persona que gozada de perfecto estado de salud en general, quien se dedicaba al cuidado de sus hijos y las tareas domésticas. Remarca que si bien no contaba con un trabajo en relación de dependencia, el impacto económico de dicho trabajo debe ser debidamente valorado, así toma el salario mínimo vital y móvil para el calculo indemnizatorio en la suma de \$ 4.400, edad de 35 años al momento del evento, arrojando la formula matemática la suma de \$ 636.894,22. Teniendo en cuenta las particularidades del caso, la parte actora no pierde de vista que no existe una certeza concreta absoluta de que la paciente hubiera quedado en excelente condiciones, pues traía su cuadro clínico, por lo que encausa su reclamo en el presente rubro como una pérdida de chance relativa al a posibilidad de que si se la hubiera tratado en tiempo oportuno, tal como lo indicó su médico tratante, se hubiera salvado. Por todo ello, solicita que sea reconocido en este punto el 80% del resultado del cálculo matemático de la formula aplicable, por lo que reclama la suma de \$ 578.155,37, o lo que más o menos se considere al respecto, más intereses, costas y costos. 7.14.- Es cierto, que tal como lo reconoce la parte recurrente, no resulta posible atribuir responsabilidad alguna a la obra social respecto de la totalidad de los daños que con seguridad han sufrido los accionantes con motivo de la muerte de la Sra. A.. Pero, sí considero justo y razonable que la obra social demandada asuma la indemnización de la pérdida de chance que ha experimentado la Sra. A. al no haber sido acreedora de manera efectiva de la prestación médica que necesitaba con urgencia, y el impacto económico que ello ha plasmado en la vida de sus

causahabientes. La Sra. A. como acreedora de las prestaciones médicas brindadas por la Obra Social era una persona que padecía de una enfermedad, cuyo procesos patológicos son justamente los que los llevan a la consulta médica. Así, es claro que hay que tratar de discernir el impacto de la enfermedad en sí misma, o sea su proceso pernicioso en la humanidad de la paciente, de la verdadera chance pérdida de curar, en el caso particular serían las chances de sobrevivida de la Sra. A.. La prueba pericial médica ha brindado estadísticas al respecto de las probabilidades de sobrevivida de una paciente de las características de la Sra. A.. Así determinó el experto que: “Como mencione previamente, el tiempo acorde a la patología en cuestión para una mejor respuesta al tratamiento y evitar las posibilidades de complicaciones, va desde el momento del diagnóstico, en este caso muy bien realizado, hasta no más allá de los 7 días. De hecho se evidencia según la HC que el vasoespasmo y el resangrado se presentaron en el día 10mo del inicio de los síntomas. Aquí es donde quiero resaltar que tras una HSA existe un riesgo de resangrado de un 3-4% en las primeras 24 horas, seguido de un riesgo acumulativo entre 1-2%/día durante las primeras cuatro semanas.” De esta manera ha brindado explicaciones del riesgo al que estaba expuesta la paciente al demorarse el tratamiento indicado, con lo cual día tras día acumulaba probabilidades de sufrir un resangrado por sobre el episodio ya padecido. Detalló el perito, con basamento en estudios científicos que citó en su informe que: “Dado que hasta el momento no he hablado de los resultados obtenidos luego del tratamiento endovascular, me remitiré a citar los valores estadísticos sacados de un estudio realizado por el Centro Endovascular Neurológico Buenos Aires (Servicio de Neurocirugía Endovascular de Clínica del Sol, FLENI y Sanatorio de la Trinidad), “EMBOLIZACION ANEURISMATICA PRECOZ EN LA HSA AGUDA”, publicado en el año 1997, en el cual se analizan una serie de 38 aneurismas embolizados precozmente. Doce eran varones y 26 mujeres con una edad promedio de 55 años. El diagnóstico de HSA fue realizado por tomografía computada. La indicación del tratamiento endovascular fue realizada debido al mal estado clínico del paciente, presunción de abordaje quirúrgico complejo, cirugía frustra y negativa del paciente a ser sometido a una cirugía. Posteriormente se realizaron controles angiográficos a los 3 meses y al año de realizada la embolización para evaluar la estabilidad de la oclusión aneurismática. Resultados: en esta serie se suspendieron 6 casos debido a imposibilidades técnicas por marcada tortuosidad arterial que imposibilitó el cateterismo del

aneurisma (3 casos) y la falta de continencia del cuello aneurismático (3 casos). De los 32 casos tratados, en 23 (71.9%) se logro una oclusión total y en 9 (28.1%) fue subtotal (el resaltado me pertenece). En 5 pacientes se realizo un segundo procedimiento debido a oclusión incompleta inicial o recanalización ulterior. Un caso de oclusión incompleta presentó el único cuadro de resangrado observado y que ocasionó el deceso del paciente. Se presentaron complicaciones inherentes al procedimiento en 3 casos (9.37%): dos debidas a hemorragias aneurismáticas durante la embolización y la tercera por trombosis del vaso portador. La mortalidad fue del 18.75% (6 casos) del total de embolizados: en 4 debido a complicaciones del vaso espasmo, en 1 por hematoma mesencefálico y el último por resangrado. La creación de técnicas endovasculares permitió el tratamiento de aneurismas de forma precoz sin recurrir a la cirugía. Se genero una alternativa promisoriosa para lograr una oclusión satisfactoria de los aneurismas. Y según lo expuesto hasta el momento, queda demostrado que la embolización realizada de forma precoz, a continuación de la angiografía diagnostica puede proveer protección contra el resangrado y permitir el tratamiento del vasoespasmo. Una vez superada esta etapa aguda de la HSA y ante una eventual embolización parcial de puede realizar el clipado quirúrgico del aneurisma. En esta serie estudiada, si bien el 60.5% de los casos se encontraba en °I y II de Hunt y Hess (clasificación similar a Fisher), el 29.4% restante de los pacientes se encontraba en °III y IV lo cual desalienta la indicación quirúrgica precoz. La única complicación intraoperatoria trombótica deajo como secuela un cuadro de coma vigil, las dos complicaciones hemorrágicas se solucionaron con la inmediata reversión de la anti coagulación y rápida oclusión del aneurisma. Un caso presentó como secuela un foco motor y el otro trastornos psicológicos. Los resultados de la oclusión aneurismática fueron satisfactorios. Se logro oclusión en el 72% de los casos y subtotal en el 28%. Un caso de este último grupo sufrió un resangrado al quinto día postembolización sugiriendo que la oclusión incompleta es insuficiente para evitar este fenómeno. La tasa de resangrado por lo tanto fue del 3.1%, la que es notablemente inferior a las estadísticas de la historia natural de la enfermedad que en los primeros 3 días llega al 20%. La evolución clínica valorada según GCS muestra una reinserción en su actividad previa de casi la mitad de los pacientes y una actividad autónoma del cuarto restante. La correlación entre los grados Fischer y la evolución clínica reveló que aquellos pacientes con Fischer I y II (9 casos) evolucionaron favorablemente en el 77.7% asociado a mínima

