

Cipolletti, 6 de junio de 2022

**AUTOS Y VISTOS:** los presentes caratulados "**LEDESMA JUAN PABLO Y OTRA C/ POLICLÍNICO MODELO CIPOLLETTI S.A. Y OTROS S/ ORDINARIO**" (Expte. N° 29947/2010), para dictar sentencia definitiva;

**RESULTA:**

1.- A fs. 198/229 se presentaron los Sres. JUAN PABLO LEDESMA y CLAUDIA EDITH RODRÍGUEZ, ambos por derecho propio y en representación de sus hijas menores C.A.L. y J.M.L., con el patrocinio letrado del Dr. Alejandro Daniel Marco, y promovieron demanda contra POLICLÍNICO MODELO DE CIPOLLETTI S.A., ANDAR OBRA SOCIAL DE VIAJANTES Y VENDEDORES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA, NATALÍ MARIANA GRIPPO y MARIEL OLGUIN, por resarcimiento de daños originados –según su afirmación- por una mala práctica médica, por la suma de \$ 600.000.- y/o lo que en más o en menos resulte de la prueba a producir.

A fs. 349/353 fue agregado poder otorgado por los actores al Dr. Alejandro Daniel Marco.

De lo relatado en la demanda surge que el reclamo tiene sustento fáctico en el nacimiento sin vida (muerte fetal) de la hija de los accionantes, ocurrido en fecha 31/05/2008 en el Policlínico Modelo de Cipolletti.

Como antecedentes de ese triste episodio, la Sra. Rodríguez narró en primera persona que en el mes de octubre de 2007 -junto a su esposo y resto de la familia- tuvieron la noticia que estaba embarazada.

Que los primeros meses se sucedieron con razonable normalidad.

Que ya avanzado el embarazo, dentro de sus últimos tres meses, se le diagnosticó "presión gestacional". Ante lo cual la Dra. Grippo -médica de cabecera, cirujana y especialista en ginecología y obstetricia- le informó cual era la patología, e incluso le advirtió los riesgos que ello traía aparejado, los signos a los que debía estar atenta y las recomendaciones que debía observar.

Que durante las 3 semanas siguientes a ello tuvo presión y concurrió a la guardia para control y el 17/05/2008 la internaron con presión alta, le administraron ansiolítico, suero, etc. Y en la posterior consulta con la Dra. Grippo le recetó clonazepan y volvió a recalcarle los síntomas a tener en cuenta.

Continuó relatando la Sra. Rodríguez que volvió al Policlínico y fue atendida en

la guardia, como lo indicó la Sra. Grippo, un par de veces más aproximadamente, porque tenía la presión alta y fue atendida por Nancy Gallegos entre otras obstetras (parteras).

Que la mañana del 31 de mayo de 2008 se despertó entre las 8 y las 9 hs con un dolor muy fuerte en el bajo vientre, que a esa fecha estaba gestando la semana 33/34 de su tercer embarazo. Que ante las molestias muy dolorosas, intensas y persistentes, decidieron con su esposo ir de inmediato al Policlínico donde fueron atendidos por la Dra. Olgún y la Obstétrica Gallegos (partera), quien consultó telefónicamente a la Dra. Grippo, su médica de cabecera, ya que al tomarle la presión la tenía muy alta 150/100. Que le advirtió a las doctoras de los fuertes dolores abdominales.

Refirió que ese día -durante la atención de la urgencia- solo escucharon o auscultaron los latidos del feto con un instrumento llamado fonógrafo, sin haber realizado un monitoreo fetal electrónico, lo que a su entender, implicó el error médico que llevó al fatal desenlace, atento que cursaba un embarazo con problemas, de alto riesgo, ya detectado muchos días antes e incluso tratado con medicación.

A su vez, indicó que dicho monitoreo del fonógrafo lo realizó una partera, que no es médica ni especialista, y una médica (que casi ni participó) recién recibida sin la especialización en ginecología ni obstetricia que estaba de guardia, cuando -a su decir- la guardia tendría que haber estado cubierta por un especialista.

En esa primera atención, la Dra. Grippo indicó telefónicamente a la obstetra de guardia que la paciente tome el ansiolítico (clonagin) que le había recetado y se acueste a descansar en su casa. Y le indicaron que si seguía con esos síntomas volviera al mediodía. Que no la internaron porque le dijeron que no había lugar. Expuso que insistió que el dolor era persistente, a lo que la Dra. Olgún le recetó por escrito Reliverán, y le explicó que el dolor era porque detrás de la panza tenía los intestinos inflamados.

Siguió narrando la Sra. Rodríguez que, ya en su casa, tomó el ansiolítico y se acostó, pero el dolor nunca acabó, se sentía muy mal y lloraba del dolor, por lo que su marido le mandó un mensaje de texto a la Dra. Grippo de su estado, y ella respondió por mensaje también que la lleve de nuevo al policlínico a que la valoren. Esto sucedió como las 12 hs. del mediodía aproximadamente.

Que en esta segunda oportunidad, al llegar al policlínico fue asistida en la vereda por una señora de limpieza que le trajo una silla de ruedas, y fue llevada directamente a la parte de la guardia, donde una enfermera le colocó suero y la subió en la silla de

ruedas por el ascensor al piso de maternidad, donde la dejaron en la cama de la habitación.

Que luego llegó la Dra. Grippo, y pidió el aparato para escuchar los sonidos del corazón del bebé (fonógrafo), y -según la actora- le dijo a la Dra. Olguín “*este aparato no anda*” (ya no escuchaban latidos). Que la Dra. Grippo salió de la habitación y buscó un aparatito parecido a una corneta, la puso en su panza y se inclinó, puso su oído en la misma, trató de escuchar y dijo algo como “*se escucha muy lejos*”. Salieron las dos y entraron muy apuradas las enfermeras, le pusieron un gorro, zapatos de tela, la subieron a una camilla y entraron a la sala de operaciones, a las 12:45 hs. aproximadamente.

Que ya dentro de la sala de operaciones pudo ver a todos cambiándose rápido, que en ese momento, por sus caras y su silencio se había dado cuenta que algo andaba mal, que sintió mucho miedo, se sintió desamparada, nadie le hablaba ni la miraba. Lo único que escuchaba era que la Dra. Grippo decía “*dónde está el anestesista, que se apure*”, y cuando llegó le preguntaba “*¿cuánto falta?*”, a lo que él contestó “*ya está 2 minutos*”, y le tiraban unas jarras de líquido en la parte abdominal; que cuando se durmió el ambiente estaba tenso.

Prosiguió mencionando que, según le contó su marido, cuando terminó la operación lo llamaron y la Dra. Grippo le informó que la beba había fallecido. Que ella despertó a las 4 de la tarde, y sus familiares le dieron la triste noticia.

Que entretanto, ante la poca información y humanidad de la ginecóloga Grippo, su esposo también fue a la fiscalía a hacer la denuncia porque nada le cerraba. Luego arribó al lugar la Fiscal y su equipo e hicieron la intervención en el Policlínico Modelo de Cipolletti.

Describió que luego de la denuncia penal se procedió a secuestrar la historia clínica y se practicó una autopsia, la que determinó que la muerte del feto fue por asfixia fetal causada por el desprendimiento total de placenta. Afirmó que no fue detectada por las médicas tratantes, no estuvieron presentes cuando aparecieron los síntomas, no realizaron los controles y monitoreo que las circunstancias exigían, causándole la muerte al bebé, por lo que entiende deben responder.

La parte actora enunció los derechos fundamentales que considera vulnerados, en particular el derecho a la salud, sobre el que realizó un profuso desarrollo dogmático desde su raíz constitucional y convencional, con cita de normas, doctrina y jurisprudencia.

Se enfocó después en la responsabilidad civil y la respectiva imputación a cada

legitimado pasivo de su pretensión.

Así, en cuanto al centro asistencial, atribuyó responsabilidad objetiva por el vínculo de dependencia jurídica y económica (no estrictamente laboral e incluso aparente) existente entre el Policlínico Modelo de Cipolletti y las codemandadas Grippo y Olguín; como asimismo por su actuación bajo la organización de empresa que brinda servicios de salud y, relacionado con ello, el deber de seguridad (que también encuadró en el marco de la Ley 24.240).

Sobre la responsabilidad de la Obra Social, sostuvieron que el vínculo entre ésta y su parte (actores) es contractual; que se trata de la obra social que cubre a los monotributistas, siendo esa su condición tributaria. Por ello, no pueden elegir otra obra social porque la ley no lo permite (aluden a la noción de contrato forzoso), y en consecuencia, al elegir ANDAR, ésta ofrece en Cipolletti como única prestadora al Policlínico demandado y su cartilla de médicos, siendo un sistema cerrado.

Acerca de la responsabilidad de los médicos, y en particular en casos de maternidades como el presente, adujeron que en principio se trataría de una obligación de resultado. Y que en el supuesto de autos esa idea se refuerza porque se trataba de un embarazo de riesgo con diagnóstico previo de “presión gestacional” que exigía un especial deber de cuidado, y que no permite -según la postura de los accionantes- considerar como un suceso imprevisible el desprendimiento de la placenta a la postre ocurrido, dado que es una de las mayores consecuencias que aquél diagnóstico puede generar.

Afirman que el daño se produjo por un sufrimiento fetal no tratado con la rapidez que se necesitaba y sin haberse realizado un monitoreo apropiado, además de que las personas que atendieron la urgencia -dijeron- no eran las indicadas y estuvo ausente la especialista en el momento justo.

Diferenciaron la responsabilidad de ambas médicas.

En lo tocante a la Dra. Grippo, sosteniendo que el vínculo que rigió con la misma fue de naturaleza contractual, como así por lo tanto la responsabilidad que le imputan, por una serie de -supuestos- incumplimientos que enumeraron.

Mientras que recriminaron a la Dra. Olguín carecer de la especialidad propia para atender a una embarazada, achacando que estaba en una guardia obstetricia sin poseer especialidad para ello. Que en la urgencia asumió roles que le competían y no erró en el diagnóstico.

También efectuaron ciertas consideraciones médico-legales, poniendo énfasis en

el monitoreo fetal electrónico que no se realizó.

Puntualizaron y cuantificaron los rubros e importes reclamados, a saber: a) Daño patrimonial-Pérdida de Chance (padres): \$282.750.-; Daño moral-psicológico: \$ 317.250.- (madre \$ 120.000; padre \$ 80.000; hermanas \$ 58.625 cada una).

Acompañaron y ofrecieron prueba. Hicieron reserva de caso Federal.

Peticionaron el oportuno acogimiento de la demandada, con costas.

2.- A fs. 230 dio curso a la acción bajo las normas del proceso ordinario (art. 319 y 330 del CPCC) y se ordenó el pertinente traslado de la demanda.

A fs. 277/279 vta. se presentó por medio de su apoderado -Dr. Juan Horacio Angiorama- la Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina (O.S.V.V.R.A.), y opuso excepción de incompetencia. Sustanciada con la contraria (fs. 354/369), a fs. 408/410 fue rechazada por Resolución Interlocutoria N° 120 de fecha 13/05/2011.

Asimismo, a fs. 338/348 procedió el mandatario a contestar la demanda instaurada en contra de O.S.V.V.R.A., solicitando el rechazo con la debida imposición de costas.

Luego de remarcar cual es la posición de la obra social con relación a los hechos de los terceros demandados, negó en forma general y también específica las afirmaciones vertidas por la actora en el escrito de demanda, como así también la documental presentada junto con la misma.

Destacó la relevancia de la historia clínica como registro de los hechos médicos y arguyó que a partir del examen de las constancias documentadas en la causa resulta el adecuado desempeño de los médicos y un obrar correcto en la atención del parto (ausencia de factor subjetivo); que la atribución causal de los acontecimientos no se conectan con la actuación de los profesionales, ni en grado remoto al nosocomio demandado.

Efectuó ciertas consideraciones de carácter médico con relación al desprendimiento de la placenta y sus consecuencias cuando se produce.

Sostuvo además que la paciente fue debidamente controlada durante todo el embarazo, como así también convenientemente medicada por su principal diagnóstico concurrente de hipertensión arterial inducida por el embarazo. A la vez que recibió dos ciclos de maduración pulmonar por antecedentes de prematuridad en ambas gestas anteriores.

Afirmó que la actora no presentaba signos clínicos ni de laboratorio materno fetal

tales como los que puedan verse en los casos de embarazadas que padecen hipertensión arterial durante el embarazo, como por ejemplo: Proteinuria del 19/05/2008 normal; lo que, planteó, pone en duda la calificación del embarazo como de alto riesgo a la que se alude en la demanda.

También reparó en que la ecografía obstétrica de fecha 19/05/2008 mostró un feto normal en su tamaño y cantidad de líquido amniótico y el estudio de los vasos fetoplacentarios (glod-standar del estudio de las pacientes hipertensas durante el embarazo) fue igualmente normal.

Concluyó que el resultado de tales estudios, realizados poco antes de que la madre sufriera la gravísima complicación que determinara la muerte fetal, indican que la gesta transcurría en forma normal y sin complicaciones que permitieran presumir el lamentable desenlace.

En cuanto a la primera atención que la actora recibió el día 31/05/2008, aproximadamente a las 9:15 hs., por parte la Dra. Olgún y por la obstetra Gallegos, sostuvo que de acuerdo a la documental médica le realizaron -a su entender- todos los controles que responden al protocolo de atención en un embarazo de gestación como el de la actora.

Contradijo la imputación de culpa que se efectúa en la demanda por esa primera atención médica, y en particular en cuanto a la supuesta omisión de realizarse "*monitoreo fetal electrónico*", ya que -según su postura- no existía evidencias que justificaran otro estudio más especializado a lo practicado (examen clínico completo, auscultación de latidos cardíacos normales, tacto vaginal, control de tensión arterial).

