

//neral Roca, 23 de marzo de 2018.-

Y VISTOS: Para dictar sentencia en estos autos caratulados:"VOGL PATRICIA FABIANA C/ PROVINCIA DE RIO NEGRO (CONSEJO PROVINCIAL DE SALUD PUBLICA) S/ CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO (I)" (Expte.Nº I-2RO-265-L2014- I-2RO-265-L2-14).-

Previa discusión de la temática del fallo a dictar con la presencia personal de los jueces votantes, de lo que da fe la Actuaria, corresponde votar en primer término a la Dra. Gabriela Gadano, quien dijo:

RESULTANDO: A fs. 55/62 se presenta Patricia Fabiana Vogl, con patrocinio de los Dres. María Gabriela Lastreto y Carlos Alberto Gadano y promueve demanda contra Consejo Provincial de Salud Pública persiguiendo el cobro de \$ 158.979,00 en concepto de daño material y daño moral.

Cuenta que es médica egresada en 1998 de la Facultad de Medicina de la UNBA, habiendo realizado especializaciones en Medicina Interna y Terapia Intensiva certificadas por la UNBA y la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

Comienza a trabajar en relación de dependencia en el área de Terapia Intensiva del Hospital de General Roca en mayo/2007, donde se desempeñaba como Jefa del Sector la Dra. María Cristina Orlandi. Trabajaba de lunes a viernes de 8 a 14 con guardias semanales de 24 horas corridas (seis a siete al mes).

La relación con la Dra. Orlandi transitó diferentes etapas: 1-al principio, como Jefa del Sector concretó una continua exploración de sus aptitudes, exigiendo que cada una de las decisiones que adoptara en cumplimiento de sus funciones, fueran supervisadas por ella; 2-tal era la intromisión en sus actividades que no autorizó que llevara a cabo un proyecto de capacitación en vías aéreas y reanimación inicial del traumatizado, para el que fuera invitada, señalándole que no debía realizar ningún emprendimiento de ese tipo (de características docentes), que no fuera impulsado por ella, en su calidad de Jefa del Servicio; 3-con la colaboración de una colega, la Dra. Rosana Hernández, que también integraba el Servicio de Terapia Intensiva, fue adaptándose a las características del área, aprendiendo a exteriorizar sus opiniones de manera diplomática, para no herir la susceptibilidad de la Dra. Orlandi, y acatar las decisiones que adoptara en orden al mejor funcionamiento del servicio, aun aquellas vinculadas a lectura de determinado material científico que ella supervisaba y elegía; 4-si bien la Dra. Orlandi pregonaba el trabajo en equipo, interdisciplinario y participativo, su liderazgo se ejercía de forma vertical y autoritario, y sin desconocer sus antecedentes profesionales y académicos, ni

su trayectoria profesional, destaca que la Jefatura del servicio no fue obtenida por concurso; 5-las características personales de la Jefa, motivaron roces permanentes con el personal y éxodo de gente valiosa. La exposición de los puntos de vista de la actora, ahondaba las diferencias y agudizaba los conflictos entre ambas; 6-en una oportunidad fue requerida de mala manera por la Dra. Orlandi al sector social médico, ámbito en el cual se suscitó una discusión delante de dos médicos (Vivero y Hernández), en las que recibió términos descalificantes y desvalorizantes hacia sus aptitudes, y en respuesta a ello le hizo saber del hastío y la opresión que les generaba, al equipo de profesionales y enfermeros del servicio, su liderazgo, donde se impedía el disenso y debate de ideas; 7-el hecho precipitó las actitudes negativas; 8-salvo contadas oportunidades, no le dirigía la palabra; 9-desechó sus sugerencias aunque fuesen técnicamente correctas, para lo cual optó por transmitir las mediante la Dra. Hernández; 10-no se le adjudicaron tareas, recargando a sus compañeros y para las Jornadas Patagónicas de Terapia Intensiva desarrolladas en el Hospital de General Roca, solo se le asignaron tareas administrativas, sin permitírsele opinión alguna en el temario, los invitados, etc; 11-todo ello fue generando sensación de menoscabo, desvalorización, pérdida de autoestima personal y profesional y con ello pérdida de sueño, angustia y ansiedad, esfuerzo para concurrir a su trabajo, a punto tal que su terapeuta le sugirió la posibilidad de un cambio en su ámbito laboral, y su médico, un tratamiento farmacológico para poder afrontar sus responsabilidades profesionales y personales como sostén familiar con dos hijos pequeños.

La escalada de situaciones se desencadenó en 21/11/2012 cuando es internado en terapia intensiva Fernando Martínez, portador de un sarcoma desde los 8 años con metástasis pulmonares, aquejado de neutropenia febril y falla renal. El paciente tenía indicación de la Médica Oncóloga (Dra Romina Yapur) y la Dra. Orlandi de intubación orotraqueal, ventilación mecánica y hemodiálisis, sugerencia que, en principio, es aceptada por él y su esposa, sin perjuicio de manifestar que, antes de iniciar las prácticas era su deseo conversar con su madre y hermano, que estaban viajando desde Valle Medio. Antes del inicio de las terapias, la Dra. Romina Villegas, Médica de planta del Servicio, le informa que la madre y el hermano del paciente, solicitan no avanzar en los cuidados invasivos, en la convicción de que dichas prácticas revestían meros paliativos, con lo que se cita al grupo familiar (madre, hermano, hermana y cuñado) y a hablar con el paciente, quien solicita no ser invadido porque la práctica solo es paliativa, y en presencia de las Dras. Romina Villegas y Rosaura Montenegro dice que está cansado de

pelear desde los ocho años, que es él quien pone el cuerpo y que quiere descansar. Se comunica la decisión a su grupo familiar y se decide en conjunto (médicos del área, enfermeros y grupo familiar) no avanzar en las medidas invasivas, decisión que se toma en base al principio bioético de autonomía. Se comunica a la Jefa del Servicio a través de un mensaje de texto. Se inician las medidas de cuidados paliativos y el acompañamiento del paciente y grupo familiar. Una hora después se presenta la Dra. Orlandi con la Dra. Yapur, habiéndole previamente dicho telefónicamente que carece de espaldas para tomar tal decisión y una vez en el ámbito de Terapia Intensiva delante de Yapur, Villegas y Montenegro, se refiere a la actora peyorativamente desde lo personal como profesional, le grita y la echa de la guardia. Se comunica con el Dr. Tomassone (Jefe del Departamento de Atenciones Médicas y superior máximo de la actora) quien le indica no abandonar la guardia bajo ningún concepto, salvo que la orden sea dada por escrito, por lo que permanece en el sector de enfermería para evitar otra confrontación. Al día siguiente, a primera hora de la mañana la Dra. Orlandi ordena al sector de Enfermería que se reinicien las prácticas suspendidas (hemodiálisis) y en presencia de los Dres. Méndez y Montenegro, manifiesta que hablará con la familia y el paciente, para informar el reinicio de la diálisis, a lo que le reclama que por una disputa personal no le genere más sufrimiento a la familia y el paciente, recibiendo como respuesta de Orlandi “mataste un paciente, hiciste eutanasia”, expresión que repitió varias veces. Reaccionó ante ello desbordada tomó su cabeza y la insultó. Se dirigió llorando a la oficina del Dr. Tomassone, solicitando un cambio de funciones considerando riesgoso seguir compartiendo el ámbito de trabajo con Orlandi. Fue evaluada por la Dra. Patricia Sartori quien convalidó una licencia por stress laboral. A través de una Junta Médica le fue concedida una licencia hasta el 5/2/2013, dictamen aprobado por la ART y en 25/2/2013 se pudo reintegrar con readecuación de tareas (media carga horaria y sin guardias durante un mes). A partir del 25/3/2013 pudo cumplir carga completa desempeñándose en el Servicio de Clínica Médica con tareas de internación y medicina ambulatoria, realizando también dos o tres guardias mensuales. En abril/2013 es notificada por el Jefe de Personal de Hospital local Gerardo Di Nardo para realizar descargo en relación a la nota presentada por Orlandi en 17/4/2013, en sumario radicado en el Consejo Provincial de Salud Pública s/ Presunta situación irregular Agentes Cristina Orlandi y Patricia Vogl (Expte 127297-5-201). En 29/11/2013 remitió a la demandada CD por el que intimaba el pago de lo reclamado en esta demanda en concepto de daño material y moral derivados de los perjuicios

sufridos en su carácter de médica del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital de General Roca, como consecuencia de la situación de mobbing a la que fue sometida, por el tratamiento permanentemente hostil, vejatorio, agravante e injurioso de la Dra. Orlandi. El daño material se configura por la privación de la posibilidad de efectuar las guardias que realizaba en el área como consecuencia de la licencia que hubo de tener que tomar entre el 21/11/2012 y el 25/3/2013, y el moral por las consecuencias que le generó el maltrato a que fue sometida.

Los padecimientos sufridos reconocen como única causa la conducta de la Dra. Orlandi y el trato que ella le dispensara a lo largo de la relación laboral, con el colofón del hecho relatado que la llevó al punto de colocarla en situación de licencia por razones psiquiátricas. La descalificación y el ninguneo, las imputaciones disvaliosas y los menoscabos a su profesionalidad que se exteriorizaban insoslayablemente frente a terceras personas (enfermeras, médicos, pacientes o familiares de ellos), la sumieron en un profundo desasosiego en el ámbito profesional.

Desarrolla conceptos sobre el mobbing como un acoso laboral sufrido por el trabajador que tiene componentes psicológicos que llevan a la víctima a la autodestrucción psicológica y/o física. Cita algunos fallos al respecto.

Practica liquidación y ofrece prueba.

A fs. 453/463, contesta demanda el Dr. Francisco Lopez Raffo con patrocinio de Arturo Enrique Llanos, bajo poder extendido por Fiscalía de Estado de Provincia de Río Negro. Plantea inhabilitación de instancia por no agotamiento de vía administrativa, como defensa de fondo. En subsidio contesta demanda. Niega que la actora efectuara de 6 a 7 guardias mensuales en su puesto de terapia intensiva, los daños que se adjudican, que se le haya provocado un perjuicio y que la decisión del cambio de área, se haya debido a una decisión de la empleadora, o que el mismo no haya sido solicitado por la actora, que haya cumplido con los protocolos y/o indicaciones de sus superiores jerárquicos y/o que la decisión que tomó respecto del paciente Fernando Martínez haya sido la correcta. Que su jefe se haya entrometido en su desempeño profesional más allá de lo normal para las tareas que indica, que no se la haya autorizado a llevar a cabo un proyecto o actividades por ella sugeridos, que las actitudes de la Dra. Orlandi generasen roces y éxodo de personal valioso y que sea conflictiva, que los hechos del 20/21 de noviembre /2012 hayan desencadenado su alejamiento temporal del área por ser éste definitivo, que la situación del paciente haya sido de tal urgencia que se viera en la obligación de tomar la decisión y comunicarla por mensaje de texto, todos los detalles de lo acontecido aquel

día, que su jefa haya tenido un trato hostil, vejatorio, agravante y menoscabante hacia la actora y que se la haya desvalorizado moralmente en su ámbito laboral.