mortalidad. En los pacientes °III de Fischer se comprobó una recuperación completa en el 25% con una mortalidad del 31.25%. Así mismo para los pacientes Fischer I se observó recuperación completa en el 42.8% y la mortalidad disminuyó al 14.3%. En cuanto a la evolución de la oclusión aneurismática a largo plazo, se comprobó que en las oclusiones, la misma permaneció estable sin evidencias de recanalización en concordancia con lo observado en otra serie comparativa. En los casos de oclusión incompleta se efectuó una segunda embolización en cuatro pacientes y el abordaje quirúrgico en otro. En los casos restantes, dada su localización y características del aneurisma se prefirió efectuar controles angiográficos periódicos, cada 12 o 24 meses. Esta conducta expectante se adoptó dado que la persistencia del cuello aneurismático permeable implicaría un riesgo menor ya que en casi el 95% de los casos la ruptura se produce en el fondo. En conclusión, el tratamiento endovascular precoz de aneurismas saculares es un procedimiento mínimamente invasivo de baja mortalidad operatoria que puede ser efectuado independientemente del estado clínico del paciente. Su indiscutible ventaja reside en lograr en más del 75% de los casos una oclusión aneurismática suficiente como para prevenir el resangrado y permitir el manejo agresivo (preventivo) del vasoespasma.” Surge de la prueba colectada en autos que la Sra. A. al momento de ser derivada desde el Hospital Zatti de la localidad de Viedma al Sanatorio Juan XXIII de la Ciudad de General Roca para continuar su tratamiento médico el diagnóstico era hemorragia subaracnoidea sin volcado intra ventricular con hidrocefalia Hunter y Hess III Fischer III. Y como bien se desprende de lo citado del informe científico estadístico que trae a colación el experto determina que los pacientes de grado III de Fischer sometidos a la oclusión del aneurisma como tratamiento precoz se comprobó una recuperación completa en el 25% con una mortalidad del 31.25%. Dato que se presenta de suma importancia para el presente análisis. Asimismo, de la prueba testimonial surge que las primeras 48 horas del cuadro clínico presentado son de vital importancia para evitar posibles daños por sobre el ya causado por el derrame original en el cerebro. Para más especificidad, copio un fragmento del testimonio de la Dra. C. H.: “ ... que después que se rompe una primera vez, como les decía, en las primeras 24 horas del sangrado tiene una máxima chance de resangrado y esto va bajando paulatinamente hasta el día 60 como es cuando vuelve al estado inicial de no sangrado. El tratamiento que se solicita es para tratar que eso no vuelva a sangrar pero esto no quita los daños que ocasione el

sangrado inicial, sí, esto es muy importante, por qué, porque una cosa es decir que la arteria quedó abierta y esta sangrando permanentemente y alguien hasta que no cierre la canilla va a seguir sangrando permanentemente, y otra cosa es decir se rompió, sangró, hizo un trombo pero hasta que pase los días hasta que se equipare con su situación previa al sangrado tiene una chance mas aumentada con lo cual está aconsejado tratar de excluir al aneurisma de la circulación” . Como bien lo explica la médica, la Sra. A. contaba con una chance cierta de sobrevivida de haber sido atendida en tiempo oportuno, pues de haber accedido al tratamiento en tiempo oportuno esto es entre el día 12/05/2012 al 16/05/2012, se hubiera evitado el resangrado que presentó el día 17/05/2012. Ello mismo se encuentra respaldado de manera objetiva por el Dr. García en su informe pericial. Aún así, deja sentado en su testimonio que los daños que produjo en el cerebro el sangrado inicial no son posibles de evitar con el tratamiento indicado ni tampoco esbozó en su declaración si eran posibles de estimar, con lo cual aquí entramos en una zona gris en cuanto a las secuelas que podría haber impreso este primer accidente cerebrovascular que presentó la Sra. A.. Igualmente, tener conciencia de esta “zona gris” no le quita certeza al daño causado por la pérdida de chance experimentada al no recibir tratamiento en tiempo y forma, por lo que queda valorar misma y su impacto económico en los causahabientes, puesto que como bien se extrae del informe pericial surge estadísticamente un porcentual de mortalidad residual a pesar de haberse sometido al tratamiento de embolización de manera precoz, aunque reducido en comparación al no haberse recibido. Con relación a ello, hay que tener presente otro punto respecto de la particularidad de este caso y es que el eventual aporte económico que la víctima podía realizar en favor de sus hijos debe encontrarse limitado en el tiempo hasta la edad de 25 años, considerado la posibilidad de un soporte económico hasta la culminación de sus estudios terciarios o universitarios. Nos encontramos entonces ante una pérdida de chance experimentada en la propia persona afectada -Sra. A.- y su impacto económico en la vida de sus hijos e hija, quienes a su vez también experimentaron una pérdida de chance en su vida ante la ausencia de su madre, y en particular en este rubro el impacto económico de dicha falencia. Es que, en cuanto al rubro lucro cesante, esto es por daños materiales ante la pérdida de una vida, ya se ha dicho en un inveterado precedente del STJ. ha establecido que: “Para la aplicación de la formula “Pérez Barrientos” empleada por la Cámara - en el supuesto de autos - se debe limitar el

cálculo del resarcimiento a la edad en que cese el derecho a percibir alimentos, de los actuales beneficiarios de la indemnización por lucro cesante. Y se impone adoptar como límite la edad de 25 años, como lo establece el art. 663 del nuevo Código Civil y Comercial recientemente sancionado la norma, dado que aún cuando no ha entrado en vigencia, constituye derecho positivo y recepta una posición jurisprudencial que se comparte. (Voto del Dr. Apcarián sin disidencia)” . Este mismo criterio fue seguido por esta Cámara en “Tambone”, el cual en el voto rector del estimado colega Dr. Martínez se dijo: “8.1.3.- De ello se sigue, que a diferencia de lo que ocurre con la reclamación por lesiones que generan incapacidad definitiva, al menos en principio, no se tiene en cuenta tanto la expectativa de vida de la víctima directa, sino que el límite temporal de la indemnización está dado fundamentalmente por la edad del damnificado indirecto (cónyuge, padres, hijos, etc.). Aunque obviamente, siempre igual habrá de ponderarse la edad de aquél que murió y su expectativa de vida, en tanto la chance de ayuda o colaboración en relación a aquellos damnificados, no es razonable extenderla más allá de la otorgable al muerto. Y desde tal perspectiva, entiendo que asiste en parte razón a los condenados, cuando, cuestionan que en la sentencia recurrida se haya incorporado a la fórmula la edad de la occisa calculando una expectativa de vida de 75 años, sin tener en cuenta la edad de los hijos que accionan y los límites temporales de las obligaciones alimentarias respectivas. 8.1.4.- Mas digo que en parte le asiste razón, recordando al respecto el criterio que expusieramos en la sentencia de fecha 19/08/2016, correspondiente al Expte. 332-12, frente a un planteo similar; criterio que propongo seguir en el presente. Dijimos allí: “...También participo parcialmente del razonamiento que se sigue en relación a la contribución con los hijos. Y digo parcialmente porque la realidad es que los padres jamás dejan de ayudar a sus hijos y las familias de éstos. No solo con aportes materiales, sino también con otros que deben traducirse en un valor económico tal como lo hemos expuesto entre otros precedentes en la sentencia de fecha 21/02/2014 correspondiente al Expte. CA-19684 (especialmente acápite 7.3 y 7.4 del voto rector). Por otra parte, citando nuevamente lo resuelto en el Expte. CA-21568, se calcula el ingreso al hogar, por lo que en la medida en que los hijos van adquiriendo una edad en la que es de presumir haga disminuir la contribución hacia ellos, los que se mantengan en el hogar o sigan siendo asistidos, incluyendo el cónyuge o concubino, acrecientan su participación o beneficio. Opera entonces una distribución distinta del mismo