Tras efectuar amplias consideraciones médicas, sostuvo que en el caso bajo análisis la asfixia brusca que provocara la muerte del feto no fue previsible, y menos aún evitable. Y descartó igualmente, basándose en el informe de anatomía patológica de la placenta, que el desprendimiento fuera provocado por la hipertensión arterial que presentaba la actora.

En definitiva, que no se observa desde el punto de vista médico legal una relación causal cierta entre la atención médica brindada a la madre por parte de las profesionales demandadas y el óbito fetal.

En cuanto a la naturaleza de las obligaciones del médico, señaló que conforme surge de los hechos ventilados en la presente causa y de la documentación compulsada, el accionar de las profesionales demandadas fue el adecuado a su *lex artis*, y no permite construir ni en forma remota una hipótesis de negligencia en el manejo de la atención

del parto de la actora. Añadió que la conducta médica en su conjunto debe ser analizada desde el inicio, y no como pretende la actora, desde el infortunado suceso que se relata en la demanda.

Así, refirió que para construir una mediana base de imputación hacia la persona de las médicas demandadas resulta menester que las acciones llevadas a cabo se encontraban resistidas en el ámbito médico de la especialidad.

Y más adelante indicó que como elemento imprescindible para poner en funcionamiento la responsabilidad de su mandante, ante la hipótesis de reflejar la conducta ajena en virtud de un factor objetivo de garantía, resulta imprescindible demostrar la culpa médica.

En virtud de la naturaleza de las obligaciones en juego, sumado a la necesaria acreditación de la culpa para poner en funcionamiento el mecanismo resarcitorio, concluyó que la actuación de las médicas demandadas ha sido la adecuada, conforme las circunstancias de tiempo y lugar.

Que el resultado dañoso que la actora pretende atribuir de autoría culposa a las profesionales, se encuentra conectado a circunstancias inevitables e imprevisibles que las eximen de responsabilidad.

Luego impugnó los rubros pretendidos y pidió su desestimación.

Citó jurisprudencia conteste con su defensa; fundó en derecho.

Hizo reserva de Caso Federal.

Efectuó el petitorio final de estilo instando el rechazo de la demanda, con costas.

3.- Mediante presentación de fs. 313/318 vta. compareció el Dr. Jorge Bello en carácter de apoderado de POLICLÍNICO MODELO DE CIPOLLETTI S.A., con el patrocinio letrado del Dr. Roberto Joison y la Dra. María Laura Joison, y contestó la demanda.

Asimismo, sobre la base de la póliza de seguro que acompañó (R.C. Profesionales Médicos Grupales), instó la citación en garantía de NOBLE ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, en los términos del art. 118 de la Ley 17.418.

Efectuó las negativas en forma general y particular de todos los hechos expuestos en la demanda, desconociendo también aquella documental presentada por los accionantes que no se reconocida por su parte.

Rebatió la responsabilidad que le imputa la contraria.

Expuso que la realidad de los hechos surge del libro de guardia y de la Historia Clínica.

Que el día 31 de mayo de 2008 la actora recibió la primera atención a las 09:48 hs, que la sintomatología que presentaba en ese momento era diarrea y vómitos. Que en esa ocasión las Dra. Mariel Olguín y la Obstetra Nancy Gallego le hicieron examen clínico completo que mostraba que el estado de salud de la paciente era bueno, se efectuó la auscultación de latidos cardíacos fetales (el feto se encontraba bien), se hizo un tacto vaginal (el cuello vaginal estaba cerrado) y como su presión arterial era normal, no presentaba contracciones uterinas preparto (se constató que las contracciones que tenía eran dos de 25 segundos cada diez minutos), no había sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico se le dio el alta, recomendándosele reposo, ya que no existía ningún síntoma que aconsejara su internación. Que además se le indicó que consultara con su obstetra por consultorio externo.

Afirmó que la descripta sintomatología que presentaba la paciente no concuerda con un "*accidente de Baudelocque*" o desprendimiento masivo de la placenta normoinsertada como ocurrió finalmente.

Explicó que el desprendimiento masivo de placenta (como indica el resultado de la cesárea y de la autopsia), se caracteriza por un dolor continuo sin períodos de remisión, que no cede ya que se trata de una contracción continua debido a la irritación que genera el sangrado interno.

Que en contraste con ello, la paciente presentaba cólicos abdominales (el que se caracteriza por dolor que aparece y desaparece repetidamente, como un retorcijón), opuesto al dolor continuo y persistente del desprendimiento de placenta.

Expuso que en el libro de guardia se dejó constancia que en el examen se constataron 2 contracciones en 10 minutos de 25 segundos cada una, lo que a su decir descarta la posibilidad de existencia de una contracción permanente como ocurre en el desprendimiento. Que en el momento del ingreso la paciente no presentaba ningún sangrado vaginal ni tenía trabajo de parto, y estaba con la presión alta en vez de baja, y que su malestar esa mañana había comenzado aproximadamente una hora y media antes como lo expresa la misma actora en las declaraciones adjuntas a la demanda.

Adujo que el desprendimiento masivo de placenta se puede presentar tanto en un embarazo normal sin factores de riesgo, como aquel donde existen factores de riesgo, y que también es cierto que un embarazo con hipertensión no siempre desencadena un desprendimiento de placenta, aún sin tratamiento.

Acerca de la realización de un monitoreo fetal, afirmó que no aportaría mayor dato que los ya constatados con el fonógrafo respecto de los latidos del bebé (los cuales

estaban dentro de los parámetros normales al momento del examen), y lo único que aportaría es la contractibilidad del útero. Por otro lado, refirió que el monitoreo no es predictivo, un resultado normal no es indicativo de que la paciente no vaya a tener un desprendimiento de placenta.

Destacó que de la autopsia realizada surge que la actora sufrió un desprendimiento masivo de placenta con muerte fetal intraútero antes de que la misma ingresara al Policlínico Modelo de Cipolletti S.A. al mediodía del 31 de mayo de 2008. Que la Dra. Mariel Olguín y la Especialista Nancy Gallego se encontraron en una situación que no les dio margen temporal para prevenir la muerte fetal intrauterina, ya que en los casos de desprendimiento de placenta masivo solo existen de 3 a 5 minutos de sobrevida como lo explicitan los autores en la materia.

Sostuvo que no es cierto que durante el embarazo de la actora no se hayan realizado los controles pertinentes.

Transcribió la atención brindada el 16 de mayo de 2008 a las 23:30 hs. y aseveró que el tratamiento realizado a la Sra. Rodríguez por hipertensión gestacional fue el adecuado a las circunstancias y estado de la paciente, ajustándose a los parámetros fijados en el Consenso 2006 para el manejo de la preeclamsia y embarazo publicado por la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia.

Precisó que dicho Consenso 2006 establece que: *"existe emergencia hipertensiva cuando hay aumento brusco de las cifras tensionales o valores de gravedad acompañado de sintomatología clínica: cefalea, epigastralgia, alteraciones visuales, etc. Los valores de hipertensión grave para la embarazada según el mencionado consenso, son aquellos mayores o iguales a 160/110 mmHg"*.

E indicó que la hipertensión es un factor de riesgo pero de ninguna manera o necesariamente trae aparejado el desprendimiento masivo de placenta y que puede ocurrir también entre quienes no tienen hipertensión gestacional.

Afirmó que en oportunidad de presentarse la actora en el Policlínico el día 31/05/2008 no existía emergencia hipertensiva.

Concluyó que no era previsible el desprendimiento masivo de placenta atento la patología que presentaba la actora.

Luego impugnó los rubros reclamados.

Fundó en derecho su defensa y petitionó el oportuno rechazo de la demanda, con costas.

4.- A fs. 320/337 se presentó el Dr. Ariel Alberto Balladini en carácter de gestor

procesal de MARIEL OLGUIN, y en legal tiempo y forma contestó la demanda (gestión posteriormente ratificada a fs. 368/370, cuando el letrado regularizó y justificó personería con el respectivo poder).

También instó la citación en garantía de NOBLE S.A. ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

Inicialmente negó todos y cada uno de los hechos alegados por los accionantes, en forma general y particular, como así también la veracidad de toda la documentación acompañada con la demanda en traslado, salvo la que sea objeto de su expreso reconocimiento.

En cuanto a los hechos, luego de exponer el historial médico de la Sra. Rodríguez, mencionó que de las constancias surge que el 31/05/2008 consultó la paciente por guardia médica del Policlínico Modelo a las 9:48 hs., siendo ese el momento en que por primera vez se produjo la actividad profesional prestada por su mandante con la paciente.

Expuso que su mandante recibió a la paciente por la guardia médica junto con la obstétrica (partera), se objetivó una altura uterina acorde a edad gestacional (33.3 semanas), dinámica uterina 2/10 25 segundos (esto está escrito en el libro de guardia), con vómitos y diarrea (iguales síntomas que presentó todo el embarazo conforme a los descrito por la Dra. Grippo). Que se descartaron signos de eclamptismo y no presentaba cefalea, se realizó un tacto vaginal encontrándose un cuello intermedio cerrado, sin sangrado ni pérdida de líquido; con una frecuencia cardíaca fetal dentro de parámetros normales. Que en ese momento se comunicaron con la Dra. Grippo telefónicamente y le explicaron el cuadro de la paciente. La médica de cabecera indicó que continúe el control y si la TA estaba dentro de parámetros normales. Además, indicó que si se encontraba bien la paciente y el feto que le den el alta y la controle por consultorio externo (ya que la paciente cursó sus siete meses con vómitos y diarrea que alternaba con episodios de constipación, cuadro semejante al colon irritable que ella padecía).

Refirió que con relación a las contracciones que presentó en ese momento, la literatura médica describe una evolución gradual de la actividad uterina a lo largo del embarazo, más allá de las 20 semanas de gestación (4 meses), las contracciones uterinas aumentan de intensidad y disminuyen en frecuencia hasta el término del embarazo. Estos cambios se intensifican en las últimas 6 a 8 semanas de gestación que es el período que aparecen las contracciones de braxton-hicks que son más intensas y

sucedan con una frecuencia de cada 20 minutos. La paciente tampoco se presentó con dilatación cervical, lo que indica que no contaba con contracciones alarmantes. Por otro lado -sostuvo-, la frecuencia cardíaca fetal estaba dentro de parámetros normales, lo que tampoco indicaría un desprendimiento agudo, ni en curso.

Añadió que tampoco se le realizó ecografía obstétrica, ya que tenía una realizada 10 días atrás, y solo en menos del 2 % de los casos de desprendimientos iniciales son detectados por este método, incluso el desprendimiento completo de placenta puede pasar desapercibido.

Continuó diciendo que ese mismo día un poco antes del mediodía se comunicaron con la Dra. Grippo que la paciente tenía mucho dolor en la "panza", y en ese momento la citó de urgencia en la Clínica Modelo. A las 12:35 hs. ingresó la paciente a la guardia del policlínico, sin sangrado ni pérdida de líquido, con un útero hipertónico sin lograr auscultar los latidos fetales con monitor fetal y estetoscopio de pinard. Que en ese momento llamaron a la Dra. Grippo y le dijeron que no encontraban los latidos fetales, a los 5 minutos llegó la Dra. Grippo a la clínica, trató de auscultarla, no escuchó los latidos y palpó un útero hipertónico. Se decidió realizar cesárea de urgencia, en quirófano tampoco logró escuchárselos. Nació feto de sexo femenino sin latidos y se observó gran desprendimiento placentario (más del 80 %), con una infiltración hemática de un tercio de cara anterior uterina.

Sostuvo que estos hallazgos son encontrados en los desprendimientos masivos de placenta (grado 3 en la literatura) que el 100 % de los casos cursan con la muerte fetal intrauterina. Inclusive el desprendimiento placentario grado 3 y la muerte del feto pueden producirse a solo 4 horas de una prueba anteparto normal. Ocurren en el 3 al 15% y no existen datos públicos disponibles para documentar un plan de tratamiento prospectivo que reduzca este riesgo tan inaceptablemente alto.

Afirmó que la piedra angular del diagnóstico del desprendimiento placentario es el sangrado vaginal, abundante o de menor cuantía, solo el 20% de los desprendimientos placentarios cursan sin sangrado (ocultos) y son diagnosticados en el trabajo de parto prematuro (la paciente no estaba en trabajo de parto, nunca lo estuvo).

Concluyó que la paciente ingresó a las 12:35 hs al Policlínico de Cipolletti con desprendimiento placentario masivo, grado 3, con útero tetanizado y feto muerto intrauterino.

Expuso vastas consideraciones médico legales referentes al desprendimiento prematuro de placenta.

Y sobre la base del marco teórico expuesto, adujo que merituando las actuaciones profesionales resultantes según la historia clínica, parte quirúrgico y los hechos relatados en la demanda en conteste, surge con claridad meridiana que tanto en el plano institucional (Policlínico Modelo) como galénico, no resulta configurada mala praxis alguna, ni puede atribuirse la existencia de conducta culposa antijurídica y/o negligente respecto a las profesionales que intervinieron en la atención de la actora.

Que por el contrario, surge que el tratamiento médico realizado en el Policlínico Modelo de Cipolletti ha sido el correcto en tiempo y forma, y que asimismo debe destacarse que la Dra. Mariel Olguín no tuvo ni realizó ningún acto médico imperito, negligente y/o imprudente ajustándose en un todo a la *lex artis*.

Como punto siguiente de la defensa, el letrado aludió al sobreseimiento de la Dra. Olguín, de la Dra. Grippo y de la obstétrica Gallegos en la causa penal iniciada por los actores por homicidio culposo. Allí remarcó que el Juez de la causa dictaminó la inexistencia de culpa alguna de las mismas, detallando que actuaron de acuerdo a la *Lex Artis*.