Al formular su realidad de los hechos dice que conforme el legajo de la actora, dista de tener una especialidad en terapia intensiva como lo indica, que fue contratada por Resolución N° 691 MS en mayo de 2007 para prestar tareas de Médica terapeuta en el Hospital de General Roca. No surge de la documentación que acompaña que cuente con la especialidad que invoca, siendo asignada bajo la órdenes de la Dra. Orlandi, responsable del área.

En los 4 años que estuvo en Terapia Intensiva, concurrió a 2 congresos de la especialidad. Se trata de un sector crítico que requiere de un carácter especial y capacidad de toma de decisiones, por las presiones que genera. Su examen preocupacional de 8/2/2007 da cuenta de presentar psoriasis, enfermedad relacionada con el estrés y tensión psicológica en la mayoría de los casos. La jefa del sector, formó profesionalmente a Vogl como médica terapeuta. Las decisiones que desencadenaron los hechos de noviembre/2012 son de directa incumbencia de Orlandi, dada la experiencia en la materia, grado jerárquico y responsabilidad subsiguiente del actuar que depende de esta.

Su decisión personal, tomada junto a los parientes, otros médicos de áreas distintas y los enfermeros, de la que Vogl se hacía responsable, no solo desconoce a su superior jerárquico, sino que pone en cabeza de todo el grupo de trabajo, incluida Orlandi, la irresponsabilidad de su acción, dado que al ser un grupo de trabajo, responden de manera conjunta y como tal, en caso de existir algún tipo de reclamo. Pese a ello, no hizo suscribir ningún tipo de consentimiento al paciente y sus parientes respecto de su cuadro, las terapias a las que se podía someter, los riesgos de ellas y eventuales consecuencias o probabilidades de éxito, parámetros ineludibles a efectos de realizar dichos actos.

Lejos de efectuar los pasos indicados, decide quitar toda asistencia al paciente y procede a comunicar la decisión ya adoptada y ejecutada a su jefa. La propia actora, reconoce que las tareas realizadas por la Dra. Orlandi, donde los familiares autorizan a la realización de terapias para su mejora, no tienen efectos sobre el paciente, dado que se encontraba en mal estado general, dada la determinación adoptada doce horas antes. Por tratarse de un paciente con una enfermedad de larga evolución, nada obstaba a la actora a esperar hasta el cambio de guardia, o efectuar la consulta con la jefa del sector. Además de ello, insultó a su jefa y la agredió físicamente, lo que ameritaría el despido

de cualquier trabajador.

Concluye que su propio carácter, la intensidad propia de un sector como el de terapia conllevan al supuesto cuadro denunciado, mas no la conducta de la jefa. De allí la improcedencia del reclamo.

Los cambios fueron solicitados por Vogl, con lo cual no puede mediar una pretensión de reparación de un daño.

Conforme surge del art. 243 LCT, aunque no se esté en presencia de un despido, la actora aparece incorporando un cuadro fáctico de supuesta persecución hacia su persona por parte de su jefa, que no fue manifestada, ni siquiera insinuada en su actuar previo en sede administrativa. En 23/4/2013 cuando formula su descargo, como en las comunicaciones postales, solo indica como causal de su perjuicio, los hechos sucedidos respecto de la atención del paciente, sin referir acontecimientos anteriores de Orlandi. Recurre a imputaciones vagas sin relación temporoespacial, y de las cuales, hasta la demanda, no puso en conocimiento de su empleador, a efectos de que, en caso de ser ciertas, corrija el actuar de la superior. De ese modo amplía los hechos, contraviniendo la buena fe que debe primar en las relaciones laborales y al propio tiempo, lejos de efectuar imputaciones concretas, se limita a desarrollar de manera genérica consideraciones sobre el actuar de su jefa. Viola así el principio de congruencia que debe regir no solo en instancia judicial sino en sede administrativa, reclamando algo distinto de lo peticionado con anterioridad en tal sede.

Impugna los rubros reclamados. La actora pidió el cambio de sector. Tomó más horas en sus atenciones privadas, tanto en Sanatorio Juan XXIII como en su consultorio, lo cual redundaba en la mejora de su salario. Ella nunca pidió continuar con las guardias o el incremento de las que se le otorgaban. No existe obligación legal de darlas y tienen una modalidad de asignación de acuerdo a los requerimientos del sector y las solicitudes de los propios profesionales. Además se vieron limitadas por la reducción en un 50% de sus tareas hasta su alta médica en marzo/2013, fecha que coincide con el cambio de sector. La disminución de su jornada asimismo de full a part time (44 a 40 horas semanales), se dio mediante Resolución 1621 MS, en la que se establece la obligatoriedad de cumplir guardias activas y actividad pasiva asistencial de acuerdo a las necesidades del servicio, determinadas por el cronograma mensual correspondiente, acto de alcance personal, que no fue impugnado por la actora. De suerte tal que al reducir su jornada no puede luego solicitar el pago de las diferencias salariales por guardias que dejó de realizar y que antes realizaba.

Sobre el daño moral, dice que mas allá de la susceptibilidad que manifiesta, la actora no menciona de manera expresa hechos de los que se puedan referir insultos, destratos, malas maneras u otras formas de la Dra. Orlandi, por fuera de situaciones propias de la actividad de alta tensión de una UTI de cualquier nosocomio. Tales extremos, de acreditarse lo denunciado por la actora, en el sentido de un daño o afectación psicológica, hubiera sido un reclamo contra la ART. Cita jurisprudencia.

Plantea falta de legitimación de manera subsidiaria, para el caso de que se determine un porcentaje de incapacidad, por el seguro de riesgo del trabajo.

Ofrece prueba.

A fs. 465/467 contesta el traslado de la excepción previa la parte actora.

A fs. 469 se expide Fiscalía de Cámara.

A fs. 473/478 se rechaza la excepción de inhabilidad de jurisdicción opuesta por la demandada y se abre a prueba.

A fs.490 se produce informativa de Hospital de General Roca, 506/507 la de la Licenciada en psicología Erica Rubenacker, a fs. 509 la del Dr. Italo Humberto Ruggieri, a fs. 529 la de Federación Médica de Río Negro, a fs. 549 la de Sanatorio Juan XXIII, a fs. 561/590 la de Horizonte ART, a fs. 614/623 se agregan recibos de haberes de Patricia Fabiana Vogl, a fs. 628/708 se agrega copia fiel del expediente 127207-S-2013 iniciado Asesoría Legal de RH s/ presunta situación irregular- Agentes Cristina Orlandi y Patricia Vogl- Hospital Area Programa General Roca y a fs. 718/788 la de Subsecretaría de Asuntos Legales del Ministerio de Salud RN.

A fs. 530/547 se agrega dictamen de la perito psicóloga Licenciada Susana Rinne. A fs. 558 la demandada pide aclaraciones, las que son contestadas a fs. 711/712. A fs. 814/819 presenta dictamen la Cra. Beatriz Susana Minio.

A fs. 609, 626 y 832, audiencia de vista de causa, llamándose autos para dictar sentencia.

Se deja constancia que a fs. 820, queda prestada la conformidad para que la sentencia se dicte con el voto en acuerdo fáctico de las Dras. Gadano y Vicente, participantes en la vista de causa e intervención del Dr. Edgardo Albrieu en cuestiones de derecho.

CONSIDERANDO: 1-Cuestiones de hecho:Corresponde a continuación fijar los hechos que considero acreditados, apreciando en conciencia las pruebas producidas, conforme lo establece el art. 53 inc.1° de la Ley 1.504, los que a mi juicio son los siguientes:

1-La Dra. Patricia Fabiana Vogl, es designada interinamente para cumplir funciones como Médica Terapista en el Hospital Area Programa General Roca, mediante

Resolución del Consejo Provincial de Salud Pública en 16/5/2007 (documental de fs. 217/218);

2-Del considerando del mismo instrumento, resulta que el Comité de Especialidades Médicas ha tomado debida intervención, acerca de las certificaciones que presenta la actora, y que corresponde reconocer el pago de “especialidad crítica” a la profesional, que revistará como agente comprendida en el Agrupamiento A (documental de fs. 217/218);

3-Se encuentra acreditada mediante examen preocupacional la aptitud psicofísica de la postulante (documental de fs. 217/218);

4-Toma varias licencias del art. 46 de la ley 3487 (vinculadas a estudios, trabajos científicos, investigaciones, conferencias o congresos) todas autorizadas por la Dra. Orlandi o Jefatura suplente. Hay en su legajo 11 licencias concedidas durante los años que presta servicios en UTI (fs. 107,115/116, 117, 136, 147, 149, 152, 159,175, 182 y 185);

5-No hay constancia de su especialización, pero se reconoce que durante dos años trabajó con el Dr. Neira prestigioso médico de Buenos Aires (declaraciones testimoniales);

6-Llegó con una buena preparación profesional y su dedicación está indiscutida, tanto por el cuerpo de enfermería como el de médicos, a punto tal que le fue delegada la preparación de los residentes de la UTI (de las testimoniales);

7-Los primeros tres años que comparten trabajo, la relación entre la actora y la Dra. Cristina Orlandi fue cordial, pero sobre el último año el vínculo se transforma y por parte de la Dra. Orlandi hay un cambio en el trato hacia Vogl, con actitudes hostiles y descalificantes, conducta que según relatan aquellos que compartían la UTI, eran evidentes para algunos y solapadas para otros (de las testimoniales);

8-Hubo inactividad de la actora en orden a la denuncia a sus superiores, de los hechos que atribuye a la Orlandi y que según describe, le acarrearón un cuadro de ansiedad y angustia tanto personal como profesional;

9-En 19/11/2012, ingresa a la UTI del Hospital local, derivado desde el Hospital de Luis Beltrán (con presunción de falla multiorgánica según fs. 242), el señor Fernando Ariel Martínez Herrera, de 34 años de edad, con diagnóstico presuntivo de sepsis y neutropenia febril post quimioterapia, sin que quede claro el foco infeccioso. Se trata de un paciente con diagnóstico de sarcoma desde la infancia, que a la fecha cumplió su sexto ciclo de quimioterapia por presentar MTS pulmonar.