ingreso que cabe calcular y el modo en que se distribuya ello, especialmente cuando hay menores de edad o incapaces, no interesa al deudor sino fundamentalmente a los beneficiarios y en su caso al Ministerio Público por el interés público comprometido. 8.1.5.- En este caso concreto y siendo que como bien sostienen los demandados, no se acredita que hubiere una necesidad alimentaria que deba prolongarse por más tiempo (lo que por caso podría ocurrir en relación a hijos enfermos o discapacitados), he de proponer adoptar como límite de expectativa de la contribución alimentaria de la occisa a sus hijos la edad de 25 años, que es la que hemos aplicado en otras oportunidades y además ha fijado el Superior Tribunal de Justicia en el precedente "Huinca c/ Flores" (sentencia de fecha 13/11/2014 correspondiente al Expte. 26930/14)." ("TAMBONE DANIELA VIVIANA Y OTROS C/MAIDANA JORGE OMAR Y OTROS S/ORDINARIO" (Expte.n° A-2RO-966-C2016). Por ello, corresponde aquí valorar esta probabilidad de pérdida de posibilidad de sanar de su diagnóstico inicial, y teniendo en cuenta las particularidades del caso no solo desde lo sucedido con el pernicioso cuadro clínico presentado por la Sra. A., sino también con la falta de certeza a ciencia cierta del posible daño secuelar permanente derivado del proceso morboso en sí y de chances de sobrevivida. Con lo cual, entiendo prudente valorar el daño por pérdida de chance de sobrevivida en un 50 % a deducir del calculo matemático de la formula establecida en el precedente "Pérez Barrientos", la cual deberá a su vez encontrarse limitada en la edad de 54 años como edad límite en su calculo -teniendo en cuenta que al momento del evento tenía 35 años-, pues es el aporte a realizar por parte de la madre en vida en favor de sus hijos/a, ponderando que la menor de ellos al momento del fallecimiento de su madre contaba con 4 años de edad. El ingreso ha considerar deberá ser el salario mínimo vital y móvil vigente al momento del evento dañoso, corresponde aplicar la Resolución N° 2/2011 del Consejo Nacional del Empleo, Productividad y Salario Mínimo, Vital y Móvil que estableció el salario MVM en \$ 2300 a partir del 1° de septiembre del 2011 en adelante, cambiando recién en fecha 1° de septiembre del 2012 por medio de la Resolución N° 2/2012. En cuanto a la fecha a considerar del evento luctuoso, entiendo que no es el día del fallecimiento de la paciente, sino cuando la misma presentó el resangrado, esto es el día 17/05/2012, pues entiendo que lo que debería haberse evitado es el resangrado por el cual como resultado último fue la muerte de la Sra. A.. Asimismo, del resultado de dicho calculo, deberá imputarse a cada uno de sus hijos e hija en los siguientes

porcentajes, 20% para Rolando Nazareno U., Facundo Raúl U. 30% para y el 50 % restante a la menor Camila Belén U. A.. Por lo cual, aplicando la formula con los patrones indicados, arroja una suma de doscientos setenta y tres mil quinientos ochenta pesos con catorce centavos ( $\$ 390.828,77 * \% 50 = \$ 195.414,39.-$ ), suma a la que deberá aplicarse intereses desde la fecha del evento 17/05/2012 conforme las tasas reconocidas en los precedentes “Calfin”, “Loza Longo”, “Guichaqueo” y “Fleitas”, o a que un futuro se reconozca hasta la fecha de su efectivo pago. 7.15.- En cuanto al rubro daño extrapatrimonial, peticona que sea indemnizado el daño moral tanto del Sr. U. como conviviente de la Sra. A. y madre de sus tres hijos, como del daño de cada uno de ellos en este sentido. Menciona que ella era la referente de crianza y amor de ellos, siendo ellos muy pequeños al momento de la pérdida de su madre lo que los afectó notablemente, implicando cambios de ánimos. En cuanto a su persona, manifiesta que implicó una ausencia, como asimismo una reorganización familiar afrontar solo las necesidades de sus hijos, mientras se adaptaba a la soledad. Consideraba que eran una pareja comprometida y sólida, dispuesta a afrontar juntos los avatares de la crianza de sus hijos. Trae a colación el precedente “Campos Edgar Anibal c/ Pochat Carlos y Otro s/ Sumario” (Expte. N° 19864-CA-13), indicando que las circunstancias son similares a las planteadas en autos. Reclama la suma de \$ 500.000 para cada uno de los integrantes de la familia. 7.16.-Considero prudente antes de ingresar al tratamiento en conjunto del daño moral reclamado por todos los integrantes de la familia U.-A., tratar el pedido de inconstitucionalidad del art. 1078 del C.C., el cual se presenta como un valladar para el acceso a la indemnización de este rubro al Sr. U., concubino de la Sra. A.. Nuestro cimero tribunal provincial, todavía con la anterior integración; había resuelto que " ... Corresponde declarar en el presente caso la inconstitucionalidad del art. 1078 del Código Civil, en cuanto impide a la concubina reclamar por el daño moral derivado de la muerte de la persona con quien ha convivido en aparente matrimonio... En el plano supranacional, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por ley 23054 e incorporada a la Constitución Nacional por vía del art. 75 inc. 22, contiene criterios amplios y flexibles en materia de daños a las personas. Así, el art. 5.1 proclama que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica o moral, y el art. 11.2 establece que nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada ni en la de su familia. En este sentido, destaca Pizarro que, “tratándose