Finalmente, como eximente de responsabilidad expuso que el desprendimiento casi total de la superficie de la placenta que determinó la muerte del feto intrauterino obedeció a su grave patología de base, sin que se pueda pretender responsabilizar al Policlínico Modelo y mucho menos aún, a la Dra. Olguín por el acto médico en sí e intentar relacionarlo con lo acaecido posteriormente.

Que el mismo queda caracterizado como un típico caso fortuito, ya que resulta imposible de prever, y previsto resulta imposible de evitar.

Impugnó los rubros indemnizatorios pretendidos por los actores.

Fundó su defensa en derecho, doctrina y jurisprudencia que citó, aparte de la bibliografía médica que también detalló.

Peticionó el oportuno rechazo de la demanda, con costas.

5.- A fs. 401/406 vta. se presentó espontáneamente la aseguradora NOBLE S.A. ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, representada por su letrado apoderado y a la vez patrocinante, Dr. Ariel Alberto Balladini, y contestó la citación en garantía.

Admitió que su mandante emitió póliza N° 8015069 del Ramo Responsabilidad Civil, con vigencia entre las 12 hs. del día 01/07/2008 al 14/05/2009 hasta las 12 hs. y fecha de retroactividad al 22/07/2007, mediante la cual se comprometió a mantener indemne exclusivamente a su asegurada Dra. Olguín Mariel Judith, con domicilio de

riesgo en calle San Martín esquina Libertad de Cipolletti, Provincia de Río Negro, por la responsabilidad civil contractual hacia terceros como profesional médica, según los alcances y condiciones pactados en dicha póliza.

Indicó que el límite asegurado es por la suma de \$500.000 por todo y cada acontecimiento.

Con respecto al Policlínico Modelo de Cipolletti, señaló que su mandante emitió Póliza N° 8018849 del Ramo Responsabilidad Civil, con vigencia entre las 12 hs. del día 01/11/2008 hasta las 12 hs. del día 01/11/2009 y fecha de retroactividad al 11/11/2003, mediante la cual se comprometió a mantener indemne exclusivamente a su asegurado Policlínico Modelo de Cipolletti S.A., por la responsabilidad contractual hacia terceros como Centro Asistencial que pudiera derivarse de su actividad institucional, según los alcances y condiciones pactados en dicha póliza.

Que en caso que pudiera derivarse responsabilidad del Asegurado, dijo que su mandante asumió el compromiso de mantenerlo indemne por la suma de u\$s 150.000.- por todo y cada acontecimiento. Y solicitó que se tenga presente que el asegurado deberá participar con el 10 % del monto indemnizatorio convenido o resultante de sentencia judicial, que no podrá ser inferior al 3% de la suma asegurada, ni superior al 6% de dicha suma.

Por lo demás, aduciendo motivos de economía procesal adhirió a las negativas y manifestaciones de descargo efectuadas por la codemandada Olguín y por el Policlínico Modelo de Cipolletti S.A. en sus respectivas contestaciones de demanda.

Acompañó prueba documental. Hizo reserva de Caso Federal. Y petitionó el oportuno rechazo de la acción, con costas.

A partir de fs. 803 se presentó el Dr. Roberto Germán Busamia como apoderado de NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., y manifestó el cambio de denominación social de su mandante (antes Noble Compañía Aseguradora de Responsabilidad Profesional). Y luego, desde fs. 866 intervino por la misma parte el Dr. IGNACIO PUJANTE.

6.- A fs. 441/457 vta. se presentó NATALÍ GRIPPO, por su propio derecho, con el patrocinio letrado del Dr. Ariel Alberto Ballardini, y en tiempo y forma contestó la demanda.

Además, instó la citación en garantía de FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A., en los términos de la Ley 17.418 y de conformidad con el contrato oportunamente celebrado con dicha aseguradora.

Realizó inicialmente las negativas de todos y cada uno de los hechos alegados por los actores, en forma general y particular, a la vez que desconoció la autenticidad, veracidad y contenido de toda la documental aportada por aquellos.

Expuso su versión sobre la realidad de los hechos, aduciendo que contrariamente a lo afirmado por los actores no existe elemento alguno que permita atribuir responsabilidad en el hecho a su parte, ni a ninguna otra.

Que el solo resultado -por supuesto no querido por ninguna de las partes-, es insuficiente para imputar responsabilidad en el hecho a quienes participaron -ya sea como médicos, obstetras, etc,- en la atención de la Sra. Claudia Rodríguez, toda vez que estamos en presencia de una obligación de medios dada la naturaleza de la ciencia médica, que equivocadamente los actores pretenden convertirla en una obligación de resultado.

Que siguiendo su relato expuesto en sede penal, refirió que ya en esa instancia sostuvo que no se puede atribuir obrar negligente y violatorio de la posición de garante, traducido en un comportamiento médico inadecuado a las circunstancias constatadas en las dos oportunidades que la paciente Claudia Rodríguez concurrió al Policlínico Modelo, el día 31 de mayo de 2008.

Señaló que el éxito de toda terapia está sujeto a imponderables que exceden el manejo y control de los profesionales aún de los más capaces, prudentes y diligentes, dada la ocurrencia siempre constante del alea. Que por tal motivo, la responsabilidad del médico, por su naturaleza, consiste en poner al servicio del paciente sus conocimientos científicos y la asistencia diligente, desde que su obligación no es de resultados sino de medios, y por lo tanto la sola aparición del daño no supone impericia ni negligencia.

Explicó que en el caso de la responsabilidad médica, estamos frente a un factor de atribución de neto corte subjetivo, que para que se genere debe existir un reproche en la conducta. Así, no basta con acreditar la existencia del daño y su nexo de causalidad con el hecho dañoso, sino que se deben acreditar factores de atribución de responsabilidad subjetiva: mala praxis.

Que ello implica que tiene que haber habido al menos culpa por parte del profesional, y que dicha culpa haya sido la causante del daño que da sustento a la acción.

Que en el caso el reproche no deviene del acto quirúrgico, es decir de la cesárea de urgencia (nada se objetó de tal acto quirúrgico), sino que la culpa endilgada es por no haber advertido a tiempo una evolución desfavorable y el tratamiento inapropiado que

la situación requería.

Sin embargo, según su postura la intervención de las profesionales no merece reproche alguno, pues procedieron de acuerdo a la "lex artis" que la situación imponía conforme enseña bibliografía médica. Que para que exista mala praxis se debe acreditar que el tratamiento y el seguimiento de la evolución desfavorable se debió a una incorrecta asistencia médica de las profesionales intervinientes.

Que en el caso no resulta de la totalidad de la prueba producida e incorporada a la causa penal que hubiera existido un tratamiento inadecuado o no apropiado; por el contrario, sí se puede afirmar que la paciente Claudia E. Rodríguez sufrió un desprendimiento masivo de placenta normoinsera con muerte fetal intrauterino antes de ingresar al Policlínico Modelo de Cipolletti, el día 31 de mayo de 2008, a las 12:35 horas (remite a las conclusiones de la autopsia de fs. 51/vta. de la causa penal).

Que las reglas de la especialidad y la bibliografía especializada, claramente señalan que la situación que aconteció con la paciente Rodríguez es de aquellas agudas que no da tiempo a prevenir la muerte fetal intrauterina -científicamente se estima que frente a un desprendimiento masivo el feto tiene una sobrevivencia de 3 a 5 minutos-.

Apuntó que con los datos que constan en el expediente penal se puede afirmar con seguridad que a la paciente en la primera consulta de día 31/05/2008 se le realizó un examen clínico completo, el que incluyó auscultación de latidos cardíacos fetales, que se encontraban normales, tacto vaginal, el que mostró un cuello formado, cerrado (sin dilatación cervical), no objetivándose sangrado ni pérdidas de líquido amniótico (se denomina genitorragia, hidrorrea y leucorrea). Se dejó en control de tensión arterial, que eran normales. Las contracciones 2/25"/10, normales en el último trimestre, y no indicadoras de trabajo de parto asociado a útero blando, junto con otros parámetros constatados.

Que nada hacía presumir un desprendimiento placentario masivo como el que aconteció. Y no había ningún síntoma que justifique su internación a partir de los procedimientos médicos seguidos.

Dijo que el feto de sexo femenino extraído sin vida del seno materno en la cesárea practicada de urgencia ante el peligro cierto de vida de la madre, aconteció por un desplazamiento de placenta masivo -más del 80 % de grado 3-, con una infiltración hemática de un tercio de cara anterior uterina, existiendo coincidencia en lo planteado por los actores.

Que como lo afirmaron las Dras. Olgún y Gallego, en el segundo ingreso por

guardia de la paciente Rodríguez -12:35 hs.-, no lograron escuchar los latidos cardíacos fetales, los que intentaron ser controlados con monitores y con estetoscopio de pinard (extremo asentado en el libro de guardia). Que ninguna de las dos profesionales que recibieron a la paciente advirtieron un útero hipertónico, presentaba nuevamente un cuello sin dilatación, sin pérdida de líquido amniótico por genitales, ni sangrado.

En base a consideraciones médicas y bibliografía citada al respecto, dijo que no se encuentra discutido en autos que la Sra. Claudia Rodríguez sufrió un desprendimiento masivo de placenta conforme surge incluso de su propio relato, que no cabe la menor duda del correcto actuar de su parte, el cual se ajustó en todo momento a la *lex artis*, siendo totalmente inmerecido el reproche de responsabilidad que realizan los actores, toda vez que es evidente la inexistencia de datos concretos, objetivos y con base científica que evidencien un incorrecto e imperito actuar suyo.

Reiteró la incidencia de la sentencia penal en este proceso, en la cual se dispuso su sobreseimiento, y que en definitiva, no se han acreditado en modo alguno errores u omisiones que fueran aptos para causar la muerte del feto, desde que las técnicas, diligencias y métodos empleados para cumplir con una obligación de medios, resultaron adecuados a pesar de no haberse logrado lamentablemente el nacimiento con vida del feto. Alegó que el lamentable desenlace se debió exclusivamente a circunstancias ajenas al obrar médico como fue el desprendimiento masivo de placenta, típico caso fortuito ya que resulta imposible de prever.

Procedió luego a impugnar los daños reclamados.

Fundó su defensa en derecho, doctrina y jurisprudencia que citó.

En su petitorio final instó el rechazo de la acción deducida en su contra, con costas.

7.- Finalmente, a fs. 491/492 vta. se presentó el Dr. Justo Emilio Epifanio en carácter de apoderado de FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A., con el patrocinio letrado de la Dra. Laura Fontana.

Aceptó la citación en garantía instada por la asegurada Natalí Grippo, en los términos contratados mediante la respectiva póliza que adjuntó (fs. 474/490).

Precisó el alcance de la cobertura: suma asegurada \$ 100.000, con franquicia del 1,5 % a cargo de la asegurada.

Adhirió a la contestación de demandada efectuada por la Dra. Grippo en sus capítulos I, II, III, IV y V.

Solicitó se rechace la demanda en todos sus términos, con expresa imposición de

costas.

8.- A fs. 505 se abrió la causa a prueba y se fijó la audiencia preliminar (art. 361 del CPCC), la que en su fecha y horario se celebró según acta de fs. 533. Frustrada allí la alternativa conciliatoria, se proveyeron las medidas probatorias ofrecidas por las partes. Con relación a la prueba pericial médica de las especialidades obstétrica y ginecología por un lado, y además legista, dada la cantidad de puntos propuestos se acordó un plazo de cinco (5) días para su consideración; el que luego fue extendido por otro lapso igual conforme acta de continuación de audiencia preliminar de fs. 536.

Luego, mediante sentencia interlocutoria de fs. 579/581 vta. se resolvió la realización de la pericia por un único perito médico especialista en ginecología y obstetricia, y además se unificaron y definieron los puntos de pericia.

A fs. 617 se adicionaron ciertos puntos omitidos en dicho decisorio.

La audiencia de prueba se realizó según acta de fs. 584 y su respectivo registro audiovisual. Allí la actora desistió de 4 testigos y se recibió la declaración de otros 4: Nancy Gallegos; Sergio Rubén Araya; Nicolás Fernando Scorolli y María Luján Sánchez.

A fs. 638/653 obra dictamen pericial médico.

A fs. 807/808 vta. se certificaron las pruebas hasta allí producidas, instando las partes la restante.

A fs. 823/864 se agregó la pericia psicológica.

No existiendo pruebas pendientes, a fs. 886 se decretó la clausura del período probatorio y se pusieron los autos a disposición de las partes para alegar, facultad que ninguna de las partes ejerció.

Previa vista a la Sra. Defensora de Menores (fs. 889 y fs. 895), en fecha 14/10/2020 se pronunció el llamado de autos para sentencia (firme y consentido).

**Y CONSIDERANDO:**

9.- La litis.

De los antecedentes de la causa anteriormente relacionados surge que la cuestión discutida se enmarca en el ámbito de la responsabilidad profesional médica (o de los médicos) y, ligado a ello, del propio establecimiento asistencial y la Obra Social de la paciente.

Concretamente los actores, por el hecho comprobado e incontrovertido del fallecimiento de su hija por nacer durante el transcurso de la semana 33/34 de embarazo como consecuencia de un desprendimiento masivo de placenta-hipoxia fetal, imputan

responsabilidad por mala praxis médica a las Dras. Natalí Grippo y Mariel Olguín, en el entendimiento que, dada la condición preexistente y conocida de hipertensión gestacional (o inducida por el embarazo) que afectaba a la madre, las profesionales debieron prever y evitar aquél fatal resultado.

Y en particular brindar un diagnóstico y tratamiento acorde cuando la paciente obstétrica concurrió con ciertos síntomas y fue atendida en Policlínico Modelo de Cipolletti S.A. alrededor de las 09:45 hs. del día 31/5/2008 (asistencia que tras el control e indicaciones concluyó –aun estando muy dolorida- con la derivación a su domicilio para reposo).