10-En 20/11/2012 a las 12 hs se decide dializarlo (de acuerdo con médicos de UTI). A las 17 horas se suspende diálisis por decisión de familiares en no avanzar en procedimiento invasivo (documental de fs. 245 obrante en historia clínica, informe suscrito por la Dra. Silvia Setti, médica nefróloga).

11-En hoja de la historia clínica con constancia de ser aclaratoria de lo ocurrido el día 20/11/2012 (agregado con firma de la Dra. Orlandi) obra el siguiente informe suscrito por las Dras. Patricia Vogl y Paula Villegas: “14 hs: De acuerdo a lo decidido por su oncóloga Dra. Yapur y Dra. Orlandi se informa al paciente sobre la necesidad de intubación orotraqueal, ventilación mecánica y hemodiálisis. El paciente y su esposa acceden a la escalada terapéutica, no obstante el paciente solicita, previo a la sedación, ver a su madre y su hermano que se encontraban viajando desde Valle Medio. 14.20 hs: Se comunica a Nefróloga Dra. Setti sobre el inicio de hemodiálisis. 14.25: Se solicita a Hemoterapia...previo a la colocación del catéter de hemodiálisis... 16.30 hs: La Dra. Villegas, médica de planta del servicio, me comunica que la madre y el hermano del paciente, solicitan no avanzar en cuidados masivos, dado que conocen el carácter paliativo de todas las medidas terapéuticas realizadas y por realizarse. Ante esta situación, solicito la presencia en el Servicio del resto de la familia (esposa, madre, hermano, cuñado, hermana) para replantear en conjunto con el propio paciente, la conducta médica a seguir. 17.15 hs: Se habla con el paciente, quien en pleno uso de sus facultades, manifiesta “sentirse cansado de pelear” desde los 8 años, entender que las posibilidades de recuperación son solo paliativas, “que el que pone el cuerpo soy yo”, “quiero descansar”. El paciente solicita no ser invadido y evitar el sufrimiento. Se habla con los familiares en su conjunto, acompañada por colegas médicos y profesionales de enfermería. Se decide no avanzar en las medidas invasivas basándose en el principio bioético de autonomía. Se comunica a Nefrología (Dr. De Rosa) y Jefa de Servicio (Dra Orlandi).” (documental de fs. 243);

12-A fs. 244, en historia clínica, obra anotación de lo ocurrido el día 20/11/2012 firmada por la Dra. Romina Paula Villegas, también con nota que indica que es aclaratoria de lo ocurrido el día 20/11/2012, realizada en 22/11/2012, que dice lo siguiente: “14.00 hs: Paciente en mal estado general...se habla con el paciente de la necesidad clínica de protegerle la vía aérea...Este solicita aguardar la llegada de su madre y su hermano, quienes vienen viajando desde Luis Beltrán. Tardarían aproximadamente 2 horas. Se decide respetar dicha solicitud. 16.00 hs: la familia (madre, hermano, esposa) luego de visitarlo solicitan hablar con los médicos. Me dirijo

a la sala de informes. Ellos se encuentran con gran angustia y ansiedad. Relatan situación previa familiar similar (el padre del paciente falleció por un cáncer) y me solicitan no prolongar el sufrimiento del paciente, solicitándome la no realización de maniobras invasivas. Sabiendo ellos la cantidad de paliativos que se le estaban realizando, sabiendo que el pronóstico del paciente por su enfermedad de base era malo, le informo a la médica de Guardia. En conjunto hablamos con ellos y con el paciente, decidiendo en forma conjunta la no realización de maniobras invasivas y brindar medidas de confort. En el diálogo con el paciente, este refiere estar agotado física y mentalmente y textualmente dice estar “cansado de poner el cuerpo” y que últimamente el tratamiento que había aceptado era para no defraudar a su familia, en especial a su esposa. Se indican maniobras de confort. Le aviso a hemoterapia, nefrología y jefa de UTI”. (documental de fs. 244);

13-El informe de enfermería en 20/11/2012, turno tarde, correspondiente al paciente Fernando Martínez, se deja la siguiente constancia: “Familiar del paciente y el paciente solicitan hablar con médica de guardia: Dras Vogl y Villegas, donde manifiestan la limitación de su tratamiento debido a su patología de base. Luego se comienza con goteo de analgesia...y se permite el acompañamiento de su familia”(fs. 237). Todos los informes a partir de allí, además de detallar el control y la medicación aplicada indican que se encuentra con acompañamiento de los familiares (fs. 237 vta y 238) hasta su fallecimiento a las 22 horas del 22/11/2012.

14-En 21/11/2012, la Dra. Vogl presenta certificado médico suscripto por la Dra. Patricia Sartori, Médica Clínica, cuyo texto es el siguiente: “La Sra. Vogl Patricia consulta en el día de la fecha por crisis de angustia por situación laboral actual. Sugiero evaluación de situación por personal especializado para indicar licencia acorde a las circunstancias. Hasta concretar evaluación sugiero reposo por 7 días. 21/11/2012...”.(documental de fs. 112).

15-En 29/11/2012 la Licenciada en Psicología Erica Rübenaeker certifica que Vogl presenta un cuadro de estrés laboral producto de un episodio vivido en su ámbito, requiriendo licencia por 30 días (documental de fs. 111).

16-Ambos certificados fueron elevados por el Jefe de Personal (Gerardo Di Nardo), como denuncia de enfermedad profesional (documental de fs. 110). A fs. 109 obra agregada la denuncia ante Horizonte ART y a fs. 106 el rechazo de cobertura de Horizonte ART. Según la evaluación realizada, se concluye que presenta una patología de origen inculpable (stress laboral), no listada como enfermedad profesional.

17-En 24/1/2013 el Dr. Roberto Tomassone (Jefe DAM), comunica al Dr. Víctor Lipovetsky (Jefe de Clínica) que “se dio curso al pedido de cambio de función de la Dra. Patricia Vogl, de Cuidados Intensivos a Clínica Médica, quedando esta profesional a su cargo, destinándole Ud. las actividades asistenciales y docentes que considere necesarias”. (documental de fs. 105).

18-La Junta Médica justifica la licencia usufructuada por Patricia Vogl, y suscribe el alta laboral a partir del 25/2/2013, con tareas habituales y reducción de carga horaria al 50% durante 30 días, dejando constancia que no podrá trabajar en área que provoque estrés (documental de fs. 101 y 103). En 23/3/2013 vuelve a trabajar jornada completa (documental de fs. 98). El 30/1/2013 se autoriza el cambio de Full Time a Part Time por el Director del Hospital Area G. Roca.

19-En 16/5/2013 mediante Resolución 1621 del Ministro de Salud, con motivo de nota fechada en 23/1/2013 por la actora, solicitando su pase de 44 horas semanales a 40, se modifica su situación de revista quien mantiene el Agrupamiento A (documental de fs. 91/92).

Se han producido numerosas y muy extensas declaraciones testimoniales, y aunque su lectura ha de ser tediosa y por momentos sobreabundante, entiendo que, no solo servirá para informar de los “hechos” al tercer votante, sino que, por la particular sutileza con que se suelen presentar casos como el que nos ocupa, los detalles y su marco circunstancial, hacen a la formación de la convicción.

Verónica Alejandra Curilen, es licenciada en enfermería y jefa de la unidad de terapia intensiva del Hospital GR. Ingresó como enfermera al hospital en 1999. Y hacía guardias en terapia intensiva 6 o 7 días al mes, de las que habrá compartido con la actora al menos 2 al mes. Vogl es muy amable con el paciente y le explica todo, asegurándose de que comprende el procedimiento que se le aplica. Con el enfermero establece la comunicación que permite que la tarea sea cordial. También lo hace con enfermería. La Dra. Orlandi hacía en aquellos tiempos guardias pasivas. Lo dicho en relación a la Dra. Vogl no aplica a la Dra. Orlandi. Su modalidad es la imposición. Los compañeros lo manifestaron en una reunión. Hay hacia ella “como sensación de miedo”. Las formas de expresarse y comunicar son muy diferentes. En lugar de ver cómo se presentan las situaciones comienza marcando lo que considera que está mal. Siempre está buscando el error o lo que estamos haciendo mal. “Porqué no se hizo tal o cual cosa”. En una reunión durante el año 2013 con todo el plantel de enfermería, médico, el jefe de departamento, el Dr. Tomassone y una asistente social que intervino

como mediadora, se le planteó la idea de trabajar como un equipo, de mejorar las relaciones médico-enfermero. Mantener una relación amena durante el horario de trabajo. Una de las enfermeras, le planteó que sentía miedo porque piensa que la retará haga lo que haga, y ella contestó que no era así. Cuestiona que no le dicen las cosas, y que por eso reacciona de ese modo. Días después la llama y le cuestiona que no se ponen barbijos en lugar de decírselo a la persona que específicamente no lo tenía. Marca los errores de mala manera. Es muy cortante. Carece de cordialidad y con el equipo comparte muy poco. Da la sensación que cuando ella llega toda la gente se pone tensa e incómoda. Este comentario es generalizado. Les incomoda que esté al frente del servicio. En cuanto a lo que pasó entre Orlandi y Vogl, cuenta que ese día llegó a la guardia y de enfermería le informan que al paciente Martínez se le había limitado el esfuerzo terapéutico a cuidados paliativos. Estaba con un biombo y su esposa a su lado. Llega Orlandi y dispone que se le hagan todos los procedimientos. Orlandi y Vogl se van aparte y después de unos minutos sale Vogl llorando y dice que va a la dirección. Luego aparece Orlandi y no recuerda si continúan o no con el tratamiento. Hubo una reunión de médicos y decidieron esperar a que muriera con los cuidados habituales. No recuerda quienes tomaron la decisión pero los médicos tratantes del paciente eran Sustersic y Vona. Vogl siguió hasta noviembre, uno o dos días más. Martínez murió al día siguiente con el acompañamiento familiar, pero no puede recordar si finalmente se le aplicó el procedimiento invasivo. Orlandi siempre tomaba las decisiones individualmente. Nunca en consenso con la gente de terapia intensiva. Según tiene entendido Vogl es especialista en Terapia Intensiva. Era su especialidad cuando llegó. No la formó Orlandi. Cuando ingresó como jefa de servicio, Vogl tendía al trabajo en equipo. Los enfermeros lo manifestaban. Se intercambian opiniones. Cuando ingresaron residentes, los pases de sala se comenzaron a hacer en la sala al pie de la cama del paciente. En esos pases se pretendía que todos participaran en las decisiones. Se notaba que cuando Vogl decía algo, Orlandi decía lo contrario. Y ordenaba. Esta terapia es polivalente y recibe todo tipo de pacientes. Todos los pacientes están a cargo de todos los médicos. Cuando se decide la internación en terapia, pasa a ser un paciente de terapia intensiva. Son 4 los médicos de planta de terapia intensiva. Si alguien entra con un infarto y se lo opera y el médico tratante lo manda a terapia intensiva, quienes se hacen cargo son los profesionales de terapia intensiva. Actualmente son Orlandi, Romina Villegas, Roxana Hernández, Jorge Méndez, Damian Kalile. En aquel momento Villegas, Hernández, Claudio Vivero, Vogl y Orlandi. Ha presenciado