de personas que sin alcanzar la calidad de sucesores han experimentado un daño patrimonial o espiritual grave, derivado de la muerte de otra persona, la jurisprudencia de la Corte Interamericana sobre Derechos Humanos se inclina por otorgar legitimación activa” (Ramón Daniel Pizarro, “Daño Moral”, Hammurabi, 2da. edición, pág. 235, nota 82 pág. 377). De ello concluye que “la limitación que en materia de legitimación activa por daño moral consagra el art. 1078 del Código Civil, en mucho casos, deviene hoy en inconstitucional, al consagrar un tratamiento irrazonablemente distinto del que fluye nítidamente de las pautas supranacionales. Las respuestas que en la hora actual, de lege lata, pueden hallarse esforzadamente en la parte dogmática de la Constitución Nacional para la declaración de inconstitucionalidad del art. 1078 del Cód. Civil en materia de legitimación activa, encuentran sustento más elocuente y flexible en aquellas normas y principios consagrados por los pactos internacionales sobre derechos humanos, hoy incorporados a la Carta Magna por vía del art. 75, inc. 22” (Ramón Daniel Pizarro, “Daño Moral”, Hammurabi, 2da. edición, pág. 235, nota 82)... La Suprema Corte de Buenos Aires, que en un precedente anterior había reconocido la legitimación de la concubina para reclamar por daño material y se la había denegado por daño moral (in re: “V., M. c. C., J. M. y otro”, del 07-05-03), recientemente declaró la inconstitucionalidad del art. 1078 del Cód. Civ. y reconoció una indemnización por daño moral a los padres de un menor que quedó cuadripléjico por una mala praxis médica como consecuencia de una falla del aparato que le suministraba anestesia (en autos “L.A.C. y otro c. Provincia de Buenos Aires y otro”, del 16-05-07 -La Ley Buenos Aires, número 5, junio 2007, págs. 503 y sgtes.-); recordemos aquí que la norma legal sólo otorga legitimación activa al “damnificado directo”, en este caso, al menor, para reclamar por daño moral ... No puede dejar de destacarse que el art. 31 de la Constitución Provincial dispone: “El Estado protege a la familia, como célula base de la sociedad, establecida, organizada y proyectada a través del afecto, facilitando su constitución y el logro de sus fines culturales, sociales y económicos...”, vale decir que la propia Constitución reconoce como familia a todos quienes están unidos por el afecto, cualquiera sea el molde o modelo constitutivo en la actualidad (véase STJRNCS in re: “LOWEY” Se. 110/07 del 27-06-07 del protocolo de la Secretaría N° 1). ... Negarle de plano a la concubina el derecho a obtener la reparación del daño moral, aun cuando pueda invocar un perjuicio espiritual serio, grave y relevante, viola el principio de igualdad ante la ley (art. 16 de la C.N.) y

sólo parece reposar en una concepción sacralizada de la institución matrimonial que no se condice con los parámetros valorativos de la sociedad de este tiempo en que nos toca vivir... Cabe preguntarse si, a los efectos del reconocimiento del daño moral (art. 1078, 2do. Párrafo), existe algún fundamento para distinguir la situación de la legítima cónyuge de la realidad de la conviviente, para así conceder a una lo que se le niega a la otra en idénticas circunstancias de convivencia estable y de formación de una familia. Adelantamos nuestra respuesta negativa, pues no existe razón alguna que pueda llevar a pensar que el daño espiritual que se presume que sufre la esposa como consecuencia de la muerte del marido no sea igual que el que experimenta la concubina, por el solo hecho de no estar unida en la formalidad del matrimonio... En mérito a las consideraciones que anteceden, en supuestos como éste y frente a la rigidez del sistema legal, la solución más plausible no es otra que asumir, aun de oficio, el control de constitucionalidad de la norma que consagra la limitación en materia de legitimados activos indirectos (art. 1078 del Código Civil)...".- (Voto de los Dres. Balladini y Sodero Nievas) Número de Texto: 34303 STJRNSL: SE. "M., E. G. C/ EDERSA S.A. S/ ACCIDENTE DE TRABAJO S/ INAPLICABILIDAD DE LEY" (Expte Nº 21020/06-STJ), (28-11-07). BALLADINI – SODERO NIEVAS – LUTZ (en abstención)).- Entiendo que no se presenta como un obstáculo para la procedencia del reclamo entablado por el Sr. U., siendo que ha sido el camino recorrido por toda la jurisprudencia y doctrina nacional, al punto tal que en la reforma del Código Civil este valla fue removida conforme los términos del art. 1741 del CCC. 7.17.- Ingresando al tratamiento del presente, considero que la procedencia del mismo corresponde a cada uno de los integrantes del grupo familiar afectado por la pérdida de la Sra. A., quién es presentada como "madre" y "pareja". No puede desconocerse el daño que provoca la pérdida repentina de un ser amado, ni hablar si dicha ausencia es la madre o pareja, pues el impacto de la ausencia en lo cotidiano provoca un desequilibrio del normal desenvolvimiento de la rutina familiar, más allá de lo subjetivo del sentir una pérdida. El impacto en la dinámica familiar de la pérdida de una mujer, quien amalgama un grupo familiar, en la coordinación de tareas tales como el cuidado, sostén, crianza, actividades domésticas, y acompañamiento tanto de los hijos como de la pareja es un golpe muy duro de afrontar para ese grupo familiar que queda desmembrado ante la ausencia de un referente de afecto y cuidado. Asimismo, he de considerar al momento de valorar este rubro que tanto el Sr. U. como su familia ha tenido que estar

pendiente de los trámites administrativos ante la Obra Social, sumado al estado de ánimo ganado por el desconuelo del transito de la Sra. A. por un diagnóstico grave, lo que ha sumado un grave de incertidumbre teniendo que estar pendiente si la obra social llevará adelante sus cometidos en debidos tiempo y forma -para que se cure y/o rehabilite la Sra. A.-, no pueden abrigarse dudas en cuanto a que aquella desazón se vio acrecentada. Continuamente en nuestro precedentes se ha venido citando el Expte. CA-21631, en el cual se ha dejado plasmada la dificultad que conlleva medir el sufrimiento ajeno. No hay pautas objetivas más que inferencias en función de la naturaleza del hecho lesivo, los padecimientos y sentimientos disvaliosos que se han resaltado en las periciales pertinentes y declaraciones colectadas, por lo que desde el precedente "Painemilla" de esta Cámara, el criterio fue asentándose en el sentido de poner cifras similares en casos que guardaran alguna similitud, a fin de aventar sospechas de arbitrariedad. Por lo cual, entiendo que la valoración del daño debe quedar sujeta a una adecuada y prudente apreciación judicial, considerando todo lo que la víctima ha podido representar para las personas a que afecta su pérdida, es decir a todo lo que se supone que la víctima hubiera podido suministrar como sostén y efectiva ayuda a los miembros de la familia, así como el impacto que dicha ausencia ha calado en sus esferas espirituales. Así lo ha dicho la CSJN, que "Para la fijación del daño moral, debe tenerse en cuenta el carácter resarcitorio de este rubro, la índole del hecho generador de la responsabilidad, la entidad del sufrimiento causado, que no tiene necesariamente que guardar relación con el daño material, pues no se trata de un daño accesorio a este y el dolor humano es apreciable y la tarea del juez es realizar la justicia humana; no se trata de una especulación ilícita con los sentimientos sino de darle a la víctima la posibilidad de procurarse satisfacciones equivalentes a lo que ha perdido, aun cuando el dinero sea un factor muy inadecuado de reparación, puede procurar algunas satisfacciones de orden moral, susceptibles, en cierto grado, de reemplazar en el patrimonio moral el valor que del mismo ha desaparecido." (Fallos: 344:2256 "Grippo" conforme voto del Juez Lorenzetti) En cuanto a la actividad probatoria de la parte actora, se ha realizado pericial psicológica, así como se ha arrojado en autos declaraciones testimoniales que sustentan el daño acaecido. La pericial psicológica agregada a fs. 701/708 vta. La experta ha acompañado un informe por cada uno de los causahabientes de la Sra. A.. Comenzado por Rolando Raul, los resultados del diagnóstico psicológico arrojan como resultado: "el análisis de la