Pues según remarcan los accionantes lo actuado a partir de la segunda atención de urgencia ocurrida cerca de las 12:45 hs. del mismo día, ya fue tarde (se practicó cesárea segmentaria extrayéndose feto muerto de sexo femenino y se verificó desprendimiento de placenta 80 %).

Así también, extienden la responsabilidad al aludido establecimiento donde se realizaron las atenciones y prácticas médicas. Y a ANDAR Obra Social de Viajantes y Vendedores de la República Argentina (O.S.V.V.R.A.), en tanto se encuentran sujetos por su actividad a dicha obra social, la cual ofrece como única prestadora al Policlínico Modelo S.A. y su cartilla de médicos.

Contrariamente, las demandadas aducen que no existió mala praxis, que la Sra. Rodríguez recibió la atención médica adecuada en las dos oportunidades que se presentó el día 31/05/2008 en el Policlínico Modelo.

Y como eximente de responsabilidad oponen que el desprendimiento de placenta es un típico caso fortuito que resulta imposible de prever, e incluso previsto imposible de evitar; a la vez que señalan que en casos de desprendimientos placentarios graves como el acontecido en el caso -grado III (80 %)- la muerte fetal es un acontecimiento de máxima probabilidad.

10.- Derecho sustancial que rige la responsabilidad civil del caso. Cargas probatorias.

En primer término, y en función de la entrada en vigencia en fecha 01/08/2015 del Código Civil y Comercial de la Nación (leyes 26.994 y 27.077), dejo sentado que para efectuar el análisis de la responsabilidad civil relativa al hecho que motiva este litigio, se aplicarán las disposiciones legales al momento de su acaecimiento (31/05/2008); ya que de otro modo se estaría aplicando la ley de manera retroactiva, lo que expresamente prohíbe el ordenamiento jurídico.

La responsabilidad profesional es aquella en la que incurren quienes ejercen determinadas profesiones liberales al faltar a los deberes especiales que su arte o ciencia les imponen.

Entonces, dentro del marco legal aplicable al caso -código velezano- dicha responsabilidad requiere para su configuración los mismos elementos comunes a la responsabilidad civil, más allá de ciertos matices particulares derivados de la naturaleza de la obligación comprometida, las circunstancias del caso y la prestación que hubiere sido contratada.

De este modo, es necesario analizar si ha existido una conducta antijurídica (arts. 19 C.N., art. 1066 y 1197 del CC.) que conlleve un defecto -culpa, que pueda manifestarse como negligencia, imprudencia o impericia- (art. 512 y 1109 CC.) por parte de las profesionales y/o el incumplimiento de la obligación de seguridad por parte del ente de salud demandado (art. 1198 del CC.), que sea causalmente relevante (art. 901 y 906 del C.C.) para provocar los daños en razón de los cuales se reclama (arts. 1068, 519, 520, 522, 1079, 1078 y ccds. del CC.).

Con relación a la responsabilidad profesional médica, que enfrenta la diligencia de los médicos y los derechos fundamentales a la vida y la salud, siempre que la respectiva práctica no devenga en una obligación de resultado -vgr. el caso típico de la cirugía estética-, deben aplicarse los principios generales del art. 512 CC, ya que cuando el profesional incurre en la omisión de las diligencias correspondientes a la naturaleza de su prestación, sea por impericia, imprudencia o negligencia, falta a su obligación y se coloca en la posición de deudor culpable.

En ese sentido, nuestro Superior Tribunal de Justicia ha dicho "*...que la responsabilidad médica se genera en la medida que el desempeño de su actividad haya provocado lesión al interés de cumplimiento que tiene el paciente, que es el acreedor de la prestación. La doctrina más moderna propicia juzgar la responsabilidad de los profesionales a la luz del deber general de obrar con prudencia, diligencia y pleno conocimiento de las cosas (art. 902 del Código Civil) que corresponden a las circunstancias de personas, de tiempo y de lugar (art. 512), todo ello dentro del marco de licitud en que tiene que desenvolverse la libertad de no actuar (art. 1071) (conf. GOLDENBERG, Isidoro, "La Relación de Causalidad de la Responsabilidad Civil", p. 161; BORDA, "Obligaciones", 3ra. ed., T. II, n° 1310; BUSTAMANTE ALSINA, "Responsabilidad del Médico por Omisión de Asistencia", LL, 1980-A,408; MOSSET ITURRASPE, Jorge, "Responsabilidad por Daños", ed. 1998, t. I, p. 64 y sgtes.)"*

(STJRNS1 Se. 49/08 “Gullota”).

La responsabilidad, en su caso, no solo alcanza al médico interviniente en la asistencia del paciente (responsabilidad directa), sino, también a sus auxiliares y a las instituciones en las que se preste el servicio y a aquellas que contratan los servicios de un sanatorio para atención de sus afiliados, ya sea encuadrando la responsabilidad de los organismos intermedios como una estipulación a favor de terceros o bien —según el criterio actual predominante— como obligación de garantía —o de seguridad— propia del contrato de asistencia médica, e incluso resultante una relación de consumo y del deber de protección (arts. 42, CN; 5°, ley 24.240).

Bustamente Alsina enseña que *“existe la obligación de la entidad hospitalaria o sanatorial de prestar asistencia médica, la cual lleva implícita una obligación tácita de seguridad de carácter general y accesorio en ciertos contratos que requieren la preservación de las personas de los contratantes contra los daños que puedan originarse en su ejecución. Cuando la entidad se obliga a la prestación de servicios médicos por medio de su cuerpo profesional, es responsable no solamente de que el servicio se preste sino también de que se preste en condiciones tales que el paciente no sufra daño por deficiencia de la prestación prometida”* (autor citado, “Teoría general de la responsabilidad civil”, Ed. Abeledo-Perrot, págs. 467/468).

Asimismo, en jurisprudencia se ha afirmado que dicha responsabilidad deriva de la obligación tácita de seguridad del ente que funciona con carácter accesorio de la obligación principal de prestar asistencia por los medios y personal adecuados, de manera que la demostración de cualquier negligencia u omisión en el tratamiento pondrá de manifiesto la transgresión de la obligación de seguridad del ente (CNCyC Fed., sala 3ª, 7/9/2004, “Manual, C. A. y o. vs. Hospital de Clínicas s/responsabilidad médica”).

Situación similar ocurre respecto de la responsabilidad que pudiera caberle por mala praxis a la Obra Social demandada, en tanto, la misma varía según las modalidades asistenciales, cuyas distintas características generan diferentes obligaciones en el prestador del servicio de salud. No obstante ello, en general, cualquiera sea la modalidad prestacional, -salvo cuando el sistema es por reintegros, en donde la obra social actúa como agente de retención limitándose a restituir al afiliado lo pagado por un acto médico contratado por él, no asumiendo otra obligación jurídica ya que es un tercero extraño a esa relación-, la obra social asume una tácita obligación de seguridad derivada del art. 1198, 1er. párrafo de CC., debiendo responder por los daños

que puedan originarse en la defectuosa prestación del servicio de salud a su cargo. Deber de resarcir que también halla fundamento en el ya citado art. 42 de la C.N. y arts. 5 y 40 de la Ley 24.240, bajo la caracterización del vínculo entre una obra social y su afiliado como relación de consumo.

Dicha obligación tácita de seguridad se potencia cuando el afiliado pertenece a un sistema "*cerrado*", en donde carece del derecho a la libre elección, debiendo elegir entre los profesionales o establecimientos de salud seleccionados por la obra social. En estos casos, la obra social tiene a su cargo la selección y vigilancia de las clínicas prestadoras del servicio médico, debiendo entonces responder por los daños ocasionados por la actuación culposa de los médicos, en su condición de garante de la correcta prestación de los servicios.

Bajo tales lineamientos, entonces, corresponde acudir al esquema probatorio. Y señalarse que por principio general la culpa, tanto como la relación causal, debe ser probada por quien la imputa, es decir, la parte actora (pues en la actividad médica el daño no es, de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica).

Ello sin perjuicio de la eventual aplicación de las presunciones *hominis* y de la teoría de las cargas probatorias dinámicas que se ha desarrollado y difundido con especial aplicación en materia de mala praxis médica (ahora receptada en el art. 1735 del CCyC como facultad que el juez puede aplicar en el proceso bajo ciertas formalidades).

Siendo necesario remarcar aquí, por su importancia para juzgar la diligencia de los profesionales médicos o bien su eventual culpa y responsabilidad, que la obligación que asumen es de medios y no de resultados, pues no son garantes de la salud de sus pacientes (aunque así se entendió tradicionalmente, ello ahora surge de lo establecido en los arts. 764 inc. a y 1768 CCyC). La ciencia médica tiene sus limitaciones, dado que siempre existe un álea que puede escapar a las previsiones más prudentes.

De ese modo, los médicos no están obligados al restablecimiento de la salud aplicando todos sus conocimientos y su diligencia o, en su faz inversa, cumplen empleando la razonable diligencia que es dable requerirles. Es decir, se comprometen a desplegar la diligencia apropiada conforme las reglas de su profesión tendiente a la obtención de un resultado, independientemente de que lo alcancen.

Por lo tanto, el factor subjetivo (culpa médica) supone una prestación de asistencia profesional sin la diligencia debida, es decir, "*no actuar conforme a las reglas consagradas por la práctica médica lex artis con arreglo al estado de los*

*conocimientos al tiempo de cumplida la prestación. Falta de diligencia que puede ser debida a impericia, es decir, a la falta de conocimientos técnicos y científicos, o bien a negligencia propiamente dicha que se da cuando el médico, pese a estar debidamente capacitado, obra descuidadamente en el caso concreto. En este último supuesto, el de negligencia, el profesional a pesar de estar en posesión de los conocimientos suficientes, presta los servicios médicos con abandono, descuido, apatía, omisión de precauciones, etc., es decir faltando a las reglas que prescriben el arte de la medicina o *lex artis* y, en su caso, también a las normas deontológicas" (cfr. Vázquez Ferreyra, R. "Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina", pág. 61).*

Devis Echandía explica que corresponde la carga de probar un hecho a la parte cuya petición -pretensión o excepción- lo tiene como presupuesto necesario, de acuerdo con la norma jurídica aplicable, o dicho de otro modo, a cada parte le corresponde la carga de probar los hechos que sirven de presupuesto a la norma que consagra el efecto jurídico perseguido por ella, cualquiera que sea su posición procesal (Devis Echandía Hernando, "Teoría general de la prueba judicial", Buenos Aires, Ed. Zavalía, T 1, pág. 490 y ss).

Eso, justamente, es lo que se regula el Código Procesal Civil y Comercial como "carga de la prueba" en su art. 377.

De tal manera, reitero que la prueba de los presupuestos de la responsabilidad civil y particularmente la culpa en el obrar de las facultativas demandadas (actos u omisiones que demuestran su actividad negligente, imprudente o la falta de pericia necesaria), como así la presencia del respectivo nexo de causalidad entre el acto profesional y el perjuicio cuya reparación se procura, constituyen una carga ineludible de los pretendientes en este proceso.

Sentado todo ello, lo que cabe analizar es si en este caso sometido a decisión judicial se verifica la existencia de un accionar culposo en las demandadas y su adecuada relación causal con la muerte de la hija por nacer de los accionantes (muerte fetal intrauterina), o bien si aun cuando las profesionales actuaron diligentemente la situación de autos corresponde a un supuesto imprevisible e inevitable que no compromete su responsabilidad, tal como postularon en su defensa.

A tales fines, si bien habré de valorar el conjunto de los elementos de convicción que fueron aportados al proceso de conformidad con las reglas de la sana crítica (art. 386 CPCC), anticipo que consideraré como antecedentes de suma relevancia lo actuado y finalmente decidido en la causa penal, lo aportado por la historia clínica de la paciente

y, desde ya, ponderaré muy especialmente la prueba pericial cumplida en este juicio civil.

11.- Prueba dirimente. Su valoración y la solución del caso.

11.1.- La denuncia penal efectuada por los actores motivó el inicio de la causa caratulada "GRIPPO NATALI S/LESIONES CULPOSAS" (Expte. 7614/2009) que tramitó en el Juzgado de Instrucción N° 2 de esta ciudad.

De la misma, reservada en autos como prueba instrumental y que ahora tengo a la vista, se desprende que tras la fase inicial de la instrucción, en fecha 08/07/2010 se resolvió sobreseer a Natalí Mariana Grippo, Mariel Judith Olguín y Nancy Elizabeth Gallegos *“por el hecho investigado toda vez que el mismo no encuadra en figura penal alguna (art. 306, inc. 2° del CPP)”* (fs. 169/176).

Por lo tanto, importa aclarar que tratándose de una resolución judicial firme no se configura un supuesto de prejudicialidad penal que obste el dictado de esta sentencia civil (art. 1101 y sigs. CC. y art. 1775 y sigs. CCyC).

Teniendo en cuenta lo señalado, resulta útil destacar la posición sostenida por el Superior Tribunal de Justicia provincial respecto a los efectos del sobreseimiento en el fuero civil: *“En principio, cabe dejar sentada una primera precisión: absolver no es lo mismo que sobreseer, ontológicamente considerado, etimológicamente manifestado y jurídicamente expresado. Hay que partir del principio de que el art. 1.103, por las razones que fuere, no contempla el sobreseimiento sino la absolución. De manera tal que el sobreseimiento no impone ninguna clase de efectos sobre la sentencia civil. Ello sin perjuicio de la consideración necesaria que debe realizar el juez civil del sobreseimiento en sede penal, y más aun particularizando en sus fundamentos, o sea en la causal que llevó al sobreseimiento. Pero la consideración necesaria no es lo mismo que la imposición legal de efectos que prevé el artículo 1.103 del C.Civil, mencionando como cita de referencia Miguel A. Piedecasas, Incidencia de la sentencia penal en relación con la sentencia civil (revista de Derecho de Daños, 2002-3, ya citada, págs. 59/89)”* (STJRNS3 Se. 65/10 “LAVIN”).