algunas situaciones entre Orlandi y los restantes médicos. Pero se notaba más el encono con Vogl. Ha escuchado al Dr. Vivero sentirse maltratado por Orlandi. La testigo lo había notado. Orlandi desvalorizaba a Vogl con ciertas actitudes que tomaba. Era una sensación que percibía la declarante. Vogl dijo estar interesada en participar de las Jornadas Patagónicas de Terapia Intensiva, pero como la asignación de tareas dependía de Orlandi no se le dieron. Vogl elaboró junto a una compañera de apellido Dailof un proyecto de capacitación en vías aéreas y reanimación inicial del traumatizado. Se daría en la Línea Sur. Finalmente no pudo acompañarlas porque Orlandi no la autorizó por no ser un proyecto “del servicio” y fueron con el Dr. Sbrirger. Respecto del paciente Martínez, contó que el informe de enfermería de turnos anteriores, dejó constancia de que se había hablado con la familia. Y si bien no presencié la discusión entre Orlandi y Vogl escuchó posteriormente que se había usado la palabra “eutanasia” por parte del grupo médico. Era habitual que Vogl la pasara mal con Orlandi. Peor que otros médicos del servicio. En opinión de la testigo eran celos profesionales. A su entender tenía que ver con la actitud de Vogl hacia el paciente. Había preocupación, escucha y valoración de su opinión. Es una cualidad que destacaban los pacientes. Respetaba la opinión del otro. Cada médico tiene sus características. Con cualquiera se podía trabajar cómodamente siempre que se puedan intercambiar opiniones. Para Orlandi todo tenía que pasar por sus manos y decisiones. Quería marcar la cancha. Presentaron en conjunto con Vogl un protocolo sobre tratamiento para pacientes quemados y Orlandi se apropió de la iniciativa. Vogl es una persona con iniciativa y sobresalía respecto de otros médicos, por su forma integrada de trabajar. La opinión del grupo de trabajo es que Orlandi imponía y Vogl consensuaba. La declarante dijo sentirse muy incómoda por tener que declarar como lo estaba haciendo, y hablar como lo hace de la persona con quien comparte todos los días que es Orlandi. Está a cargo de un servicio por el que tiene que responder por los enfermeros. Sabe que lleva adelante un servicio en que las cuestiones personales no deben interferir, pero ante situaciones de descontento, muchas veces le resulta difícil con la Dra. Orlandi, mantener la cordialidad para que el servicio, sea un ámbito de trabajo, donde el personal se sienta cómodo. En los momentos de tensión trata de asimilar los golpes para que el resto esté bien, pero lo logra a medias. Los conflictos los resuelve como puede. La mayoría de las veces no es escuchada por Orlandi. Desconoce cuál es el título de la Dra. Vogl, pero sabe que tiene una especialidad. Orlandi el año pasado terminó un posgrado en gestión y hasta el momento es miembro de la Comisión Directiva de la Organización de Terapia Intensiva. Cuando

ella ingresó en 1999 estaba ya como jefa. El jefe es el que marca las pautas. Es una mujer aplicada y muy avocada a su trabajo. Particularmente la decisión sobre Martínez era importante aunque había que tomarla en el momento. Había ingresado a las 10 u 11 de la mañana. Venía de otro hospital. Se acondicionó el ingreso y se estaba viendo la terapéutica a seguir con ese paciente. Cuando la declarante se fue a las 14 hs estaba a considerar si entraba o no y si iba a ser ventilado o no (colocarle un tubo) y la decisión de tratamiento paliativo fue tomada por Vogl. No es cosa de todos los días esto en una terapia intensiva. A veces se toman en pase de salas según el estado del paciente. La Dra. Orlandi, había estado en el turno de la mañana, aunque es médica full time o en guardia pasiva. En aquella oportunidad cuando Orlandi llegó a la sala enfrentó a Vogl en privado. Aunque a veces discutía con los profesionales delante del resto del personal. María Cristina Orlandi, trabajó con Vogl durante 5 años. Está en el hospital desde diciembre/1997. Cuenta la testigo que tiene dos especialidades: medicina interna que es clínica médica y terapia intensiva y ahora está esperando el título de posgrado en Auditoría en Gestión de Calidad en Salud. El título en Terapia Intensiva lo obtuvo en la Universidad de París en 1990. Es especialista en clínica médica desde el año 1987, obtenido en la Universidad de Córdoba. Ella integra el equipo que selecciona a la actora, para ingresar a trabajar a la terapia intensiva del Hospital de General Roca. La declarante armó la Terapia Intensiva del Hospital. No suele haber tantos interesados para trabajar en las terapias intensivas. No la entrevistó personalmente pero intercambiaron mails. Fue interlocutora para la selección de su casa y confirmación en inmobiliaria. Evaluó su currículum. Pero no mantuvo entrevista personal. Durante muchísimos años hasta que se creara la residencia tenían un gran problema con el servicio por falta de médicos. La exigencia es que los jefes fueran especialistas. Y que los que trabajaban en los servicios tuvieran especialidades afines (accidentólogo, emergentología, medicina interna, neumonología, etc). Ello es legal y la solución se dio por la falta de especialistas. Antes de 1995, no existía especialidad en terapia intensiva. Antes de su creación, la manejaban médicos generalistas. Hay ahora un plan de exigir la reconversión de los médicos que no tienen la especialidad. Hay una crisis desde 2011 que hizo que se busquen como especialidad crítica. De ahí surge el sistema de beca con intención de formar recursos humanos. Asimismo es una especialidad desierta, con alto grado de estrés y burnout y la obligación de hacer guardias toda la vida, y los profesionales eligen menor sacrificio personal y profesional. Hay un gran porcentaje que se va de la especialidad al cabo de un tiempo, de modo que muchos hacen una

segunda especialidad y abandonan la terapia intensiva con los años. La variable del sueldo son las horas extra. Tienen pluriempleo: o trabajan muchos años o hacen muchas guardias hasta la edad jubilatoria. No hay estrategias para que eso cambie. Es como un círculo vicioso que no permite solucionar el problema de la falta de recursos humanos. La testigo eligió la especialidad al azar, al viajar a Francia con su marido que tenía una beca en neurocirugía. Hace mas terapia intensiva que clínica médica y siempre ejerció las dos actividades. Es coordinadora de la residencia desde 2011 y encargada de la curricula. Por otro lado es coordinadora de Procuración del Incucaí. Hay una gran discusión en terapia intensiva en relación el modelo de autonomía (decisión personal por encima de todos los hechos de nuestra vida) y el modelo paternatlista (de origen europeo). La provincia de Río Negro es una de los primeras del país que limitó los esfuerzos, antes de la muerte digna. Se determinó la limitación del esfuerzo terapéutico. El acuerdo de pacientes es delegado a sus familiares. El informe se da a la familia. El paciente está sedado y se dificulta su libre decisión. A diferencia de otros lugares que siguen dando el informe en el pasillo, nosotros tenemos salas de recepción de la familia de forma adecuada. Cuando se amplía la terapia del hospital una de las cosas que pidió como jefa de la terapia fue un lugar para recibir a la familia. Es ahí donde se toman las decisiones. Tanto para lo referido a la muerte, cuanto a la donación de órganos. Eso lo tienen implementado hace varios años. Desde 2005. La implementación de la plantilla de categorización del esfuerzo, desde 2010 en adelante. Hay un protocolo para tomar decisiones y como se trabaja con la familia. La finalidad principal de la terapia intensiva es porque se aspira a posibilidades de recuperación. A su vez hay una terapia de cuidados paliativos en pacientes oncológicos. Cuando hay cuidados paliativos, es porque el tratamiento no ha dado resultado y el paciente va a morir. Cuando el paciente no puede morir en su casa, muere en terapia intensiva con sus familiares. Nunca ingresan para cuidados paliativos. Solo ingresan cuando hay opciones terapéuticas. Si puede salir a una sala sería mejor. Nuestro sistema es de estructura edilicia muy antigua. Las terapias también tienen una estructura edilicia antigua. Cuando hay pacientes menores de edad o moribundos, la familia está autorizada a estar todo el tiempo. Es una estructura con una isla central de enfermería, con siete unidades separadas por paredes y al frente con puerta vidriada. Si están despiertos, pueden ver a través del pasillo. Si se pretende mas intimidad, se coloca un biombo. Ahora la tendencia es que los espacios sean cada vez mas grandes, y enfermería tiene la telemetría del paciente. La idea es hacer UTI con lugar para la familia. La familia está bastante presente. La decisión

originaria de su nombramiento fue como Jefa de Terapia Intensiva. Antes trabajó en dos años en Sanatorio Juan XXIII y dieciseis en Clínica Roca. Los primeros cuatro años de la relación con Vogl fueron de mucha cercanía. Han compartido eventos familiares, le ha prestado dinero al momento de su divorcio y escribieron un libro juntas del que cobra derechos de autor. Participaron juntas en la organización de la Capacitación en Tratamiento del Familiar ante el Trauma de Muerte, Jornadas para la comunidad y Clases de RCP en la Escuela del Sur. El año que ocurre el incidente, ella era la organizadora de un Curso Patagónico sobre Terapia Intensiva, con un año previo de preparación. Y fue instructora, a propuesta de ella, de la actividad docente del servicio de Residencia. Todas obligaciones no laborales. Tenían clases, ateneos clínicos y actividades de formación de los residentes. Eso queda asentado en un libro. En esos cuatro años hubo exabruptos, pero no contra ella. El año del conflicto, sale antes el nombramiento de Vivero al de ella, y padeció un desborde emocional. Describió a la gente de terapia intensiva como gente con una personalidad especial para afrontar decisiones y momentos difíciles, por vivir frente a familias y pacientes en sufrimiento. Comunicar no solo la muerte sino la mala evolución y mal pronósticos es difícil y estresante. Si bien con el tiempo aprenden a manejarse, el 20% hace burnout. No está institucionalizada la contención psicológica. No hay un departamento de recursos humanos donde se cuide y monitoree al personal de terapia intensiva. No solo hay que intervenir en la crisis sino previamente. El burnout impide la reinserción. El abordaje de grupo institucional es indispensable, porque no todos pueden reaccionar de la misma manera a la exigencia. Los médicos del staff suelen acudir a asistencia psicológica. Mucho de lo que les pasa hace que sea difícil separar el burnout de las situaciones de vida. A los residentes también hay que cuidarlos durante la formación. Hubo una situación de crisis en el momento de la gripe A por falta de recursos (humanos y tecnológicos) y había movilizaciones. La actora tuvo mucho compromiso en esas situaciones y acercamiento al gremio de ATE. Se filtra una información que no se pudo conocer de otro lugar que desde adentro del servicio. Se atribuyó a culpa de Vogl, creando un malestar interno que se fue diluyendo con el tiempo. La postuló para pertenecer al instructorado de Terapia Intensiva, que es un curso americano sobre el tema. Le parecía que todo iba bien, pero el cambio sutil o corte aparece cuando ella obtiene el título de especialista. Roxana Hernández y Vivero habían llegado a la provincia con el título de especialista. Desde allí nota que se posiciona de manera diferente confrontando decisiones que ella tenía como jefa. Eso ocurrió un año antes de