entrevista junto con el lenguaje gestual revela el quantum de angustia provocado tanto por la pérdida de su esposa en una situación altamente traumática. Descartada la simulación o fingimiento, nos encontramos ante un cuadro de Trastorno de Angustia con síntomas depresivos generados por el desconcierto y la culpa. Las técnicas diagnosticas revelan un sujeto de estructura neurótica, es decir, ajustado a la realidad y a las normas sociales, sin signos de psicoorganicidad. Cabe aclarar que cuando decimos “sujeto de estructura neurótica, Psicótica y Perversa, y significa que el sujeto en líneas generales está ajustado a la realidad con mecanismos de defensa y adaptación que funcionan adecuadamente. Las técnicas proyectivas se inclinan en el mismo sentido, dado que aparecen contenidos perturbadores relacionados con la muerte. En cuanto a la situación familiar, además del dolor de la pérdida, nos encontramos con una madre fallecida joven, un papá que debe adaptarse al cuidado de sus hijos, una pequeña y dos adolescentes. En cuanto a los hijos, deben procesar la falta de una mamá que los contenga y oriente, el fallecimiento ha producido un desajuste familiar del cual en líneas generales y en este caso en particular, es sumamente dificultoso recuperarse. Ese es el motivo por el cual los integrantes han implementado mecanismos defensivos y adaptativos tan fuertes y rígidos (sobre todo los adolescentes).” En cuanto a U. Nazareno, expone “El análisis de la entrevista junto con el lenguaje gestual revela negativa a hablar sobre el hecho, correspondiente a un bloqueo emocional implementado como mecanismo defensivo sobreadaptativo mediante el cual intenta mantener un equilibrio propio y familiar. El acontecimiento traumático es reexperimentado de varias maneras, cuando se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático experimenta un malestar psicológico intenso. Por lo tanto, los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados, como sucedió en la entrevista. Hace esfuerzos deliberados para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso y para eludir situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él, tal como se evidenció en la entrevista. Este comportamiento de evitación incluye la disminución de la reactividad al mundo exterior alejándose de situaciones que antes le resultaban gratificantes. Las técnicas diagnosticas revelan un sujeto de estructura neurótica, es decir, ajustado a la realidad y las normas sociales, sin signos de psicoorganicidad. (...). En las técnicas gráficas se observan contenidos depresivos y de intensa

vulnerabilidad. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA: De la evaluación de los Antecedentes, la Evaluación Semiológica y Psicoclínica y la evaluación integral de las técnicas administrativas, se concluye que el señor U. NAZARENO es un sujeto de estructura neurótica que cumple actualmente con los Criterios Diagnósticos de la Clasificación Internacional DSM IV de la American Psychiatric Association para el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor, moderado, crónico, sostenido con fuertes mecanismos sobreadaptativos, reactivo al hecho de autos.” Siguiendo la línea de informes presentados, corresponde transcribir los resultados del examen pericial de Facundo U.: “El análisis de la entrevista junto con el lenguaje gestual revela el bloqueo defensivo implementado ante la situación traumática, al negarse a hablar del hecho. El acontecimiento traumático es reexperimentado de varias maneras. Cuando se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático experimenta un malestar psicológico intenso. Por lo tanto, los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados, como sucedió en la entrevista. Hace esfuerzo deliberados por evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso y para eludir situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él, tal como se evidenció en la entrevista. Este comportamiento de evitación incluye la disminución de ella reactividad al mundo exterior alejándose de situaciones que antes le resultaban gratificantes. (...) Del análisis de las técnicas gráficas revela sentimientos depresivos y angustia, junto con sentimientos de vulnerabilidad y desprotección. Las técnicas proyectivas indican contenido que denotan actividad mental perturbadores y un intenso esfuerzo del psiquismo por mantener un equilibrio. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA: De la evaluación de los Antecedentes, la Evaluación Semiológica y Psicoclínica y la evaluación integral de las técnicas administrativas, se concluye que el señor U. FACUNDO es un sujeto de estructura neurótica que cumple actualmente con los Criterios Diagnósticos de la Clasificación Internacional DSM V de la American Psychiatric Association para el diagnóstico de un Trastorno Adaptativo moderado, crónico, reactivo al hecho de autos.” Finalizando el informe pericial se acompaña el resultado del informe de la menor Camila U., en el que consta “El análisis de la entrevista la ansiedad y la tristeza que le provocan la situación con la consiguiente rememoración de la pérdida y el trauma familiar. No presenta psicopatología, pero se observan importantes indicadores a tener en cuenta,

dado que la niña se encuentra afectada y es necesario fortalecer sus recursos, de acuerdo a lo observado en las técnicas. (...) El análisis de las técnicas revela intensa angustia, sentimientos de desprotección í ó y vulnerabilidad muy notorios, y una visión de futuro desolador. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA: De la evaluación de los Antecedentes, la Evaluación Semiológica y Psicoclínica y la evaluación integral de las técnicas administrativas, se concluye que el señor U. CAMILA es un sujeto de estructura neurótica que no cumple actualmente con los Criterios Diagnósticos de la Clasificación Internacional DSM V de la American Psychiatric Association para el diagnóstico de ningún cuadro psicopatológico. Sin embargo, deben ser tenidos en cuenta los indicadores mencionados ya que denotan un intenso malestar y la necesidad de ayuda.” No puede desconocerse el alto impacto que han sufrido los integrantes de la familia U. A. ante la pérdida, todo lo que ha quedado reflejado en el resultado del informe pericial referenciado, el que ha sido muy ilustrativo al respecto. En cuanto a la prueba pericial se llevó a cabo en extraña jurisdicción y que se encuentra anudada al expediente, obra a fs. 774/796, la misma dio cuenta de aspectos íntimos de la organización familiar. Del testimonio de la Sra. Clementina Sánchez al ser consultada por como se organizó la familia U. a raíz de lo que le aconteciera a la Sra. A., a lo que respondió “Que ahora los chicos quedaron a cargo del papá Sr. Rolando U., con la ayuda de la abuela paterna Rosita. Al ser consultada si sabe como el hecho afectó a la familia, contestó “Que cree que el hecho afectó a la familia, la niña quedó muy chiquita, y de un día para otro no estuvo más la mamá y no era muy apegada a la familia del papá. Agregó que el padre tuvo que dejar de trabajar algunas horas para atender a los menores y cree que económicamente también les ha afectado. Que lo dicho lo sabe por conocimiento personal y lo considera de público y notorio.” El testimonio del Sr. Claudio Oscar Sauer, da cuenta que “Los tres hijos quedaron viviendo con el padre”, agregando que “... el hecho afectó bastante a su familia, teniendo en cuenta que la nena era bebe. Que lo dicho lo sabe por conocimiento personal.” Seguidamente de la declaración del Sr. Martínez, se extrae que depone que “... el Sr. Rolando U. tiene su madre cercad e su casa y que su mamá y su hermana lo ayudaron con los chicos. Agrega que no sabe como arregló su trabajo por el tiempo que faltaba. Agrega que dejó el trabajo que tenía y ahora hace changas. Cuando viajaba al Valle le faltaba dinero y cree que el seguro se había hecho cargo de una parte.” En cuanto si sabe si afectó el hecho de la pérdida a la familia, respondió “Que cree que sí, sabía que