Ello está justificado en la distinta naturaleza de la acción y obviamente de de la responsabilidad civil y penal, *“(…), pero fundamentalmente por comprender que*

*siempre han existido dos sistemas legales, uno que deja abierta la producción de los efectos a la elaboración y apreciación judicial en el caso concreto y otro como el que contienen los artículos 1.102 y 1.103 del Código Civil, que impone los efectos en situaciones determinadas, de manera tal que aquellas donde no lo están, se recobra el principio más amplio de que los efectos serán valorados en el caso concreto por el Juez de la causa. En esta inteligencia se ubica la jurisprudencia de la CSJN ya citada, y sobre todo a partir de *Quiroz vs. Gobierno Nacional, Fallos 315:727*)” (Conf. STJRNS3 Se. 59/10 “Mutual del Personal de la Policía de Río Negro”; STJRNS1 Se. 5/05 “JEREZ”; STJRNS3 Se 135/08 “MUÑOZ”; STJRNS3 Se. 17/07 “MENDÍA”).*

*Más recientemente, el STJ ha recordado: “(...) que este Superior Tribunal de manera constante ha dicho que según lo prescripto por el art. 1.103 del C. Civ. en un proceso civil sólo ata al Magistrado “la sentencia penal absolutoria” fundada en la inexistencia del hecho (...)”. Asimismo, “en los supuestos en que se haya sobreseído al imputado, debe diferenciarse según los fundamentos que sustentan dicha decisión. Si la resolución del juzgador penal se sustenta en que se encuentra acreditado que el hecho no se cometió, o que no lo realizó el imputado, el magistrado civil no podrá abstenerse de considerar dicha solución a fin de resolver la cuestión. Por el contrario, si el sobreseimiento se fundamenta en otras razones (v.gr., prescripción de la acción penal), el magistrado que intervenga en el proceso de daños quedará en absoluta libertad para decidir sobre las cuestiones que se plantean” (Lorenzetti (dir.), Código Civil y Comercial de la Nación Comentado, Ed. Rubinzal-Culzoni, 2.015, T. VIII, págs. 666/669).” (Conf. STJRNS1 Se. 43/16 “Seguros Bernardino Rivadavia Coop. LTDA).*

Por ende, todo ello lleva a que se deba reparar en cuáles fueron, concretamente, los motivos que dieron fundamento al sobreseimiento decidido por la jueza penal.

Así, en los considerandos de la referida sentencia se aprecia que tras distinguirse y valorarse la conducta profesional en los dos momentos que la actora fue asistida el 31/05/2008 en el Policlínico Modelo, primero a las 09.48 hs. (Dras. Gallegos y Olguín), y luego en el segundo momento crítico a las 12.35 hs. (ya también con la presencia de la Dra. Grippo), y además acudiéndose como pauta evaluativa a la bibliografía médica referida a la causa primaria del desprendimiento de placenta y las diversas condiciones y trastornos asociados (entre ellos más comúnmente la hipertensión crónica o inducida por el embarazo), y señalándose que el diagnóstico puede variar en forma considerable, ya que puede haber además de hemorragia vaginal, dolor a la palpación vaginal, hipertonía, contracciones con alta frecuencia, trabajo de parto pretérmino sin causa

aparente, etc., se concluyó que:

*"La paciente tampoco presentaba alguno de estos síntomas al ser examinada a las 09.48, por lo que no podían prever que existiera un desprendimiento placentario ni puede afirmarse, con algún fundamento científico, que pudiera haberse prevenido en resultado si se hubiera ordenado su internación. En virtud de ello, considero que Olguín y Gallegos han actuado diligentemente y que, por lo tanto, no es posible achacarle a título de culpa, el resultado dañoso." (fs. 175).*

Y asimismo, que Rodríguez regresó al nosocomio a las 12.35 hs. *"...con una tensión arterial de 120-70 y no se logra auscultar los latidos fetales, por lo que se la somete a cesárea.*

*Es de presumir, atento el cuadro que presentaba la paciente que el desprendimiento placentario –conforme se documenta a fs. 64- ya se había producido. Esto atento a que las médicas no lograron auscultar los latidos del feto y el útero presentaba hipertensión. Ante tal situación, sólo correspondía actuar de la forma que lo hicieron los profesionales, esto es, llevar a cabo la cesárea, extraer el feto y salvar la vida materna...no se advierte que la ginecóloga tratante, Dra. Natalí Grippo, haya actuado en forma negligente y que dicha negligencia haya causado la muerte del feto.*

*En consecuencia, habiendo obrado las Dras. Olguín, Gallegos y Grippo de conformidad a la "lex artis" corresponde disponer el sobreseimiento de las mismas porque la conducta reprochada no encuadra en la figura penal" (fs. 175 vta./176).*

11.2.- Al margen de esa forma en que concluyó la acción penal y que cabe tomar en consideración, ya anticipé que la investigación del hecho realizada en aquella instancia constituye un aporte probatorio trascendente a los fines de este proceso civil.

Del expediente penal surge que realizada la denuncia por el Sr. Juan Pablo Ledesma (fs. 1/2), se ordenó y efectivizó el secuestro de la historia clínica y perinatal de la Sra. Rodríguez, así como también el libro de atención por guardia del día 31/05/2008, que obran en copia a fs. 15/34 y fs. 61/91 de esa causa.

A fs. 134/137 obra declaración explicativa de Nancy Elizabeth Gallegos, por la cual declara: *"Que, ese día me llamaron del policlínico Modelo diciéndome que había una paciente en la guardia con contracciones. Me llamó la gente de administración, cuando yo llegué ya había sido evaluada por la Dra. Olguín y me presenta a la paciente, esta cursaba un embarazo de 33 o 32 semanas y tenía un cuadro de enterocolitis con vómitos y diarrea. De esto luego me entero que cursó todo su embarazo con este problema y de hecho hubo análisis específicos. La Dra. Grippo me*

*contó que se le había hecho un coprocultivo y había arrojado resultados negativos. Yo al llegar la hice acostar y constaté las contracciones que tenía, que era dos de 25 segundos en 10 minutos y además le hice un tacto vaginal y el cuello uterino estaba cerrado y formado. Ella no presentaba ni pérdida ni flujo alguno, no había pérdida de líquido alguno, ni de sangre, lo cual técnicamente se indica como genitorragea, hidrorrea y leucorrea, todas negativas. La Dra. Olgúin, ya había escuchado los latidos fetales y había constatado contracciones; del interrogatorio que esta le realizó tomamos conocimiento que había tenido vómitos desde el día anterior y que esa mañana había vomitado la medicación antihipertensiva específica para las embarazadas que le tocaba esa mañana. Pese a eso tenía valores tensionales normales porque yo se la volví a tomar y también busqué signos de eclampsia (cefaleas, epigastralgia, fotopsia), que se descartaron porque no las tenía. Después de ese examen yo hablé con Grippo le describí el cuadro, porque es una conducta nuestra habitual avisar siempre. Ella me dijo que la controlara y que si estaba bien, que volviera a su casa y que le dijera que tome la medicación y continuara con el tratamiento. Luego de este suceso me enteré que en la semana por consultorio externo, la Dra. Grippo le había recetado un ansiolítico a la paciente el cual no había tomado y no nos refirió que estuviera tomando. Yo por las dudas le tomé la presión de ambos brazos y estaba bien y ahí se fueron, junto con su marido....".*

Se destaca que la Dra. Gallegos también brindó testimonio en el marco del presente proceso (audiencia art. 368 CPCC), y en similares términos, hizo referencia a la atención que se le brindó a la Sra. Rodríguez. Asimismo, reconoció el testimonio brindado en sede penal, el que le fue exhibido.

Por su parte, también prestó declaración explicativa en la causa penal la Dra. Mariel Judith Olgúin, la cual obra a fs. 138/140, en los siguientes términos: *"Yo ese día estaba de guardia, no me acuerdo bien la hora pero sería aproximadamente a media mañana o medio día, que atendimos a una paciente. La que consultaba por dolores con un cuadro de una gastroenteritis, con dolores abdominales. Le escuchamos los latidos del bebé, que estaban bien, no había sangrado ni dilatación, le indiqué una dieta astringente y le di pautas de alarma. Esto lo vimos con Nancy Gallegos y se lo contamos por teléfono a Natalí Grippo, porque como ella era su médica de cabecera, quisimos saber si ella quería tomar otra conducta o evaluarla ella. Ella coincidió con nuestro diagnóstico y con las medidas, entonces le transmitimos a la paciente que habíamos hablado con Natalí y que ella estaba de acuerdo en que debía volver a su*

*domicilio la paciente y eventualmente volver a consulta al sanatorio si el cuadro no cedía".*

La actora refirió que avanzado su embarazo y de manera oportuna dentro de los últimos tres meses de proceso, se le diagnosticó "*presión gestacional*". Que durante las próximas tres semanas tuvo presión y concurrió a la guardia para control y la internaron precisamente el 17/05/2008, con presión alta.

Ello se halla corroborado en la Historia Clínica agregada a fs. 15/34 de la causa penal, donde de la planilla de fs. 15 surge internación x TA= 150/110 (17/05) Metilclopá 500 c/6 hs + reposo. Alta 17/05. Y A fs. 18 obra una planilla confeccionada en manuscrita, que da cuenta del seguimiento respecto a la presión arterial de la paciente, consignándose que en fecha 16/05, 17 hs., TA= 150/100; 16/05 - 21 hs. - TA= 142/100; y 16/05/08 - 23:08 hs. - 147/103.

11.3.- Sumado a dichos antecedentes, ya como prueba propia y principal de este proceso civil se practicó pericia médica de la especialidad obstetricia a cargo del Dr. Gustavo Luis Patrizi, cuyo dictamen obra agregado a fs. 638/653.

Más allá de la cohesión que exhibe la pericia en su totalidad, como así su claridad, me centraré en sus puntos salientes; es decir, en aquellos que –desde mi óptica- aportan más información y/o permiten arribar a conclusiones con mayor entidad para dirimir la cuestión litigiosa.

Inicialmente el especialista describió que:

*"El cuadro general y antecedentes de la paciente Claudia Rodríguez según Historia Clínica, comienza (fojas 131/132) con el diagnóstico de hipertensión arterial gestacional (constatando un valor de tensión arterial de 150/100 mmHg) el día 15/02/2008 por consultorio externo, siendo medicada con alfa metil dopa vía oral; el 16/05/2008 consta un valor de tensión arterial de 150/100 mmHg (foja 60). Fue internada el 17/05/2008 (foja 57) por tener un valor de tensión arterial de 150/110 mmHg sin tener signos de compromiso multisistémico (preeclamsia) (foja 104), proteinuria (o sea la pérdida de proteínas por orina) de 0,06 g/24 hs. de orina (foja 70) (considerándose normal un valor de proteinuria de hasta 0,30 grs/24 hs de orina para definir la entidad patológica preeclamsia). El 19/05/2008 consulta por consultorio externo presentando un informe de ecografía de ese mismo día dando una edad gestacional de 32 semanas (acorde a la última fecha menstrual), tensión arterial dentro de los valores normales, estudios de laboratorio para preeclampsia dentro de parámetros normales, tensión arterial 130/80 mmHg. El día 25/05/2008 cursaba un*

*embarazo de de 33 semanas, la tensión arterial de 110/80, los latidos cardíacos fetales positivos. Consulta por guardia el día 31/5/2008 a las 9:48 hs. (foja 120) por presentar embarazo de 33,3 semanas, cinco controles prenatales, 2 gestas anteriores que terminaron en dos partos prematuros, contracciones uterinas más diarrea y desde el día anterior dolor tipo cólico abdominal y vómitos; se descartan signos de eclampsismo (o sea no presenta visión borrosa, hiperflexia, zumbidos, dolor abdominal alto en epigastro continuo todos signos y síntomas de agravamiento de un cuadro hipertensivo), sin cefalea, altura uterina acorde a su amenorrea (o sea que la edad gestacional por la fecha de la última menstruación y la altura uterina coincidían para un embarazo de 33 semanas), al tacto vaginal se constata cuello uterino cerrado en posición intermedia, se confirma presentación fetal en cefálica móvil, sin ginecorragia (o sea sangrado por genitales externos), sin hidrorrea (o sea sin pérdida de líquido por genitales externos), valores de tensión arterial de 150/100 mmHg y luego 140/90 mmHg, se cita para control por consultorio externo y se dan pautas de alarma; **todos estos síntomas presentados por la Sra. Claudia Rodríguez durante el tercer trimestre de su embarazo no necesariamente se pueden asociar con la sospecha de un desprendimiento de placenta.***

*A las 12:35 hs del día 31/5/2008 consulta por guardia por presentar contracciones uterinas y se constata hipertrofia uterina sin poder auscultar los latidos cardíacos fetales, un valor de tensión arterial 120/70 mmHg. El dolor es suprapúbico (foja 104), sin presentar pérdidas hemáticas por genitales externos, pasando la paciente a quirófano para cesárea de urgencia con diagnóstico de desprendimiento de placenta normoinserta.*

*Recibió la aplicación completa de glucocorticoide para la maduración pulmonar fetal (foja 58) el día 10/04/2008, por tener el antecedente obstétrico de dos partos prematuros.*

*La fecha probable de parto era 09/07/2008 (foja 58).*

*Según la historia clínica (foja 104) y la autopsia (fojas 91 y 93) el feto era adecuado para la edad gestacional.*

*En fojas 119 y 120, consta que en la primera consulta de 9:48 hs. los síntomas fueron contracciones uterinas, más diarrea y dolor tipo cólico abdominal desde el día anterior, los cuales no hacen sospechar el diagnóstico de desprendimiento de placenta. Mientras que en la segunda consulta del mismo día a las 12:35 hs la paciente concurrió con contracciones uterinas, constatándose la hipertonia uterina*

*(es decir un signo que hace sospechar el desprendimiento de placenta normoinserta y el feto muerto.)*” (respuesta al punto pericial 1, fs. 638/639).