los hechos finales. La declarante había establecido una mayor presencia de los residentes en la sala, ante el paciente. A pesar de ser complementarios, hay una lucha de poderes entre médicos y enfermeros. Todos tienen roles diferentes, con diferentes niveles de responsabilidad. Administrativamente son entes independientes, pero a la hora de trabajar en los servicios cerrados, como es terapia intensiva, la relación tiene que ser de intercambio permanente. La dificultad más grande que dijo haber encontrado con enfermería, es la autoridad frente a las decisiones en relación a los pacientes. Frente a la urgencia, hay que hacer saber que el responsable es el médico. Esa situación intentó mejorarla con la presencia de ellos en revista de sala y el informe a la familia, donde podían estar presentes. Era importante que todos escuchen todo y manejen la misma información. En eso ella, al igual que la Dra. Hernández, sintieron que la Dra. Vogl, se posicionaba como “la buena” en la relación con enfermería. Ella no facilitaba la buena relación, generando situaciones de enfrentamiento, al señalar que en una revista de sala donde todos pueden hablar, se deja de lado a enfermería. Vogl tenía una estrecha relación con Curilen y Dailoff. Permanentemente se reafirmaba en el referente del grupo con el que tenían conflictos (enfermería). Había cuestionamientos y aun cuando todos pueden opinar, las decisiones son médicas. Esas situaciones se hacen más notorias, luego de la ida de Vogl, en que se instaló un conflicto con enfermería y también con el sector oncológico. Concretamente con la médica de cabecera, Dra. Yapur, quien no tuvo participación en la decisión de autonomía y la Dra. Amancay Villanova. El Comité de Tumores, integrado por los Dres. Sustersic y Vona, sostenía que el paciente tenía un osteosarcoma, que es una enfermedad que cae y se vuelve a levantar. Ellos creían que estaba en una recaída, a raíz de la quimioterapia y que diálisis y ventilación, permitirían darle tratamiento máximo al foco infeccioso. El pase a terapia intensiva era para darle todas las oportunidades y atenderlo. Se debe confiar en los médicos que derivan al paciente a terapia. Si no tiene chances terapéuticas, es tratado en la casa o en el hospital con cuidados paliativos, pero no a una UTI. Entra Fernandez para cuidados máximos, con un tratamiento intensivo terapéutico por 48 horas y reevaluar la situación y si no hay respuesta, retirar las medidas. Esto se hace explícitamente, con conocimiento de la familia y se escribe en una planilla. Si se cambia el plan terapéutico, firman todos los que intervienen en la decisión, quedando explicitado en la historia clínica. Este procedimiento no fue cumplido por Vogl, desatando el conflicto. Cuando Vogl se integra al mediodía, se le transmite la decisión consensuada con el Servicio de Oncología. Y a la tarde le dice que no lo habían entubado porque esperaban a la familia

para despedirlo antes de dormirlo. Luego informa que la familia y el paciente han decidido que no se le haga nada, y es ahí en que incurre en una falla. Esas son decisiones en equipo, con intervención de los médicos tratantes. Es por eso que habla con la Dra. Yapur y encuentran un paciente con medicación terminal, con lo que la médica tratante dice que no hay mas que hacer. La Dra. Villegas es testigo de todo ello. El paciente sobrevive esa noche con morfina. Propone reevaluar el caso y ver si puede haber intervención terapéutica y volver a plantárselo a la familia. A la mañana, cuando plantea considerar el caso, es cuando surge el desborde con la agresión física de Vogl hacia ella. Explica que la eutanasia activa indirecta permite calmar los síntomas para que su muerte sea digna. No se hace nunca solos y en la guardia, sino en un protocolo donde intervienen los médicos de cabecera y especialistas y se espera un consenso. Cuando se tiene la decisión de la limitación y se habla y acuerda con la familia. Antes se evitaba el sufrimiento. Ahora se hace explícitamente, con la aceptación de la familia y se escribe en una planilla y firman todos los que intervinieron: familiares, médicos y enfermeros. Eso queda explicitado en la historia clínica del paciente. Eso es lo que se obvió en aquella oportunidad. La Dra. Yapur se comunica con ella para planear una chance terapéutica y reevaluar el estado del paciente. La actora le dice que no entubó al paciente porque estaba esperando que llegara la familia, pero el necesitaba inmediatamente la hemodiálisis y entubado. Ella le manda un mensaje de texto, donde dice que la familia había decidido no hacer nada. Nunca se toma una decisión individual sino a instancias de los médicos de cabecera. Ella como jefa está de guardia pasiva puede ser llamada en cualquier momento. Para eso tiene que consensuar con la Dra Yapur. El médico de terapia intensiva, acaba de conocer al paciente. Cuando llega se encuentra con que hay una decisión familiar y la sedación final para lo terminal. Ahí la Dra Yapur dice que está ante un camino en el que no hay vuelta atrás. Vogl estaba desbordada frente a la situación, consulta en forma privada con el jefe de departamento médico (Dr Tomassone) y la hace quedar. La testigo también se queda. Estaba también Romina Villegas. El paciente sobrevive a esa noche con el goteo de morfina y frente a la sobrevida ofrece reevaluar el caso, y ver si todavía se puede hacer intervención terapéutica, porque confiaba que podía sobrevivir. La mañana siguiente le plantea a la Dra. Yapur volver a hablar con la familia, que había quedado al margen de lo que pasó. Al plantear la reversión de la decisión tomada con la familia, sobreviene el desborde de la actora, se levantó y la agarró de los pelos y le dijo “hija de puta” de frente a dos residentes. Luego presenta un certificado médico y nunca más vuelve a verla. Tuvieron

un conflicto del comité de tumores, donde debieron explicar la situación. Debíó explicar cómo se habían dado los hechos. La situación le generó un sufrimiento importante en lo personal, y difícil de sobrellevar. La testigo pidió que se citara a un comité ad hoc para evaluar el caso. Si era por mala praxis tenía que informar a la justicia. Después lo habló con el comité de bioética y de tumores, pero nunca tendiendo a acciones punitivas. Se trataba de una profesional que se aparta del servicio y deja de ser profesional a su cargo. Quedó claro que se debía cumplir con los procedimientos y protocolos. Ella decidió no hacer la denuncia. Tomassone entendió que se debía iniciar un sumario administrativo de la agresión de Vogl hacia la jefa de servicio y hasta donde sabe hay una instancia disciplinaria en investigación. Se hizo un sumario por la agresión. Ella por su parte hizo una exposición y una denuncia policial. Todo era de frente a las personas que estaban educando que eran los residentes. Se trataba de actuar hacia el futuro, no a generar conflictos. Ante la duda de que de haber seguido los protocolos el paciente hubiera vivido, se decidió seguir adelante con las actuaciones y no hacerle saber a los familiares. Fue una decisión médica. Los pacientes oncológicos conocen el sentido del sufrimiento. Hay que invadir a veces a quien se entrega y no quiere sufrir. La terapia intensiva debe ser el único lugar donde se permite morir, pero el proceso de toma de conocimiento tiene que ser con seguimiento del protocolo. Todo lo que sea paliativo se hace en domicilio o fuera de terapia intensiva. El encono entre enfermería y médicos, se da en todos los ámbitos y especialidades. En su opinión, Vogl necesitaba reconocimiento y que las cosas sean como ella quería y cuando no lo conseguía pasaba a la hostilidad. Si ella hubiese decidido mantenerse en el servicio, seguramente hubieran tenido que conversarlo antes, para intentar una relación posible, porque la considera muy comprometida y buena médica, pero de quedar debería posicionarse como jefe. Luego de lo ocurrido siguieron con los mismos protocolos, pero el hecho le dio instrumentos para intentar normas ISO. Hay que marcar bien y por escrito los procedimientos. Sobre todo en lo que hace a la comunicación de la información. Se agregó eso al manual que ya había. Hubo un cambio de enfermería y quedó la licenciada Verónica Curilen. La relación con enfermería a partir de allí quedó mal. Se formaron como dos bandos, tomaron postura a pesar de no ser parte del conflicto. En su momento no le hablaban. Se llegó a no hablar entre ellos y eso perjudica al paciente. Se negaron a ir a las salas de informes médicos. Después de mucho tiempo Curilen anunció que enfermería estará presente en el momento en que se habla con la familia. Personalmente se sintió defraudada y traicionada por la actora, y pensó mucho en lo que