los chicos estaban mal, la nena era muy chiquita. Que lo dicho lo sabe por conocimiento personal por ser vecino y por comentarios de su familia.” El testimonio de la Sra. Anne Alejandra Entraigas, puede extraerse que “... fue muy difícil organizarse la familia porque los niños estaban acostumbrados a estar el mayor tiempo con su mamá. El papá tuvo que dejar de trabajar para hacerse cargo de Gladys y luego de los chicos cuando quedaron solos, hasta logró establecer un vínculo más cercano de los menores con la familia de él para poder dejarlos para ir a trabajar”. Seguidamente agrega que “... el hecho afectó mucho a su familia, a nivel psicológico los niños, sobre todo a la nena que era muy chiquita, y muy apegada a la mamá, no tenía otros vínculos. Y a nivel económico además del gasto del tratamiento en otro lugar, que el papá no podía trabajar y los nenes habían quedado en San Javier. Agrega que luego del suceso el papá se tuvo que hacer cargo el tiempo completo de sus hijos. No tiene conocimiento si la niña tuvo algún tratamiento psicológico. Que lo dicho lo sabe por vivir en el mismo lugar y por conocer a las personas implicadas.” Por lo que puede observarse de las declaraciones testimoniales es que la ausencia de una “madre” y una “compañera” ha afectado de sobremanera a un grupo familiar, que no sólo tuvo que cambiar el padre de trabajo, sino que los menores en ese momento debieron mutar su grupo de sostén y crianza, siendo la abuela y la tía paternas quienes cumplieron el rol de referentes femeninos. Ahora bien, acreditado el daño corresponde ingresar a la valoración del mismos, y encarrilando dicha actividad de justipreciación, utilizando la mecánica admitida por esta Cámara, corresponde bucear en los precedentes de la misma tratando de buscar un patrón de objetividad a tan dificultosa tarea. La parte actora ha traído a colación el precedente “Campos”, el que considera se adapta a las particularidades de su caso. Ahora bien, buceando el registro de casos en los que se ha concedido daño moral, cabe aclarar que no se encuentran casos en similares circunstancias a las aquí planteadas, pues no se está indemnizando la pérdida de una vida, sino que en autos se indemniza la pérdida de una posibilidad de sobrevivida ante el negligente accionar de la Obra Social. Igualmente corresponde traer para parangonar los siguientes casos y adaptar la valoración del presente a las circunstancias acreditadas: "CAMPOS EDGAR ANIBAL C/ POCHAT CARLOS Y OTRO S/ SUMARIO " (Expte.N° 19684-09), sentencia del 21/02/2014, en el que se otorgó la suma de \$ 500.000 a cada uno de los hijos, valorado en fecha 02/03/2009; actualizando la suma a la fecha de la sentencia de primera instancia 10/12/2020 asciende a la

suma de \$ 4.097.863,31. "LETOURNEAU ANGEL CARLOS Y OTRO C/ ELIFONSO HORACIO PABLO Y OTRAS S/ ORDINARIO" (Expte. n° 332), sentencia del 19/08/2016, en el que se otorgó al Sr. Ángel Carlos Letourneau, concubino de la persona fallecida, la suma de Pesos Ochocientos mil (\$ 800.000.-), y las correspondientes a Jorge Maximiliano Letourneau -hijo mayor de edad-, Estefani Daian Letourneau y Axel Gabriel Letourneau -hijos menores de edad-, a las respectivas sumas de Pesos Setecientos mil (\$ 700.000.-), Pesos Seiscientos mil (\$ 600.000.-) y Pesos Seiscientos mil (\$ 600.000.-) a la fecha de la sentencia de primera instancia 01/02/2016. Actualizando los montos a la fecha de la sentencia de primera instancia resulta \$ 3.606.661,68 al Sr. Ángel Carlos Letourneau, \$ 3.155.828,97 para Jorge Maximiliano Letourneau y \$2.704.996,26 para Estefani Daian Letourneau y Axel Gabriel Letourneau.- "FIORETTI RAFAEL Y OTROS C/ SHORT VICTOR ANIBAL Y OTROS S/ORDINARIO" (Expte.n° 650-12), sentencia de fecha 03/05/2017, en el que se confirmó la sentencia de primera instancia ante el agravio de la citada en garantía por los montos otorgados por daño moral, quedando firme las sumas de \$ 400.000 al cónyuge y \$ 300.000,00 cada hijo -3- al 31/08/2016. Actualizando las sumas quedarían en \$1.627.533,28 y \$ 1.220.649,96.- "TORRES SEBASTIAN Y OTRAS C/ HUTRERAS BELTRAN SERGIO EXEQUIEL Y OTRAS S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (Ordinario) " (Expte. N° A-2RO-82-C1-13), en la que se modificaron los montos otorgados por daño moral, elevándose la suma en tal concepto al concubino en \$ 700.000, a la hija actora Sra. Mirtha Liliana Torres \$ 780.000 a la fecha de la sentencia de primera instancia 19/08/2016. Tales importes ascenderían respectivamente a valores de la sentencia aquí apelada a las sumas de \$ 2.848.183,25 y \$ 3.173.689,9 respectivamente.- Por todo ello, estimo que corresponde valorar el presente rubro en los siguientes montos, para el Sr. Rolando Raul U. -concubino- la suma de \$ 4.000.000.-, para Rolando Nazareno U. -menor al momento del hecho – la suma de \$ 3.500.000.-, Facundo Raúl U. -menor al momento del hecho- la suma de \$ 3.500.000.- y para Camila Belén U. A. -menor al momento del hecho – la suma de \$ 3.500.000.- Entiendo prudente, siguiendo el mismo razonamiento aplicado en el rubro anterior replicar aquí los mismos porcentuales considerados, por lo que deberá a las sumas indicadas descontarse el 50%. De ello quedará las siguientes sumas condenadas al pago:para el Sr. Rolando Raul U. -concubino- la suma de \$ 2.000.000.-, para Rolando Nazareno U. - menor al momento del hecho – la suma de \$ 1.750.000.-, Facundo Raúl U. -menor al momento del hecho- la suma de \$ 1.750.000.- y para Camila Belén U.