“...El día 19/5/2008 (foja 67) se realizó ecografía Doppler fetal que informó rastreo de nivel de las arterias cerebral media y umbilical con morfología de onda conservada con Índices de Resistencia dentro de los valores esperados para la edad gestacional (este informe se interpreta como normal o sea sin alteraciones patológicas en los flujos de las correspondientes arterias).” (respuesta al punto pericial 2, fs. 640).

Luego de transcribir bibliografía médica referida al desprendimiento de placenta normalmente insertada (“Obstetricia”, Dr. Ricardo Schwarcz, Editorial Ateneo), que el experto califica como una clásica complicación obstétrica, precisó:

“Según historia clínica (fojas: 104, 105, 106, 120) la paciente presentaba los siguientes signos y síntomas el día 31/5/2008 a las 12:35 hs: dolor abdominal suprapúbico, hipertoniá uterina, ausencia de hemorragia externa, feto muerto; que se pueden corresponder al diagnóstico de desprendimiento de placenta normoinserta, corroborándose luego en forma intraoperatoria un desprendimiento de placenta del 80 % e infiltrado hemático en cara anterior uterina (consta en el protocolo quirúrgico de la cesárea de urgencia). La cesárea fue una forma correcta de extraer el feto.” (respuesta al punto pericial 4, fs. 640/643).

Reiteró luego los motivos de la primera consulta de la paciente el 31/05/2008 a las 09:48 hs: “...consulta...por presentar embarazo de 33,3 semanas, contracciones uterinas, diarrea desde el día anterior más dolor tipo cólico abdominal”. (respuesta punto pericial 5, fs. 643).

Y en el punto siguiente, con relación a dicha consulta (9:48 hs.) añadió: “Ante los síntomas...ameritaba realizar el control de la dinámica uterina (o sea el ritmo de la frecuencia de las contracciones uterina), control de la tensión arterial y de la presencia de síntomas neurosensoriales (como: hiperflexia tendinosa, cefalea persistente, híper excitabilidad cicomotriz, alteración de sensorio, confusión), alteraciones visuales (como: visión borrosa, escotomas centellantes (sensación de ver estrellas), diplopía, fotofobia (o sea incomodidad al observar la luz), evaluación de su cuadro diarreico y de vómitos.

***No hay registros en la HC de guardia de las 9:48 hs de indicios que hicieran presumir la existencia de daño fetal o riesgo de anoxia fetal.***

***Las prácticas médicas que constan fueron acordes a los síntomas de la actora.”***

(respuesta al punto pericial 6, fs. 644).

En cuanto a si el período de tiempo entre la primera consulta (9:48 hs) y la segunda (12:35) agravó el cuadro de la paciente, respondió: *“Parecen dos cuadros diferentes, (fojas 119 y 120) el primer episodio...fue por contracciones uterina más diarrea y dolor tipo cólico abdominal; y el segundo episodio...donde la consulta fue por contracciones uterinas, constatándose hipertonía uterina y el feto muerto.”* (respuesta al punto pericial 7, fs. 644).

Afirmó también que dado el cuadro preexistente de hipertensión arterial en el tercer trimestre, *“...la paciente Claudia Rodríguez se encontraba dentro del grupo de embarazo de alto riesgo.”* (respuesta al punto pericial 9, fs. 644/645).

Sobre el monitoreo fetal y la forma de realizarlo -siendo este uno de los principales aspectos en que se focaliza la actora para acusar el supuesto error médico (sosteniendo que debió efectuarse un *“monitoreo fetal electrónico”*)-, el experto hizo mención a la *“Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el embarazo”*, de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación del año 2010, corregida y consensuada, entre otras, por las Provincias de Río Negro y Neuquén. Y tras ciertas citas de la guía referidas a la evaluación de la paciente embarazada hipertensa y de la salud fetal, dictaminó:

*“La aplicación de determinadas pruebas diagnósticas complementarias, como es el monitoreo electrónico fetal, se usaron sin demostrarse con el tiempo si fueron adecuadamente evaluadas para tal fin embarazos de bajo como de alto riesgo (o sea que tengan o no una patología), por lo tanto los resultados de estas no pueden determinar una conducta o práctica médica para disminuir la morbimortalidad materno-fetal. Son estos los motivos con base científica por los cuales **hace años que el monitoreo electrónico fetal fue sustituido por una práctica ancestral del arte obstétrico como el la simple auscultación de la frecuencia cardíaca fetal intermitente con estetoscopio de Pinar o electrónico (o sea monitoreo clínico que es solamente escuchar los latidos cardíacos fetales).**”* (respuesta al punto pericial 10, fs. 646/647).

Con relación al desprendimiento de placenta y su proporción corroborado durante la cesárea y sobre cuándo se habría producido el mismo, el especialista expresó: *“En el momento de realizada la cesárea se constata el desprendimiento de placenta normoinserta en un 80 % (fs. 106). Se pudo haber producido durante o previamente a la segunda consulta. Este evento es difícil de temporizar, o sea difícilmente se puede estimar en qué momento aproximado ocurrió, previo a la observación intracesárea de*

la confirmación del desprendimiento de placenta.” (respuesta a punto pericial 17, fs. 649).

Describió que del informe de la autopsia practicada por el médico forense (fs. 93) dice textualmente que “...surge que la muerte del feto NN sexo femenino hijo de Claudia Rodríguez fue producida por ASFIXIA INTRAUTERINA, muy probablemente provocada por DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO.” (respuesta a punto pericial 18, fs. 649).

Ya directamente vinculado con la actuación profesional médica, y tras describir nuevamente las prácticas realizadas en ambas atenciones del día 31/05/2008 (09:48 hs. y 12:35 hs.), dictaminó que fueron “...acordes a los protocolos y prácticas médicas. Según la historia clínica, el motivo de la consulta y la evaluación realizada ameritaron el control ambulatorio de la paciente en la primera consulta.” (respuesta a punto pericial 20, fs. 650).

Seguido, al requerimiento para que informe si de acuerdo a la Historia Clínica y antecedentes de la causa la muerte del feto hubiera podido evitarse, contestó: “Siendo en este caso un embarazo de alto riesgo (dado por la hipertensión gestacional), el desprendimiento de la placenta está contemplado dentro de las posibles complicaciones con sus nefastas consecuencias materno fetales, siendo esta complicación abrupta e impredecible...”

Y sobre igual cuestión, luego de citar y transcribir fragmentos de bibliografía científica, de la que resulta que en mujeres con enfermedad leve (HTA Gestacional-Preeclampsia leve) la interrupción de la gestación no está indicado para un embarazo menor de 37 semanas, sin evidencia de compromiso fetal, señaló: “En el caso de la señora Claudia Rodríguez no estaba indicado terminar su embarazo, ya que padecía de una hipertensión arterial no grave (o sea padecía hipertensión arterial leve), de 33 semanas al momento de la consulta (o sea menor de 37 semanas), en día 31/5/2008, sin evidencia de compromiso fetal.” (respuesta a punto pericial 21, fs. 650).

Reiteró después la noción o en qué consiste el desprendimiento de placenta como complicación obstétrica según bibliografía especializada y las distintas posibilidades de su evolución, surgiendo en este último aspecto que cuando el desprendimiento es de cierta extensión o abarca una zona mayor (en el caso de autos fue de un 80 %), con frecuencia el parto se inicia y se realiza con el feto muerto (respuesta a punto pericial 23, fs. 652).

Finalmente, sobre la tasa de morbimortalidad materno-fetal de la patología y

tiempo de sobrevida del feto, además de remitir a su respuesta ya brindada al responder el punto 4 (y en igual sentido el 23), refirió: *“No se cuenta en la Argentina con datos aproximados de morbimortalidad materno-fetal asociada al desprendimiento de placenta...”*. Y acudiendo a otra cita bibliográfica (Obstetricia Williams), reparó en la HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, donde se cita *“El desprendimiento prematuro de placenta con hemorragia oculta conlleva mucho más peligro para la madre y el feto, no solo debido a la posibilidad de coagulopatía por consumo, sino también porque no se aprecia la magnitud de la hemorragia y el diagnóstico típicamente se efectúa más tarde.”*

Agregó que *“De todas formas, según diferentes grupos de embarazadas observadas con esta patología en el mundo, una cifra aproximada de la mortalidad fetal debida al desprendimiento de placenta normoinserta se calcula entre 50% a 80%.”*

Y en cuanto al tiempo de sobrevida de un feto ante un caso de desprendimiento de placenta, transcribió textos bibliográficos referidos a las *“Alteraciones bioquímicas en fase de hipoxi-isquemia (asfixia)”*. De ello, y de las explicaciones que en términos más sencillos y coloquiales realizó el perito, se desprende que al cabo de 5 a 7 minutos se activan mecanismos compensadores generadores de energía celular por otros medios diferentes y acumulándose en consecuencia componentes tóxicos para las propias células, lesionándolas hasta provocar la muerte de las células del organismo. Cuando los mecanismos compensadores de defensa colapsan en pocos minutos sobreviene la falla multiorgánica fetal.

Completó el perito señalando que: *“En un desprendimiento de placenta normoinserta ocurre una separación entre la interfase de contacto de la placenta y el miometrio uterino, donde hay una rica red de arterias y venas que llevan los nutrientes, oxígeno, dióxido de carbono, moléculas de desecho, que interactúan en forma equilibrada para mantener la vida del feto, al ir acumulándose la sangre en este espacio que hasta ese momento no existía, se forma en consecuencia un hematoma. Este último es el responsable de la interrupción en la circulación de la sangre y nutrientes entre la madre y el feto, que lleva en minutos a la muerte fetal.”* (respuesta punto pericial 24, fs. 652/653).

11.4.- A fs. 356/358 vta. la parte actora efectuó ciertas consideraciones sobre la pericia médica realizada en autos y también solicitó explicaciones al perito.

Primero, acerca de lo referido por el experto al responder el punto 1 de pericia,

arguyó la parte que aquél debió valorar todo el desarrollo de los 15 días referidos y las últimas horas claves en las que quizás la oportunidad estuvo en la consulta de las 9:48, que no fue realizada por un médico obstetra, siendo esta –según su planteo- una de las claves del final del caso. Agregó que la conclusión del perito supone que la actora en fecha 31/05 presentó dos cuadros diferentes entre sí. Que descarta el hecho que la actora refirió el mismo tipo de dolor durante todo el proceso que ella vivió el 31/5, y no la citó a consulta para la realización de la pericia, lo cual podría haber aportado a favor del facultativo una visión más integral de lo que vivió en esas horas la Sra. Rodríguez (no existió anamnesis, objetó).

Adujo que el punto 3 se presenta a confusión (entiendo que en cuanto se afirma que no consta en historia clínica que durante el tercer trimestre de embarazo haya sido atendida por la Dra. Olgún).

Sobre el punto 4, en el que el perito citó y copió el texto clásico de Schwarcz, puso de resalto la impugnante que allí justamente se destaca que el diagnóstico se establece por dolor abdominal, que se corresponde con el síntoma inicial y final de la paciente durante 15 días.

Con relación al punto 5 y la primera atención del 31/05/2008 a las 9:48, reiteró la parte actora su postura en cuanto a que la paciente –según su afirmación- no fue asistida por personal idóneo, es decir por médico obstetra. Y que además fue enviada a su domicilio, donde el cuadro se agravó irreversiblemente.

Criticó también el responde al punto 10 en su párrafo final, aseverando que el perito incurrió en una omisión que seguramente traerá confusión a la causa. Pues, según la propia alegación de la parte, el monitoreo es la herramienta que surge para controlar y objetivar los latidos (como un electrocardiograma) y ver si se producen alteraciones en los mismos que provoquen problemas. Por ello entiende que el criterio expuesto por el experto falaz o al menos erróneo.

A fs. 669/676 el experto médico Patrizi evacuó las observaciones y el pedido de explicaciones de la accionante. Dividió su responde en tres segmentos: uno explicando cómo es la estructura de un informe médico pericial según la bibliografía científica médico-legal, otro describiendo las explicaciones solicitadas a los puntos de pericias 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11 y 21, y por último las conclusiones.

En lo referente a la crítica y solicitud de la parte actora respecto a la citación de la Sra. Rodríguez a fin de realizar la pericia, sostuvo atinadamente el especialista que para el caso que se lo convoca en autos, el estudio médico legal no necesita un examen

físico, ni anamnesis, ya que según los documentos de la causa (o sea la historia clínica, el libro de guardia y los estudios complementarios) no se trata de una comprobación de discapacidad (por ejemplo como fuera una amputación de un miembro), sino de un hecho ocurrido hace más de 5 años, en la guardia de una institución sanitaria, en donde se llega al diagnóstico de desprendimiento de placenta, es decir, una situación comprobada en ese momento, en ese lugar.

En cuanto a las explicaciones solicitadas al punto 1, ratificó lo expuesto en su dictamen, y agregó que las consultas realizadas por la Sra. Claudia Rodríguez los días 15, 17 y 19/05/2008 fueron por controles obstétricos y de tensión arterial sin contracciones uterinas ni dolor abdominal. El día 31/05/2008 a las 09:48 hs consulta por dolor tipo cólico abdominal (o sea que aparecía y desaparecía la sensación), diarrea, vómitos, contracciones uterinas (o sea contractura y relajación del músculo uterino), sin signos de eclampsismo. A las 12:35 hs de ese mismo día la consulta fue por hipertonia uterina (o sea contractura permanente y continua del músculo uterino sin relajación) de inicio brusco (la bibliografía dice que un desprendimiento de placenta es de inicio brusco y con hipertonia/contractura permanente del útero).