había pasado, porque estaba convencida que el paciente podría salir adelante una vez más. Siempre brindó la posibilidad de que la llamen. Ella siente que escucha al equipo, Vogl compartió con ella la escritura de un libro, hizo los cursos que quiso, fue a las escuelas a enseñar RCP, nunca le negó nada. Ella no tiene la potestad para impedir nada. Nunca hubo entrecruzamiento funcional ni horario entre las actividades de Vogl y su dedicación funcional. Niega haber denegado licencias por vacaciones o capacitación o por motivos personales. Ella no elabora las guardias en el organigrama. Eso se hace entre los propios médicos. Dejó sin embargo de ser invitada a las jornadas de enfermería, a pesar de su mayor titulación. El conflicto vivido no trascendió dentro de la Sociedad de Terapia Intensiva. La actora le dijo que iniciaría acciones de mobbing y el Dr Tomasseli sostuvo que de ser así, la tendrían que separar inmediatamente, pero no se hizo porque Vogl presentó licencia médica y luego cambio de servicio. El Tribunal Ad Hoc nunca fue convocado. No fue necesario porque la actora pidió pase de servicio y cuando volvió estaba en clínica médica. Luego pidió pase a partime, porque comenzó en el Sanatorio Juan XXIII. La demandante no era especialista cuando ingresa. Había hecho una especialización pero no esa. Trabajando en terapia intensiva era full time con dedicación exclusiva y una guardia semanal. Probablemente en el ámbito privado se gana más que en lo público. En el hospital todos ganan igual. La hora extra no es mejor paga por actividad de mayor riesgo. Hay montos por dedicación exclusiva. En el ámbito público, un médico full time tiene obligación por estatuto de seis guardias mensuales. Muchas veces los médicos de terapia intensiva cubren guardias de clínica médica. Hay mucha movilidad. Siempre faltan médicos. Los residentes que están en la primera categoría deben cobrar \$ 18.000. Desconoce cuánto gana un médico full time inicial. Es muy asimétrico lo que se gana en el Estado. En general faltan médicos para cubrir guardias. Cuando Martínez llega al área de terapia intensiva ingresa lúcido, aunque en una situación de disminución de sus capacidades y el shock séptico. Podía entender lo que se le decía, el primer día. El siguiente, ya no. Sus capacidades disminuyeron y si bien no estaba en coma, las fallas orgánicas eran importantes, incluida la enfermedad del sistema nervioso central. Era un paciente oncológico, que estaba en terapia para la remisión. En una recaída de su quimioterapia. Había una buena respuesta a la quimio y había hecho una complicación de neutropenia, que es un estado de indefensión clínica y necesita aislamiento protectivo. Estaba ya infectado con compromiso multiorgánico. Se le aplica hemodiálisis, ventilación mecánica para tratar insuficiencia respiratoria y mientras tanto, se da una droga para estimular las células madre de la médula ósea.

Tenía diagnóstico de infección grave, pero aparentemente, en las evaluaciones que se hacían, la masa tumoral estaba cayendo. Preguntada acerca del modo en que se le permitió al paciente ejercer su autonomía, respondió que él había apartado a su mamá para no involucrarla, y la comunicación se estableció con la esposa. Ese día la Dra. Yapur explica sus posibilidades terapéuticas a la esposa y acuerda con la testigo qué había que hacer. Ella le da el parte a la familia, sobre los avances que procurarían hacer. El paciente estaba en pésimas condiciones, y debía hacerse por la tarde. Había que llamar a hemodiálisis, dormirlo y entubarlo. La información estaba anotada en la histórica clínica y cuando se va del servicio, el paciente no había pedido la limitación del esfuerzo médico. Es ante la posibilidad del replanteo del tratamiento del paciente que Vogl reacciona diciéndome “vas a hacer sufrir a la familia y al paciente” y me ataca. Se tienen que levantar los residentes para sacarla de encima. Presentó una nota por eutanasia activa indirecta. Por colocar morfina que acelere la muerte del paciente. Sabe que Vogl trabajó dos años con el Dr. Neira en Terapia Intensiva. Se trata de una eminencia médica. Vogl tendría que haber participado en la organización de las Jornadas de Terapia Intensiva, pero su decisión fue no hacerlo. Fueron coincidentes en el tiempo de los hechos. Las jornadas empezaron dos días después. El alejamiento preventivo del servicio lo decidió Tomassone. Ella pide el cambio de servicio inmediatamente y guió las acciones siguientes. Al pedir el cambio, ella lo hace inmediatamente después, pero lo mantiene al terminar la licencia. Cuando deja de hacer guardias pierde el plus por guardias y lo pierde en vacaciones, cuando se enferma un hijo, cuando hay enfermedad propia, etc. Ese es el reglamento.

Cristina Elizabeth Vasquez Osorio, esposa de Fernando Martínez. Conoció a Vogl el día que llegó a la Terapia Intensiva con su esposo, desde Luis Beltrán con insuficiencia renal y como estaba complicada su situación y sus riñones no funcionaban, existía la opción de que se le practicara diálisis. El no quiso. El estuvo consciente en la terapia y solicitó a las doctoras que le aliviaran el dolor. No quiso que lo tocaran. Habló con la actora y la oncóloga dentro de terapia. Había llegado en muy mal estado al Hospital, con una bacteria en su cuerpo y le estaban suministrando morfina para calmar su dolor. Tenía cáncer de pulmón. Estaba terminando con su tratamiento de quimioterapia. La Dra. Yapur lo atendía hacía un año. Ella estaba a su lado. No se apartó de él en ningún momento dentro de la sala y no es cierto que la Dra. Yapur le dijera que su tratamiento de quimio estaba empezando a tener respuesta. Solo le dijo que la quimio estaba en el final del ciclo y que le harían diálisis, que era dolorosa. El dilema que se planteó era si

el tratamiento de diálisis le permitiría seguir viviendo, a lo que ella respondió que lo aliviaría. Estaba muy dolorido y venía cansado de su tratamiento. El único estudio que se le hizo fue el anterior a la quimioterapia. En una sala aparte se reunieron, Leo Loyola (un amigo), la madrina de la testigo (Cristina Uriarte), el hermano mayor de Fernando Martínez (su esposo), el Dr. Mendez (un muchacho de Luis Beltrán) y la Dra. Vogl. En esa charla les explicaron como estaba Fernando y que el tratamiento de diálisis sería invasivo y doloroso y quedaron con la solución de Fernando que no quería que lo tocaran. No le trasladaron a él lo que se decidió, porque él solo quería saber si eso daría resultado o no y se le contestó que lo aliviaría. El primer día fue pasar la morfina y ya empezó a ver que estaban las bolsitas de su drenaje de un color muy oscuro y que sus riñones no estaban funcionando. El lo que quería es que le pasara el dolor. Llevaba arrastrando el cáncer desde los 8 años, pero siempre con tratamiento de rayos en la pierna. A fines de 2011 comenzó con toz y en las placas ya salían las manchas en pulmones. Comenzaron las consultas con los médicos. En terapia intensiva la Dra. Yapur nunca sugirió que podía dar una respuesta de mejoría cuando se le hicieran los estudios para ver los resultados de la quimio. Solo habló de que la diálisis “aliviaría”. El falleció el 22 de noviembre y la decisión de la familia fue seguir su consentimiento de no ser invadido. En el mismo momento de aquella charla respondieron que seguirían la voluntad de él. La posición de la Dra. Yapur fue que tenía pocas perspectivas en cuanto a su vida y calidad de vida, que el desenlace era inexorable. Fernando estaba cansado y lo dijo claramente. Falleció a los 36 años. Hasta 2005 que fue amputado de su pierna tuvo cáncer. En noviembre/2011 reapareció con muchas manchas en el pulmón. En general el manifestaba que vencería al cáncer. Pero perdió el optimismo cuando sus defensas bajaron, un par de semanas antes de su muerte y los dolores comenzaron a ser insoportables. En aquel momento se sintieron muy contenidos como familia por la Dra. Vogl. Se les brindó la posibilidad de estar continuamente a su lado y no esperar la hora de visita. Se les habló claramente de lo complicada que estaba la salud de su esposo y que la única posibilidad era aplicar diálisis. No se habló de la posibilidad de curar el cáncer. Tampoco de una traqueotomía. En ese momento solo estaba con una máscara. No recuerda que hablaran de entubación o asistencia respiratoria mecánica. Estuvo en terapia intensiva desde el lunes a la tarde cerca del mediodía y falleció el 22 a las 22 horas. Esa charla la mantuvieron al segundo o tercer día.

Gerardo Di Nardo que es jefe de personal del Hospital. Sabe del conflicto porque llevó un proceso administrativo a raíz de una sucesión de sumarios y notas, cuyo trámite era

de su incumbencia. La denuncia empieza con el Comité de Tumores que lo integra un médico oncólogo, médico de Terapia Intensiva y un especialista en medicina torácica, de cuyo dictamen resultaba que la actora no había seguido las indicaciones prescriptas para un determinado paciente. A eso se sumó una nota de Cristina Orlandi referida al accionar de Vogl, por un inconveniente en el servicio. Se caratula s/ presunta situación irregular –agentes Cristina Orlandi y Patricia Vogl-Hospital Area programa GR 127207-S-13. Como jefe de personal desconocía que hubiera tensión entre las doctoras. El servicio de terapia por sus características es muy cerrado. Con todo el material, elevó el expediente al Ministerio, para que indique si instruía o no el sumario. Juntó la información y lo elevó a la resolución de la Junta de Disciplina. Volvió el sumario para ampliar algunos testimonios y denuncias y se volvió a elevar. Hasta el momento de la declaración no bajó ninguna resolución. En apariencia no se resolvió. El Comité es integrado por la Dra. Yapur por Oncología, el Dr. Vona por Cirugía Torácica, y no recuerda qué profesional por Terapia Intensiva. Quienes firmaban la nota eran los dos nombrados. Separadamente llegó la nota de Orlandi. No recuerda si se agregó alguna nota de la Dra. Villanova. Es médica clínica y ya no está más en el Hospital. A partir del conflicto, Vogl solicita el pase a clínica médica. Las guardias que puede realizar un médico de terapia intensiva y en clínica médica son las mismas. También el valor de las horas extra. La Dra. Vogl ahora es Partime. La actora siempre hizo guardias activas. Las guardias se pagan solo con cumplimiento efectivo.