A. -menor al momento del hecho- la suma de \$ 1.750.000.- En cuanto a los intereses corresponderá su calculo desde el momento del hecho a la fecha de la sentencia de primera instancia 10/12/2020- aplicando tasa pura del 8%, y a la sumatoria de capital e intereses -conf. precedente de esta Cámara "Chavero"- desde allí en adelante hasta su efectivo pago las tasas reconocidas en el precedente "Guichaqueo" y/o otro precedente que en un futuro indique el STJ hasta su efectivo pago. 8.-La decisión propuesta: De receptarse mi propuesta, conforme los considerandos, correspondería hacer lugar parcialmente al recurso de apelación de la actora, declarando procedente la demanda en lo que respecta a la responsabilidad determinada por el negligente accionar de la demandada OSPRERA, la que prospera por la suma de siete millones cuatrocientos cuarenta y cinco mil cuatrocientos catorce con 39 centavos (\$ 7.445.414,39.-) más los intereses correspondientes conforme se estableció los considerandos correspondientes y rechazarlo en los restantes aspectos, con costas a OSPRERA de ambas instancias, las que se limitarán a los honorarios de los letrados de la actora y los periciales (art. 68 CPCC). En razón de que el actor pudo razonablemente considerar necesario traer a juicio a todos los que aquí ha demandado, tal como ya lo he expuesto, he de propiciar que las costas de ambas instancias por la intervención del Dr. Mauricio R., Sanatorio Juan XXIII, Noble S.A. Aseguradora de Responsabilidad Profesional, Fundación Médica de Rio Negro y Neuquén y SMG Compañía Argentina de Seguros Generales, sean impuestas por su orden (art. 68 CPCC). Corresponde en aplicación de lo dispuesto por el art. 279 del CPCC proceder a una nueva regulación de los honorarios profesionales ponderando como monto base la suma de \$ 10.423.580,14.-, ponderando el tope del art. 77 del CPCC. Por las tareas de primera instancia regulo los honorarios profesionales de los Dres. Gabriel Alejandro Savini y Sebastian Tronelli Cosentino, en el doble carácter por la actora intervinientes en una etapa del proceso en el 7 % del monto del proceso; los de la Dra. Ana Eugenia Zinkgraf, patrocinante de la actora e interviniente en una de las etapas del proceso, en el 6 %; los del Dres. Juan Horacio Angiorama, Juan Fittipaldi y Diego Fernandez el primero como apoderado de OSPRERA, el segundo patrocinante de aquél y el tercero como apoderado de esa parte, respectivamente, en el 1,60 %, 2,40 % y 4 % del monto del proceso; los del Dr. Ariel Alberto Ballardini en el doble carácter de apoderado y patrocinante de Sanatorio Juan XXIII y Noble S.A. Aseguradora de Responsabilidad Profesional, interviniente en una etapa del

proceso en el 6 % y los del Dr. Hernán Laino por su actuación a fs. 581 y 680 en una etapa del proceso en el 4 % en ambos casos del monto del proceso; los de los Dres. Rodrigo Scianca apoderado de Fundación Médica de Rio Negro y Neuquen y SMG Compañía Argentina de Seguros Generales, y Edgardo Nicolás Albrieu, Julian Amelung y Maria Florencia Romero patrocinantes de esas partes, estos en conjunto, intervinientes en las tres etapas del proceso, respectivamente en el 7 % y 10 %; los de la Dra. Lidia Patricia Espeche, patrocinante del Dr. R. por su intervención en las tres etapas del proceso en el 17 % del monto del proceso; los de la Dra. Ana Rosa Lamela en el sobre carácter por Seguros Médicos S.A., interviniente en dos etapas del proceso, en el 11 % del monto del proceso; los de la perita Lic. Laura Gabriela Rodofile en el 5 % del monto del proceso (MB: \$ 7.445.414,39.-; arts. 6, 7, 8, 9, 11, 38 y 39 de la ley 2212 y 6 y 18 de la ley 5069.-). Por las tareas en esta instancia regular los honorarios de segunda instancia en un 35% al representante de la parte actora Dra. Zinkgraf; 30% al Dr. Luquin en representación del Sanatorio Juan XXIII y la Aseguradora Noble Compañía de Seguros S.A.; Dra. Lidia Patricia Espeche en el carácter de patrocinante del Dr. R. 30%; Dres. Rodrigo Scianca en el carácter de apoderado de Fundación Médica de Rio Negro y Neuquen y SMG. Compañía Argentina de Seguros Generales y Edgardo Nicolás Albrieu como patrocinante en 30%. Todos los porcentajes antes indicados con referencia a los honorarios asignados a cada representación letrada en la instancia anterior (art. 15 LAAP). Asimismo corresponde regular los honorarios del perito médico actuante en esta instancia Dr. Matías Sebastián García Ortiz en el 7 % del monto del proceso.

9.-Parte resolutive de ser receptado mi voto: De ser receptado mi voto FALLO: 9.1.-Hacer lugar parcialmente al recurso de apelación interpuesto por la parte actora, revocando parcialmente la sentencia de primera instancia de fecha 10/12/2020 en lo que fue materia de agravio, declarando procedente la demanda en lo que respecto a la responsabilidad determinada por el negligente accionar de la demandada OSPRERA, la que prospera por la suma de siete millones cuatrocientos cuarenta y cinco mil cuatrocientos catorce con 39 centavos (\$ 7.445.414,39.-) más los intereses correspondientes conforme se estableció los considerandos correspondientes y rechazarlo en los restantes aspectos. 9.2.-Imponer las costas de ambas instancias a OSPRERA, las que se limitarán a los honorarios de los letrados de la actora y los periciales (art. 68 CPCC) imponiéndose las restantes y correspondientes a los otros demandados por su orden por las razones expuestas en