Luego ratificó lo informado a los puntos de pericia N° 3, 4, 5, 8, 9 y 10 del informe realizado en fecha 06/05/2013.

En lo atinente al punto de pericia N° 10, referido al uso de monitoreo fetal, expuso un pasaje de Cuadernos de Medicina Forense, Año 4, N° 2, Buenos Aires, 2006: *"Aspectos médico legales relacionados con el uso de monitoreo fetal"*, que dice: *"Si bien la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal se transformó en un elemento más de control intraparto (es decir que la condición para su uso es que la embarazada esté internada, en franco trabajo de parto o sea por lo menos 4 cm de dilatación del cuello uterino y contracciones uterinas cada 3 minutos de 60 segundos de duración desde el ingreso hasta el nacimiento), no debemos olvidar que su valor es muy limitado en cuanto a la evaluación de la salud fetal sobre todo teniendo en cuenta los resultados falsos positivos que presenta (es decir que de este estudio puede surgir un informe que no es verdadero) y la no diferencia con la auscultación clínica (es decir el uso de estetoscopio de Pinard o solamente escuchar los latidos cardíacos fetales con el instrumento electrónico), debiendo usarse en el contexto clínico que brinda la paciente y realizando una cuidadosa interpretación de trazado"*.

También ratificó lo dictaminado en los puntos 11, 21 y 24 de su informe.-

Posteriormente, en términos genéricos la parte actora solicitó que se ordene la

realización de una nueva pericia (fs. 680), siendo desestimado según constancias de fs. 681, 688/692 vta., 694/696 y resolución interlocutoria de fs. 706/707.

A fs. 744/746, y en iguales términos a fs. 794/796, la accionante persistió en su pedido de nueva pericia, surgiendo además de dicha presentación una serie de alegaciones -improcedentes- que no fueron articuladas en su escrito de demanda. Solicitud a la que no se hizo lugar según providencia de fs. 797.

Siguiendo a ello otros planteos de la actora con igual propósito a fs. 816 y vta. y fs. 868 y vta., en este último caso aduciendo haber tomado conocimiento que el perito médico designado de oficio, a tiempo de su nombramiento, “*estaría asociado con médicos que al momento del hecho y durante su designación cumplía funciones de auditor en la clínica demandada.*” Lo que también fue desestimado en los términos que surgen de la providencia de fs. 871.

11.5.- Referido todo lo anterior, cabe ahora recalcar que en los casos de mala praxis médica “*...la prueba pericial constituye la prueba por excelencia a la hora de evaluar el servicio prestado, pues es este colaborador calificado del magistrado quien debe poner, en términos claros y precisos, las especificaciones técnicas contenidas en la historia clínica y es quien puede decir con rigor científico cuáles eran las prácticas médicas a llevar adelante ante determinada situación, o si las desarrolladas fueron las que correspondía realizar. En relación a la importancia de la prueba pericial en este tipo de procesos, la Corte Suprema de Justicia ha señalado, haciendo suyo el dictamen de la Procuradora General de la Nación: ... constituyendo la prueba científica, en esta parcela, una de las pruebas preponderantes tanto de los hechos como de la relación causal; como también lo es la respectiva historia clínica, que, nuevamente, nos devuelve a la actuación del perito, privilegiado acompañante del juez, a la hora de integrarse convenientemente en el significado de sus registros (Andino Flores, Leonor c/ Hospital Italiano Sociedad Italiana de Beneficencia publicado en DJ10/12/2008, 2297 DJ2008-II-2297; Online AR/JUR/9665/2008)*” (CACivil de Viedma, en los autos “Cala Lesina Gino Rosario c/ Provincia de Río Negro y otros s/ ordinario”, 24/10/14).

También acerca de la relevancia de la prueba pericial, en jurisprudencia de la Cámara Nacional, Sala J, se remarcó: “*En materia de responsabilidad médica se acentúa el significado de la pericia, que es evaluada según las reglas de la sana crítica. Cuando mayor es la particularidad del conocimiento, menor la posibilidad de apartarse*”; y agrega: “*Establecido el diagnóstico, el camino terapéutico y su pragmatización en el paciente que resulta, según esa ciencia, una de las posibles*

*alternativas adecuadas, actuales y válidas, el magistrado no puede realizar una "intromisión científica" sino que debe respetar el abordaje realizado, limitándose a constatar que se cumplen las premisas científicamente aceptadas, lo contrario implicaría una intromisión a-científica de incumbencias que deslegitima a quien la efectúa y conlleva a la "arbitrariedad" del pronunciamiento judicial." (CN. Civ Sala J 23/06/2011 "R.C. J.A y otros vs. Clínica Gral. de Obstetricia y Cirugía Nuestra Señora de Fátima y otros" IV Rev. Jurisprudencia Arg. Ed. Abeledo Perrot.).*

Va de suyo que todo lo anterior no contradice el carácter no vinculante del dictamen pericial, cuya fuerza probatoria debe estimarse en la sentencia según las pautas del art. 477 del CPCC. Como remarca autorizada doctrina procesalista, *"Será siempre el juez el que expresará la última palabra sobre la procedencia y el mérito de la prueba científica, porque sólo él es quien juzga y decide"* (Morello, 'La prueba científica', LL, 1999-C-897).

Sin embargo, si como en este caso la competencia e idoneidad del perito no está puesta en duda, y además –según mi apreciación- su dictamen resulta completo, inteligible (claro), asertivo (sin ambigüedades) sobre las cuestiones médicas controvertidas en la causa y debidamente fundado en principios científicos, sus conclusiones en este tipo de causas adquieren particular significación, ya que en principio se trata de conocimientos ajenos a la formación cultural de un juez y por ello, precisamente, se debió acudir al nombramiento de una auxiliar especializado cuya opinión, de ajustarse a las aludidas pautas de eficacia probatoria, debe por lo tanto prevalecer.

Esto último a menos que el apartamiento de sus conclusiones encuentre apoyo en fundamentos objetivamente demostrativos de su equívoco, lo que –adelanto ya- no se evidencian en este caso.

Pues nótese que las explicaciones que la parte actora solicitó al perito y especialmente las observaciones que realizó sobre su dictamen, solo denotan una discrepancia -sin rigor científico- con las conclusiones arribadas por el experto médico, y la constante queja de la parte solamente discurre en reeditar y afirmar los hechos relatados en su demanda.

En tal sentido, la actitud de los accionantes exhibe cierto empecinamiento en procurar la confirmación de su propia idea preconcebida sobre una negligencia médica, en rigor inexistente (o al menos no demostrada en este juicio).

Y si bien desde cierta perspectiva puede entenderse su sentir y la necesidad de

hallar un culpable frente al fatídico hecho sucedido, e incluso -ante su desazón- la automática pérdida de confianza que cabe presumir habían depositado hasta entonces en su médica de cabecera (Dra. Grippo), el profundo y comprensible dolor ante la pérdida que experimentaron solo puede “remediarse” jurídicamente en base al derecho aplicable y a las pruebas producidas en el proceso (con el necesario desapego de los sentimientos).

Ya que de lo contrario, como bien señala Vázquez Ferreyra, “...*para remediar una situación dolorosa se cometería una tremenda injusticia, involucrando el honor profesional y personal de los médicos intervinientes, y por qué no, también su patrimonio. En los juicios de responsabilidad profesional médica estamos frente a un tema de responsabilidad civil, y no de seguridad social.*” (Vázquez Ferreyra, Roberto A.; “Un ilustrado fallos en temas de responsabilidad médica”; Publicado en: RCyS 2007, 575; TR LALEY AR/DOC/3316/2007).

Importa aquí remarcar que la impugnación de una pericia debe constituir una verdadera contrapericia, debe contener una adecuada explicación de los principios científicos o técnicos en los que se la funde, no puede ser una mera alegación de los pareceres subjetivos o de razonamientos genéricos del contenido del dictamen que se ataca, sin dar apoyatura argumental a esas expresiones. Deben aportarse los elementos de convicción necesarios para acreditar la falsedad o error de sus conclusiones; exponerse una censura puntualizada con fundamentos técnicos, tratando de demostrar al juez el equívoco en que incurrió el experto.

Y en autos, a la vez que –como ya puntualicé- encuentro debidamente fundado el dictamen del experto, aprecio que las críticas de la parte actora no se ajustan a dichos presupuestos mínimos de fundabilidad, ni superan por lo tanto la mera disconformidad ante el resultado adverso de la pericia. Críticas, no obstante, que también el experto rebatió suficientemente (fs. 669/676).

De la sólida labor pericial, valoro de modo particular su eje en la Historia Clínica como referencia objetiva.

Ya que “*La historia clínica constituye un elemento probatorio esencial en aquellos temas en que la comprobación del daño físico y la reconstrucción de la cadena causal configuran el planteo central de la demanda, tal como sucede en los juicios por mala praxis médica, por lo cual su conocimiento aparece como insoslayable para el jurista porque la prueba pericial tendrá que pivotar sobre ella.*” (CCCom. de Lomas de Zamora, sala I, 12-6-2008, “M.J. y Otros c/ Instituto Obra Médico Asistencial y

Otros.” L.L. B.A. 2008 (setiembre), 887; L.L. 2008-F-282).

*“El valor probatorio de la historia clínica se vincula con la posibilidad de calificar los actos médicos realizados, conforme a estándares –como adecuados y exhaustivos, inadecuados e insuficientes-, y coopera para establecer la relación de causalidad entre ellos y los eventuales daños sufridos por el paciente.” (CNCiv. Sala H, 9-10-2003, “Chianelli, Stella M. c/ Ciudad de Buenos Aires y Otros” D.J. 2004-1-92).*

*“La constancia documental que emana de la historia clínica es una prueba sustancial en casos de mala praxis médica, que la convierte en un instrumento de decisiva relevancia para la solución del litigio, pues permite observar la evolución médica del paciente y coopera para establecer la relación de causalidad entre el hecho de la persona o de la cosa y el daño (del dictamen del procurador fiscal que la Corte hace suyo.” (CCCom. de Jujuy, Sala I, 30-10-2002, “Olmos, Adriana C. c/ Liguori, Laura y Otros) (todos los anteriores sumarios jurisprudenciales citados en autos "CAMPOS EDGAR ANIBAL C/ POCHAT CARLOS Y OTRO S/ SUMARIO" - CA-19684 - de CÁMARA APELACIONES EN LO CIVIL, COMERCIAL, FAMILIA Y MINERÍA - GENERAL ROCA, Sentencia 7 - 21/02/2014 - DEFINITIVA).*

Y en este punto, resulta útil recordar que la Historia Clínica y copias del libro de guardia fueron secuestrados en forma inmediata, y con carácter de urgente en fecha 31/05/2008 (conforme acta de secuestro de fs. 6 de las actuaciones penales), luego de realizada la denuncia por el Sr. Ledesma, lo que garantizó la conservación de los asientos allí realizados, evitando así la posibilidad de que se altere su contenido en perjuicio de los damnificados. Surgiendo de tales registros la simultaneidad y coetaneidad con la asistencia prestada a la paciente, la suficiencia de la descripción del cuadro clínico y las prácticas efectuadas.

11.6.- En definitiva:

11.6.1.- No existió el error médico imputado por la actora, alegando que con sus antecedentes de partos prematuros, y siendo que se le había diagnosticado presión gestacional, resultaba necesario que en la primera oportunidad en que ingresó a la guardia el día 31/05/2008 se le realizara un monitoreo fetal electrónico, y no solo la auscultación de los latidos del bebé; ya que como claramente refirió el especialista, esta última práctica resultó suficiente y adecuada.

11.6.2.- En cuanto a la afirmación de los accionantes en sentido que la médica

que la atendió no tenía la especialidad en ginecología, cabe precisar que del testimonio rendido por la Lic. Obstétrica Nancy Elizabeth Gallegos en el marco de este proceso, quién afirmó haber atendido a la Sra. Rodríguez dos veces, y dejar registrado la evaluación de la paciente y lo que habían hecho en el libro de guardia, en respuesta a la pregunta sobre la especialidad de la Dra. Mariel Olgún, quien también evaluó a la paciente ya que era quien se encontraba de guardia activa, refirió que la misma es médica, residente en ginecología y obstetricia. Se suma a ello que su supuesta falta de pericia –Dra. Olgún- no aparece probada de modo alguno, ni menos aun su incidencia causal en el hecho sucedido (desprendimiento placentario con consiguiente muerte fetal).

11.6.3.- Consultada la *"Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo"* del Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2010), citada por el experto médico en su pericia y agregado luego por la parte actora a fs. 716/743, se desprende de la misma en forma preliminar que *"... está dirigida al grupo de profesionales involucrados en la atención del parto y el puerperio tales como médicos obstetras, tocoginecólogos, generalistas, anestesistas, terapistas, hemoterapistas, obstétricas y enfermeras, y Aquellos con responsabilidades en el planeamiento y dirección de los servicios de maternidad"*. Y en cuanto a su objetivo, se precisa: *"Diagnosticar y tratar en forma temprana y adecuada los trastornos hipertensivos del embarazo. Disminuir la morbimortalidad materna y perinatal vinculadas a la hipertensión en el embarazo"* ([bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000241cnt-g11.hipertension-embarazo.pdf](http://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000241cnt-g11.hipertension-embarazo.pdf)).

Resulta que de acuerdo al diagnóstico realizado a la paciente, el trastorno de hipertensión detectado se correspondía con Hipertensión Gestacional, lo que si bien la incluía dentro de los pacientes de alto riesgo, el trastorno de hipertensión que padecía la Sra. Rodríguez –como dictaminó el perito- era leve, reconociéndose como severa en la guía analizada la TA mayor o igual a 160/110 mm Hg.