Eladio Saez es enfermero de Terapia Intensiva. De la relación entre Orlandi y Vogl recuerda especialmente el disgusto o fastidio que le generaba a la primera que Vogl compartiera espacios y diálogo con enfermería. Recuerda una oportunidad en que llega y la llama como a un niño preguntándole que hacía con los enfermeros. Impresionaba la forma. No puede decir cuando, pero hubo un momento en que cambió la relación. Unos meses antes de que Vogl se fuera, era prácticamente una excluida del equipo médico. Parecía una ignorada. Fue gradualmente creciendo y en los últimos tiempos era constante. Pareciera que hay siempre alguien de turno para que Orlandi tenga este tipo de situaciones. Como que cambia de víctima. A veces son los enfermeros. Siempre hay gente que es objeto de su maltrato. Una vez fue Vogl y en otras oportunidades otros. Con otros médicos se han dado situaciones difíciles también: Claudia Verchesky y Claudio Viveros, quienes ya no están en el servicio. Cuando se hablaba de un paciente se dirigía al resto de las personas y no a la actora. Era un comentario entre la gente de enfermería, esa forma de tratarla, pero nunca se lo dijeron a Vogl. La actora y

enfermería mantenían muy buen vínculo en todo sentido. Con Orlandi, teniendo en cuenta que se trata de personalidades muy diferentes, no es así. Hay en ella una supremacía hacia sus colegas. Se hace lo que ella dice bajo la expresión de “yo soy la jefa”. El testigo ha trabajado en otros servicios anteriormente y eso no pasa. Cualquier decisión debe serle consultada. Por las cuestiones urgentes tienen que llamarla. No escucha a los enfermeros. El mandato es “se hace lo que yo digo”. El destrato hacia Vogl fue gradualmente creciendo. En los últimos tiempos era constante. A partir de la internación de Martínez en terapia intensiva, se produjo un entredicho en el área privada entre Orlandi y Vogl. Desconoce qué fue lo que pasó. Había en Vogl una cualidad relevante que era la capacidad de relacionarse con el resto del equipo. Se trate de médicos, enfermeros, kinesiólogos, nutricionista, cualquiera que fuera. Los demás cambian delante de Orlandi. Su actitud es rara. El testigo participó de unas jornadas de terapia intensiva en las que a Vogl no se la dejó participar. Ella participó en lo organizativo y luego no en las jornadas mismas. No sabe lo que pasó con Fernando Martínez, mas que estaba asistido y acompañado por sus familiares en la terapia intensiva. Le consta por sus guardias que Vogl, al tomar una decisión la comenta con el equipo con el fin de horizontalizar y escuchar opiniones dando la posibilidad de opinar. La decisión de cuidados paliativos se anota en la histórica clínica. Sabe que la actora participó en la comunicación hacia sus familiares. Que se tenía que tomar una decisión importante sobre Martínez. Le consta que Vogl asistió a cursos y congresos cuando era profesional de Terapia Intensiva.

Roberto Edgardo Tomassone, ha sido jefe del departamento médico entre fines de 2011 y principios de 2015. El director es el jefe principal y hay cinco departamentos: uno de ellos es el departamento médico que nuclea a todos los médicos que trabajan en el hospital y coordina las tareas médicas y es nexo entre los médicos, la dirección del hospital y jefes de los servicios. Todos los médicos y los jefes de los distintos sectores médicos (cirugía, pediatría, clínica, etc) confluyen allí. Sabe cuál es el reclamo de Vogl aquí. Se trata del episodio que hubo en el servicio con la Dra. Orlandi dentro de la actividad de Terapia Intensiva. El 20 de noviembre lo llama la Dra. Vogl por un episodio de un entredicho por un paciente que estaba internado en la terapia intensiva. Ella pide la posibilidad de abandonar la guardia. Estaba sobrepasada y angustiada. Le pidió que se quedara y la contuvo. Se quedó. La Dra. Orlandi le cuenta posteriormente el episodio. Vogl le pide que la saque del servicio y Orlandi que la separe del servicio. A partir de este episodio y para preservar la armonía y la salud de la Dra. Vogl solicita

la salida del servicio de la nombrada. La decisión médica había sido dializar al paciente, cuando la Dra. Vogl habla con el paciente y los familiares, ellos deciden que no se lo invada y en el sector de terapia intensiva deciden no hacerlo. Orlandi se entera por Yapur (la oncóloga), que no se lo ha dializado. Lo que aclara Vogl, que no le dice Orlandi, es que Vogl habló con los familiares del paciente. Se había dado la orden de dializar a la mañana y no se lo hizo porque estaban esperando la llegada de los familiares, tal como pidió el paciente. La nefróloga informa en su momento que no era un procedimiento de emergencia. Que era factible hacerlo por la tarde. La Dra. Villegas estaba en el horario de tarde y estuvo también en la situación de informar cuando se tomó la decisión de hablar con los familiares. Vogl era de guardia y Villegas era de planta. Esta decisión médica constaba en la historia clínica del paciente, en el informe de pase de sala. Lo que no recuerda el testigo es el episodio entre Vogl y Orlandi. La Dra. Yapur no es dependiente de Salud Pública, tiene una relación muy particular con el hospital, se desempeña como consultora. No pudo explicar el vínculo que tiene el centro de oncología con el Hospital. Después de aquel episodio, habiendo investigado algunos meses, elabora un informe final, para que el director del hospital siga los pasos que creyera convenientes, en el sentido de separar o no a Vogl del servicio de terapia intensiva. Debía establecer si había incurrido en alguna falta médica. Recuerda que su conclusión como sumariante fue que hubiera actuado de igual manera. La decisión del paciente fue no someterse a la diálisis. Acababa de finalizar un ciclo de quimioterapia y se desconocía su pronóstico. La Dra. Hernández dijo que su pronóstico era malo. Hay cuestiones éticas que deben respetar los médicos y uno de ellos es la autonomía. La medicina ya no es mas paternalista. Por la opinión de dos médicos tenía metástasis pulmonar. La Dra. Orlandi se quejaba de no haber sido participada del cambio de la decisión tomada a la mañana. Lo que irritó es que a la mañana se planteó una cosa y a la tarde se hizo otra. Eso es lo que informa el declarante por escrito. Las decisiones, dependiendo de la dinámica de las situaciones se toman en soledad o en conjunto. Desconoce el derrotero del sumario. Sabe que la Dra. Vogl dejó el servicio. Decidieron pasarla al servicio de clínica médica después de un período de licencia médica, primero ordinaria, y luego extraordinaria. En el servicio de terapia intensiva suele haber conflictos. Orlandi había objetado verbalmente manejos de Vogl con enfermería en cuestiones menores, que le pidió que se volcaran por escrito, sin que lo hiciera. Orlandi no compartía ese estilo de trabajo. En las Jornadas de Terapia Intensiva Vogl y otros médicos no fueron participados y eso fue discrecional. La organización llevó varios

meses. Tuvo un par de reuniones del grupo por ello. Se planteaban situaciones de hostigamiento o desautorización o desestimación del pensamiento de otros colegas de parte de la jefa de Terapia Intensiva. Un colega había planteado retirarse del sector. Tuvo reuniones con Orlandi por estas cosas y le pidió que modificara un poco la forma con los colegas o le sugirió que podría perder la jefatura. Solo se levantó y se fue. Lamentablemente las jefaturas y direcciones no son concursadas en el Hospital. La Dra Orlandi es una excelente profesional y ha logrado un servicio de excelencia, pero tiene una forma de manejar el sector, que no se puede generalizar. La presión y exigencia, genera algunas incomodidades y su característica, ha llevado a tener problemas con gente que ha querido aportar cosas, con las que ella no ha estado de acuerdo. La gente que por su característica técnica o profesional ha producido estima especial, hoy no están en el servicio. Vogl y Orlandi, están muy bien formadas, pero la primera trabaja de forma más consensuada y logra empatía. Sus compañeros de trabajo, enfermeros y médicos logran mucho respeto por eso. Uno puede ser vertical y no consensuar obteniendo sus resultados. Uno puede ser conciliador en el trabajo, pero dentro de un marco y no salirse de allí. Vogl estaba en este último lugar. Orlandi ha generado inconvenientes en el servicio y en el camino ha generado daños colaterales. Aunque los que quedan en general suelen ser muy solidarios y tratan de mantener la armonía y apoyarse y bancar el peso. Evitan así divisiones o conflictos interpersonales. Gente valiosa (como el Dr. Vivero) se ha ido del servicio. Concretamente Orlandi imputó a Vogl por eutanasia. Verbalmente le dijo que había que hacer algo, porque el ámbito de discutir eso no era médico sino el legal. Le contestó “si vos crees que es eutanasia activa tenés que hacer la denuncia”. Sabe que no lo hizo. Hoy por hoy no hay diferencia entre eutanasia y muerte digna. Lo que actualmente hay es limitación de tratamiento o de tratamiento de final de la vida o de tratamiento paliativo. Eutanasia pasiva es instituir un tratamiento que ante lo inevitable, haga la muerte lo más digna posible. Hablar de eutanasia implica achacar un delito, porque supone una actividad. La eutanasia activa sería aplicar una inyección letal. En el último año, los conflictos casi siempre eran entre Vogl y Orlandi. Era un clásico. La Dra. Villegas es Emergentóloga. Cuando Vogl llega al servicio tenía entrenamiento en terapia intensiva. Lo hizo con el Dr. Neira, que es un especialista muy prestigioso de BA. No la hizo con Orlandi. El hecho descripto fue la gota que rebasó el vaso de una relación desquiciada en el vínculo entre Vogl y Orlandi. Había un cuadro al ingreso que lo ponen en su despacho donde había crespones negros de médicos que se habían ido del servicio de terapia intensiva. Había sido hecho como

el personal residual de terapia. Se lo mostró a Orlandi. Fue una ironía bastante oscura. Ella se espantó. Les pareció prudente sacarlo. Era poco probable que la relación entre Vogl y Orlandi pudiera continuar. La primera sobresalía junto con un par más, del equipo de seis o siete que contando a la jefa integraban el equipo médico. En terapia intensiva, cuando se habla con el paciente o sus familiares, no solo es fundamental dar la mejor y más completa información, sino saber que la comprende. Nadie va a subestimar la opinión del equipo médico, pero en el caso, se trataba de un paciente que llevaba 22 años con cáncer. Sabía lo que estaba pasando y lo que pasaría. Le consta que se le informó a la Dra Orlandi que el paciente no quiso hacer la diálisis. El procedimiento de diálisis no es curativo sino sustitutivo. Se colocan unos catéteres en las venas, se saca la sangre, se licúa y se vuelve a colocar en debidas condiciones. Puede que fuera conveniente que se le hiciera el procedimiento y verificar el resultado de la quimioterapia, pero es probable que él conociera ya la forma de la diálisis. No es doloroso pero sí invasivo. Y el paciente ya no quiere vivir más. A Orlandi se le informó que no se avanzaría y ella esa tarde se apersonó en el servicio. Desconoce que se hizo después. El paciente murió a los dos días.

Jorge Luis Mendez, conoció a Vogl cuando concurrió a rendir en 2010 en la especialidad de médico de terapia intensiva, para ingreso a residencias médicas. Estaban en la mesa examinadora Vogl y Viveros. La actora fue su instructora mientras ella se mantuvo en el servicio. Desde hace dos años es médico de planta de la terapia intensiva del Hospital y subordinado de la Dra. Orlandi. La relación entre Orlandi y Vogl no era la misma en los tiempos finales, que la que tenían cuando estaba en formación. Las diferencias aumentaron con un paciente joven del pueblo donde él se crió. Hubo diferencias de criterio en una guardia de la actora. En la mañana estaban Orlandi, Vogl, Montenegro y el testigo. La frase que recuerda es que Patricia le dice a Cristina: “conmigo hace lo que quieras pero con los pacientes no te metas”. Se levanta Vogl y agrade a Cristina tomándola del pelo. Esa mañana el planteo de Orlandi era la necesidad de avanzar con las medidas planteadas para el paciente oncológico. Allí es donde Vogl contesta con lo que dijo. La discusión de ellas había comenzado el día anterior, cuando Patricia decide dar cuidados paliativos a un paciente que necesitaba soporte ventilatorio y de diálisis. Y esa mañana la postura de Orlandi era hacerlo. Esto ocurrió en el estar médico, mientras se hacía el pase de guardia. Allí quedó a cargo de la Dra Orlandi el servicio. Montenegro continuó contando novedades. Después no recuerda como siguió todo. Finalmente se respetó la decisión de la Dra Vogl respecto al paciente Martínez.