el punto 8 del voto rector. 9.3.-Por las tareas de primera instancia regulo los honorarios profesionales de los Dres. Gabriel Alejandro Savini y Sebastian Tronelli Cosentino, en el doble carácter por la actora intervinientes en una etapa del proceso en el 7 % del monto del proceso; los de la Dra. Ana Eugenia Zinkgraf, patrocinante de la actora e interviniente en una de las etapas del proceso, en el 6 %; los del Dres. Juan Horacio Angiorama, Juan Fittipaldi y Diego Fernandez el primero como apoderado de OSPRERA, el segundo patrocinante de aquél y el tercero como apoderado de esa parte, respectivamente, en el 1,60 %, 2,40 % y 4 % del monto del proceso; los del Dr. Ariel Alberto Balladini en el doble carácter de apoderado y patrocinante de Sanatorio Juan XXIII y Noble S.A. Aseguradora de Responsabilidad Profesional, interviniente en una etapa del proceso en el 6 % y los del Dr. Hernán Laino por su actuación a fs. 581 y 680 en una etapa del proceso en el 4 % en ambos casos del monto del proceso; los de los Dres. Rodrigo Scianca apoderado de Fundación Médica de Rio Negro y Neuquén y SMG Compañía Argentina de Seguros Generales, y Edgardo Nicolás Albrieu, Julian Amelung y Maria Florencia Romero patrocinantes de esas partes, estos en conjunto, intervinientes en las tres etapas del proceso, respectivamente en el 7 % y 10 %; los de la Dra. Lidia Patricia Espeche, patrocinante del Dr. R. por su intervención en las tres etapas del proceso en el 17 % del monto del proceso; los de la Dra. Ana Rosa Lamela en el doble carácter por Seguros Médicos S.A., interviniente en dos etapas del proceso, en el 11 % del monto del proceso; los de la perita Lic. Laura Gabriela Rodofile en el 5 % del monto del proceso (MB: \$ 7.445.414,39.-; arts. 6, 7, 8, 9, 11, 38 y 39 de la ley 2212 y 6 y 18 de la ley 5069.-). 9.4.-Por las tareas en esta instancia regular los honorarios de segunda instancia en un 35% al representante de la parte actora Dra. Zinkgraf; 30% al Dr. Luquin en representación del Sanatorio Juan XXIII y la Aseguradora Noble Compañía de Seguros S.A.; Dra. Lidia Patricia Espeche en el carácter de patrocinante del Dr. R. 30%; Dres. Rodrigo Scianca en el carácter de apoderado de Fundación Médica de Rio Negro y Neuquen y SMG. Compañía Argentina de Seguros Generales y Edgardo Nicolás Albrieu como patrocinante en 30%. Todos los porcentajes antes indicados con referencia a los honorarios asignados a cada representación letrada en la instancia anterior (art. 15 LAAP). Asimismo corresponde regular los honorarios del perito médico actuante en esta instancia Dr. Matías Sebastián García Ortiz en el 7 % del monto del proceso. 9.5.-Regístrese, notifíquese y oportunamente vuelvan. EL SR. JUEZ DR. VICTOR DARIO SOTO, DIJO: Que

compartiendo los fundamentos expuestos por el Dr. Dino Maugeri, VOTO EN IGUAL SENTIDO.- EL SR. JUEZ DR. DIJO: Que atendiendo a la coincidencia de opinión de los dos primeros votantes, se abstiene de emitir su opinión (artículo 271 C.P.C.). Por ello y en mérito al Acuerdo que antecede la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial y de Minería RESUELVE: 1.-Hacer lugar parcialmente al recurso de apelación interpuesto por la parte actora, revocando parcialmente la sentencia de primera instancia de fecha 10/12/2020 en lo que fue materia de agravio, declarando procedente la demanda en lo que respecta a la responsabilidad determinada por el negligente accionar de la demandada OSPRERA, la que prospera por la suma de siete millones cuatrocientos cuarenta y cinco mil cuatrocientos catorce con 39 centavos (\$ 7.445.414,39.-) más los intereses correspondientes conforme se estableció los considerandos correspondientes y rechazarlo en los restantes aspectos. 2.- Imponer las costas de ambas instancias a OSPRERA, las que se limitarán a los honorarios de los letrados de la actora y las periciales (art. 68 CPCC) imponiéndose las restantes y correspondientes a los otros demandados por su orden por las razones expuestas en el punto 8 del voto rector. 3.- Por las tareas de primera instancia regulo los honorarios profesionales de los Dres. Gabriel Alejandro Savini y Sebastian Tronelli Cosentino, en el doble carácter por la actora intervinientes en una etapa del proceso en el 7 % del monto del proceso; los de la Dra. Ana Eugenia Zinkgraf, patrocinante de la actora e interviniente en una de las etapas del proceso, en el 6 %; los del Dres. Juan Horacio Angiorama, Juan Fittipaldi y Diego Fernandez el primero como apoderado de OSPRERA, el segundo patrocinante de aquél y el tercero como apoderado de esa parte, respectivamente, en el 1,60 %, 2,40 % y 4 % del monto del proceso; los del Dr. Ariel Alberto Balladini en el doble carácter de apoderado y patrocinante de Sanatorio Juan XXIII y Noble S.A. Aseguradora de Responsabilidad Profesional, interviniente en una etapa del proceso en el 6 % y los del Dr. Hernán Laino por su actuación a fs. 581 y 680 en una etapa del proceso en el 4 % en ambos casos del monto del proceso; los de los Dres. Rodrigo Scianca apoderado de Fundación Médica de Rio Negro y Neuquén y SMG Compañía Argentina de Seguros Generales, y Edgardo Nicolás Albrieu, Julian Amelung y Maria Florencia Romero patrocinantes de esas partes, estos en conjunto, intervinientes en las tres etapas del proceso, respectivamente en el 7 % y 10 %; los de la Dra. Lidia Patricia Espeche, patrocinante del Dr. R. por su intervención en las tres etapas del proceso en el 17 % del monto del proceso; los de la Dra. Ana Rosa Lamela en

el doble carácter por Seguros Médicos S.A., interviniente en dos etapas del proceso, en el 11 % del monto del proceso; los de la perita Lic. Laura Gabriela Rodofile en el 5 % del monto del proceso (MB: \$ 7.445.414,39.-; arts. 6, 7, 8, 9, 11, 38 y 39 de la ley 2212 y 6 y 18 de la ley 5069.-). 4.- Por las tareas en esta instancia regular los honorarios de segunda instancia en un 35% al representante de la parte actora Dra. Zinkgraf; 30% al Dr. Luquin en representación del Sanatorio Juan XXIII y la Aseguradora Noble Compañía de Seguros S.A.; Dra. Lidia Patricia Espeche en el carácter de patrocinante del Dr. R. 30%; Dres. Rodrigo Scianca en el carácter de apoderado de Fundación Médica de Rio Negro y Neuquén y SMG. Compañía Argentina de Seguros Generales y Edgardo Nicolás Albrieu como patrocinante en 30%. Todos los porcentajes antes indicados con referencia a los honorarios asignados a cada representación letrada en la instancia anterior (art. 15 LAAP). Asimismo corresponde regular los honorarios del perito médico actuante en esta instancia Dr. Matías Sebastián García Ortiz en el 7 % del monto del proceso. Regístrese, notifíquese de conformidad con lo dispuesto en la Acordada 36/22 Anexo I art. 9 del STJ y oportunamente vuelvan. Se deja constancia que el Dr. Martínez no firma la presente por encontrarse en uso de licencia habiendo participado del Acuerdo Texto Referencias Normativas (sin datos) Vía Acceso (sin datos) ¿Tiene Adjuntos? NO Voces No posee voces