Nótese que de todos los antecedentes que se registraron en la historia clínica al momento de diagnosticar hipertensión gestacional, el control de TA nunca superó los 150/100 mmHg, habiendo estabilizado la presión a un mínimo de 140/90 sin evolución a una preeclampsia, en tanto los estudios de laboratorio resultaron normales. Por ello, el tratamiento posterior a la internación de fecha 17/05/2008 fue ambulatorio.

Sobre los criterios de internación, la citada Guía refiere que *"Se recomienda*

*hospitalización en aquellas embarazadas que presenten preeclampsia, en cualquiera de sus formas, ya que la presencia de proteinuria, mayor a 300 mg/24 hs, implica enfermedad avanzada y el inicio de una fase inestable en la que la salud del feto y de la madre puede deteriorarse de forma impredecible".*

*Y se agrega "Se recomienda internación / observación (ambulatoria o diurna) a toda paciente embarazada con HTA gestacional y TAD entre 90 y 99 mmHg para control estricto de TA. Y se describe: \* Tensión Arterial Sistólica mayor o igual a 160 mm Hg, Tensión A. Diastólica mayor o igual 110 mm Hg; \* Presencia de síntomas neurosensoriales; \* preeclampsia; \* HTA crónica + preeclampsia sobreimpuesta; \* RCIU / Oligoamnios; \* HTA Gestacional con TAD mayor o igual a 99 mm Hg; \* HTA crónica con mal control ambulatorio; \* Alteraciones específicas del laboratorio; \* incumplimiento al tratamiento."*

Al momento del primer ingreso a la guardia del Policlínico Modelo aquel día 31/05/2008, ninguno de estos criterios fue hallado por las médicas que evaluaron a la paciente, controlaron la presión arterial, la presencia de síntomas neurosensoriales, verificaron la dinámica uterina, monitoreo fetal verificando la existencia de latidos normales, descartando todos los indicadores que podrían haber dado un motivo para proceder a la internación.

11.6.4.- Pese a su proximidad temporal -siguiendo el criterio del experto médico- los que dieron motivo a sendas atenciones a la paciente el 31/5/2008 fueron dos episodios distintos, y el último de ellos (desprendimiento de placenta y muerte fetal intrauterina) abrupto e impredecible. Y en ambas ocasiones las prácticas médicas fueron acordes y correctas.

11.6.5.- Incluso, si por hipótesis se entendiera que medió un error de diagnóstico en la primera atención (09:48 hs) -remarcando que por mi parte no tengo de ninguna manera esa impresión (y el perito lo descartó)-, ello tampoco aparejaría sin más la responsabilidad de las profesionales médicas demandadas. Porque además es necesario que se haya tratado de un error de diagnóstico "inexcusable".

El diagnóstico puede conceptualizarse como la averiguación que hace el médico, valiéndose del examen de los síntomas y signos que presenta el paciente, para tratar de establecer la índole y caracteres de la enfermedad que lo aqueja y sus causas

determinantes, y por lo tanto una evaluación fundamental para proporcionar un correcto tratamiento.

La emisión del mismo tampoco configura una obligación de resultado. Por el contrario, el profesional se compromete a emitirlo empleando toda su pericia y el apego a la *lex artis* para conseguirlo, sin garantizar la infalibilidad.

Ahora, para que el error médico sea inexcusable y, por lo tanto, para comprometer la responsabilidad del profesional por culpa, el yerro debe ser objetivamente injustificable, lo que conforme a la sintomatología que presentaba la paciente y lo descripto y concluido por el perito, de ningún modo se aprecia en estos autos.

11.6.6.- Todo lo expuesto, de conformidad con las constancias y antecedentes de la causa ya relacionados, y especialmente el resultado de la pericia médica practicada en autos (plexo probatorio valorado en la presente conforme a las reglas de la sana crítica), me lleva a concluir –del mismo modo que en su oportunidad ocurriera en la causa penal- que no medió un obrar culpable en el servicio profesional prestado a la actora por las médicas Natalí Mariana Grippo y Mariel Olguín el día 31/05/2008, en sendos ingresos de la paciente al Policlínico Modelo Cipolletti S.A.

Por lo tanto, la demanda contra dichas profesionales será rechazada.

Y del mismo modo la intentada contra las restantes accionadas, cuya responsabilidad también corresponde descartar al no concurrir el presupuesto de la mala praxis médica o culpa profesional. Pues, como ya se señaló, “...*la responsabilidad de las obras sociales y centros asistenciales es objetiva y concurrente con la del médico por la vulneración del deber de seguridad que hace a su esencia*” (CNCivil Sala F, Expte. N° 53.560/12, in re B., M. V. c/ OSDE (Organización de Servicios Directos Empresarios) s/ Daños por mala praxis profesional médica, del 18/12/2017, ver elDial.com – AAA60C).

Con todo lo cual, deviene abstracta cualquier consideración a la pericia psicológica.

#### 12.- Costas.

El principio general de imposición de costas a la parte vencida establecido en el art. 68 del CPCC, no es absoluto. Así se desprende del segundo párrafo de la misma norma que –como excepción- faculta al juez a eximir al perdedor de la condena en costas, total o parcialmente, cuando existiera motivo para ello.

En el caso de autos, ponderando sus particulares circunstancias, considero que

corresponde variar dicho régimen que prioriza el vencimiento puro y simple, que en este supuesto se tornaría injusto.

Pues aun cuando la negligencia y responsabilidad médica quedó descartada, la sintomatología que presentó la actora el día 31/05/2008 y especialmente la secuencia y escaso lapso temporal que transcurrió entre la primera atención (09:48 hs) y la segunda (12:35 hs) en la que se verificó el desprendimiento placentario y la muerte fetal, sumado a los antecedentes de riesgo de la paciente (HTA), pudieron razonablemente llevar a la creencia fundada sobre la existencia de un error de diagnóstico y tratamiento, que solo pudo desecharse definitivamente mediante la prueba pericial cumplida en este proceso.

Así, encontrando mérito en ello para apartarme del mentado principio general, las costas serán impuestas en el orden causado (art. 68, segundo párrafo CPCC).

Y aclaro aquí que como monto base arancelario se computará el monto pretendido en la demanda rechazada (\$ 600.000), que constituye la entidad y dimensión de la pretensión de daños con la que debieron lidiar y rebatieron eficazmente los litigantes a la postre vencedores. Sin embargo, a tal importe base no se le adicionarán de intereses, puesto que -en principio- ello resulta sólo procedente en la hipótesis de admisión de la demanda, conforme el criterio sentado por el STJ en autos “MORETE, FACUNDO ANTONIO JESUS C/ UIRBAN S.A. Y OTROS S/ ACCIDENTE DE TRABAJO S/ INAPLICABILIDAD DE LEY” (STJRN Se 28/2016), entre otros precedentes. No evidenciándose por otra parte que se haya realizado de modo específico una actividad profesional destinada a demostrar la improcedencia de los intereses.

Sin perjuicio de todo ello, en el caso de los letrados que asistieron a cada codemandada y a las aseguradoras citadas en garantía, se estará al mínimo arancelario legal de 10 JUS que rige para los procesos de conocimiento, más el 40 % en el caso de los apoderados (arts. 9 y 10 Ley 2212). Ya que aun de aplicarse las pautas del art. 12 de la L.A. en su máxima extensión (28 % a distribuir entre los diferentes profesionales en litisconsorcio), no se alcanzaría a cubrir aquél arancel mínimo para cada uno de ellos.

Se aclara también que se tendrá presente la renuncia del Dr. Ballardini a percibir honorarios por su actuación como patrocinante de la codemandada Natalí Grippo, por tratarse de su cónyuge conforme escrito obrante a fs. 892.

Y por último, en cuanto a la representación y patrocinio letrado de NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., ese mínimo arancelario de 10 JUS se distribuirá entre los sucesivos profesionales de dicha parte (Dr. Ballardini, Dr. Busamia y Dr. Pujante), según las pautas del art. 11 de L.A.

Por todo ello, **RESUELVO:**

I.- Rechazar en su totalidad la demanda interpuesta por JUAN PABLO LEDESMA y CLAUDIA EDITH RODRÍGUEZ, por sí y en representación de sus hijas menores C.A.L. y J.M.L., contra NATALI MARIANA GRIPPO, MARIEL OLGUIN, POLICLÍNICO MODELO DE CIPOLLETTI S.A. y ANDAR OBRA SOCIAL DE VIAJANTES Y VENDEDORES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA; quedando por lo tanto también liberadas de su –contingente- obligación de garantía las aseguradoras citadas NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. (anteriormente denominada Noble Compañía Aseguradora de Responsabilidad Profesional) y FEDERACIÓN PATRONAL DE SEGUROS S.A.

II.- Imponer las costas por su orden, según lo expuesto en el considerando 12 (art. 68 2º párr. CPCC).

III.- Regular los honorarios del letrado apoderado y patrocinante de la parte actora, Dr. ALEJANDRO DANIEL MARCO, en la suma de PESOS OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS (\$ 89.600) (MB. x 16 %, más 40 % por apoderamiento /3 etapas x 2 etapas).

Los honorarios del letrado apoderado y patrocinante de la codemandada Mariel Olguin, Dr. ARIEL ALBERTO BALLADINI, se regulan en la suma de PESOS OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SEIS (\$ 88.606) (10 JUS, más 40 % por apoderamiento).

Los honorarios del letrado apoderado de Policlínico Modelo de Cipolletti S.A., Dr. JORGE BELLO, se regulan en la suma de PESOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS DIECISEIS (\$ 25.316) (10 JUS x 40%), y los del letrado y letrada patrocinante de la misma parte, Dres. ROBERTO JOISON y MARIA LAURA JOISON, en conjunto, en la suma de PESOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA (\$ 63.290) (10 JUS).

Los honorarios del letrado apoderado de la Obra Social de Viajantes y Vendedores de la República Argentina, Dr. JUAN HORACIO ANGIORAMA, se regulan en la suma de PESOS OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SEIS (\$ 88.606) (10 JUS, más 40 % por apoderamiento).

A su vez, por su actuación como apoderado y patrocinante de Noble Compañía de Seguros S.A. hasta fs. 803, se regulan los honorarios del Dr. ARIEL ALBERTO BALLADINI en la suma de PESOS CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO SESENTA Y TRS (\$ 53.163) (6 JUS, más 40%); y los de los Dres. ROBERTO GERMÁN

BUSAMIA e IGNACIO PUJANTE, apoderados y patrocinantes de la misma parte a partir de fs. 803 y fs. 866, respectivamente, en la suma de PESOS DIECISIETE MIL SETECIENTOS VEINTIUNO (\$ 17.721) (2 JUS, más 40%) para cada uno de ellos.

Los honorarios del letrado apoderado y patrocinante de Federación Patronal Seguros S.A., Dr. JUSTO EMILIO EPIFANIO, se regulan en la suma de PESOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UNO (\$ 56.961) (10 JUS x 40%, más 10 JUS/2), y los de la letrada patrocinante de la misma parte, Dra. LAURA FONTANA en la suma de PESOS TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO (\$ 31.645) (10 JUS/2).

Los honorarios del perito médico, Dr. GUSTAVO LUIS PATRIZI se fijan en la suma de PESOS CUARENTA Y DOS MIL (\$ 42.000) (MB x 7%); y los de la perita psicóloga, Lic. PATRICIA MARTINEZ LLENAS, en la suma de PESOS TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO (\$ 31.645) (mínimo legal de 5 JUS, ya que de estarse al porcentaje de la escala legal, que para el caso establezco en el 5 %, no se alcanzaría tal importe mínimo).

V.- Por la incidencia resuelta a fs. 408/410, con costas a cargo de la codemandada Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina (O.S.V.V.R.A), se regulan los honorarios del letrado de la parte actora, Dr. ALEJANDRO DANIEL MARCO, y los del letrado de la referida accionada, Dr. JUAN HORACIO ANGIORAMA, en la suma de PESOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UNO (\$ 26.581), para cada uno de ellos (3 JUS, más 40 % por apoderamiento) (art. 34 L.A.).

V.- Por la incidencia resuelta a fs. 706/707, con costas a cargo de la parte actora, se regulan los honorarios del letrado de la parte actora, Dr. ALEJANDRO DANIEL MARCO, y los del letrado de la citada en garantía Noble Compañía de Seguros S.A., Dr. ARIEL ALBERTO BALLADINI, en la suma de PESOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UNO (\$ 26.581), para cada uno de ellos (3 JUS, más 40 % por apoderamiento) (art. 34 L.A.).

VI.- Para efectuar todas las regulaciones anteriores se tuvo en consideración la naturaleza y monto del proceso (MB. \$ 600.000.-), el mérito de la labor profesional apreciada por su calidad, extensión, eficacia y resultado obtenido, la escala arancelaria legal y los valores mínimos vigentes (conf. arts. 6 a 12, 20, 39, 48 y ccds. de la L.A. N° 2212; arts. 5, 18 y 19 de la Ley Provincial N° 5069) (1 JUS = \$ 6.329).

Los estipendios fijados no incluyen la alícuota del I.V.A., que deberá adicionarse

en el caso de los beneficiarios inscriptos en dicho tributo.

Cúmplase con la ley 869.

VI.- Dese vista a la Defensora de Menores e Incapaces.

VII.- La presente **QUEDARÁ NOTIFICADA AUTOMÁTICAMENTE** según lo dispuesto por la Ac. 9/2022 STJRN (Anexo I, art. 9 inc. a), sin perjuicio de lo dispuesto en el art. 62 de la Ley 2212 (notificación al cliente).

VIII.- REGÍSTRESE.-