Estaba la familia presente. La información clínica a los familiares la daba la Dra Orlandi. No sabe si ella volvió a hablar con el paciente para que reviera su postura sobre la diálisis. Habitualmente para tomar la decisión se busca consenso, ya que el paciente tenía su médico oncólogo. Por eso se buscaban medidas de soporte orgánico. Cuando todos están de acuerdo en que el paciente no se beneficiaría con ningún tratamiento, o el paciente no quiere ser tratado y quiere hacer valer su autonomía, y no está en situación de delirio, basta para que se respete lo que recibe el médico de la terapia. El protocolo no indica que deba llamar al jefe de servicio. Este paciente era multidisciplinario: oncológico, con insuficiencia respiratoria y nefrológica. Si un conjunto médico tomó una decisión a la mañana, el de la tarde debiera por lo menos avisar, por una cuestión de ética o de respeto a los colegas a los de la mañana. Los pacientes en terapia intensiva son muy dinámicos y ese dinamismo muchas veces es el que marca el camino. Desconoce si se le comunicó a Orlandi antes o después de tomar la decisión. El procedimiento de diálisis no es doloroso, pero sí cruento e invasivo. Se le busca al paciente una vena de alto flujo. Lo que Orlandi asumió es que el paciente necesitaba soporte orgánico para continuar su vida. Las dos estaban de acuerdo en la utilidad de la práctica, pero no en la postura ideológica sobre la posición de respeto hacia la decisión del paciente. La cuestión de la autonomía del paciente de frente a la muerte, es un viejo dilema ético de la medicina. Hoy por hoy la autonomía ha cobrado mucho valor. Sobre todo en el caso de tratamientos extremos. A esa altura, la relación entre ellas era mala. Solía ocurrir en las recorridas de sala que las opiniones de Vogl no eran escuchadas. Ella lo sostenía en las conversaciones más privadas y él no lo percibía así, pero cuando pasó aquel incidente, comprendió que había sido una concatenación de hechos. Nunca sintió que Orlandi la ninguneara. Lo que percibía era la rispidez entre ellas. Aquel fue un momento especialmente difícil. El Dr. Vivero no sigue en el servicio. Tuvo problemas con la Dra Orlandi. Es una persona obesa con dificultades para el cumplimiento de sus tareas y algunos conflictos familiares. Recibía muchos reproches de Cristina y terminó yéndose. Vogl es miembro del Consejo de Salud. Es un cuerpo que trabaja sobre medidas sanitarias hacia la población. Sus miembros se eligen por votación. La actora participó en la formación del testigo. Ateneos, clases, programas académicos, instrucciones, de los que Orlandi era coordinadora.

Monica Andrea Dailoff está en el hospital desde 1997. Es jefa de enfermería del servicio de emergencia del Hospital. Fue enfermera del servicio de terapia intensiva entre 2011 y 2012. Se fue de ese servicio por una situación similar a la que sufrió la Dra

Vogl. El último episodio fue porque se la sometió a un sumario administrativo que culminó en un apercibimiento. El sumario fue por una discusión con Orlandi por el Dr. Ortiz Pla. Recibieron un paciente de Valle Medio quemado, con quien no coincidió sobre como medicarlo e inmediatamente lo puso en conocimiento de la Dra Orlandi. La testigo tuvo enfrentamientos con ella por decisiones que se toman en relación a la atención directa de los pacientes, y deja registro de su parecer. Y aun cuando tiene en claro que no puede aspirar al lugar de un médico, ha cuestionado acciones, porque entiende que su incumbencia es no hacer daño al paciente. Está previsto en el ejercicio de la profesión de la enfermería. En su última etapa en Terapia Intensiva, invitaron a Vogl a una actividad académica en la Línea Sur, junto al Dr Mario Survirgen que estaba en emergencias. La Dra Orlandi le negó la autorización y cuestionó que no la hubiéramos convocado a ella. Su respuesta fue que la decisión había sido la afinidad. Cuando se comenzó a hacer la ronda conjunta (enfermeros y médicos), hablábamos en el pase con Vogl, y Orlandi se enojaba porque no le hablábamos a ella. A punto tal que se dirigía en general diciendo “cuando tengan algo que decir me lo dicen a mi” y “yo soy la jefa”. Vogl generaba empatía y escuchaba a los enfermeros. La Dra. Orlandi no comparte información con enfermería y tampoco parece interesarle lo que sabe enfermería. Para ella la opinión que valía solo era la de ella, y aun cuando es cierto que ella sabe, todos tenemos algo para aportar. Cree que el enfermero es un médico frustrado. En la actualidad la mayoría de los médicos comparten toda la información del paciente. Se comparte todo. Trabajando a la par aunque las incumbencias sean diferentes. A menos que se jubile la Dra. Orlandi, no volvería a trabajar en ese sector, porque la opinión del otro, hay que escucharla. La Dra. Orlandi no insulta. Contesta en voz alta. Actúa desconsideradamente. Como que la única opinión que vale es la suya. Cada tanto ella tenía un médico con el cual ella había un inconveniente. En las Jornadas Patagónicas de Terapia Intensiva, Vogl no participó. La Dra. Orlandi no le dio cabida. Al principio el vínculo entre ambas era bueno. Al poco tiempo comenzó a notarse el deterioro. El no dejar hacer, el no darle lugar, el no poder opinar. Empezó a aparecer la desvalorización. Es probable que Orlandi sintiera temor de que alguien pudiera ocupar su lugar como jefa. Porque Vogl tenía muy buena relación con los integrantes del equipo. Podría haber sucedido que el equipo hiciera un planteo a las autoridades del Hospital, porque se iba gente preparada en terapia intensiva. Si no se hizo fue por temor. Ella está vinculada con gente de mucho poder. La gente de enfermería le dijo que si ella se enfrentaba a Orlandi no la acompañarían. Le tenían miedo. Vogl fue elegida

para integrar el Consejo de Salud en representación de todos los trabajadores hospitalarios. Se integra con representantes de la comunidad, del consejo del discapacitado, del municipio y un representante de los trabajadores del hospital. A través del mismo se toman decisiones sobre el funcionamiento hospitalario. El presidente es el director del hospital. Se trata de una circunstancia de mucho reconocimiento hospitalario. Orlandi parece que siempre necesitara tener a alguien de punto. Había días en que ella llegaba con una energía tal que caían todos en la volteada y otros en que se agarraba con una persona en particular. La jefa médica es la Dra Orlandi y debe quedar muy claro que es así. Quien pueda querer sobresalir por sus cualidades o su naturaleza, no tiene espacio. Uno se suma a su modo de conducir agachando la cabeza. Así se fue el Dr. Vivero.

Del detalle que antecede, puedo extraer conclusiones con mayor precisión, en miras a establecer si los padecimientos que acusa la actora son, verosíblemente, consecuencia del acoso laboral a que fuera sometida, como lo invoca, por la Dra. Cristina Orlandi (Jefa del Servicio UTI).

Para un mérito objetivo de los antecedentes del caso, queda claro que la forma del manejo grupal, dentro de la unidad de terapia intensiva, y la concepción acerca de la relación médico-paciente, era claramente diferente entre Vogl y Orlandi.

Sin embargo, el distinto posicionamiento conceptual sobre el modo de manejarse social y profesionalmente, no debe ser un obstáculo para la convivencia o compatibilidad, en tanto se tenga en claro, que el respeto por la individualidad del otro, y la buena fe comunicacional, es la esencia del trabajo dentro de un grupo humano, cualquiera sea el ámbito en el que se desarrolle y mas allá la jerarquía que cada uno ocupe. Ello debe ser así, sin desconocer que hay ámbitos de mayor complejidad que otros, por el estrés a que están sometidos cotidianamente y que como en todo grupo humano, las mejores y peores cualidades de las personas salen a la luz, al tener que compartir y convivir muchas horas de la vida.

Asimismo, es natural que en el tiempo, los miembros de una comunidad laboral, vayan mutando, ganando confianza, decisión y autonomía. Es de la dinámica intrínseca de las relaciones comunitarias, siendo sustancial que los grupos humanos se adecúen a los cambios y vayan ajustando sus acciones, a las particularidades de los individuos que lo integran y el objetivo del conjunto.

A lo largo de los relatos que se desarrollaron en la extensa audiencia de vista de causa y de las declaraciones e informes prestados en el sumario administrativo, quedó

evidenciado un momento de corte en el vínculo entre Vogl y Orlandi, que comienza, aproximadamente, un año antes del hecho final. Mas hay condiciones potenciales para que tal enfrentamiento se instale, y resulta obvio que los hechos que lo evidencian, lentamente se vuelven intolerables para la Dra. Vogl, quien procura mantener la armonía, y no sin perturbaciones colaterales (insomnio, desgano, violencia interior, enojo) tolera la hostilidad hacia su persona.

Las descripciones de los testigos, la mayoría de los cuales integran el ambiente de prestación habitual, coinciden y concuerdan en que la personalidad de la Dra. Orlandi genera antipatía y hasta temor. Que busca los errores permanentemente y los marca de mal modo, generando la “sensación de miedo”, sin cordialidad ni actitud docente. Da la sensación que cuando ella llega toda la gente se pone tensa e incómoda. Toma las decisiones individualmente y no busca consenso ni escucha opiniones de los demás (Curilef). Se nota el fastidio por la relación entre Vogl y enfermería con quien comparte espacios y diálogo. Unos meses antes de que Vogl se fuera, era prácticamente una excluida del equipo médico. Una ignorada en sus opiniones, lo que era evidente en las rondas de sala. Hay en Orlandi una actitud de supremacía hacia sus colegas y permanente hace valer su condición de “jefa” (Saez). No comparte Se sabe de su verticalidad y de los daños colaterales hacia quienes quedaron en el camino, al irse del servicio gente valiosa (Dr Tomassone).

Dailoff refirió que no comparte información con enfermería y si bien no insulta, contesta en voz alta. Actúa desconsideradamente imponiendo su opinión como la única que vale. Siempre necesita alguien “de punto”. Quien pueda querer sobresalir por sus cualidades o su naturaleza, no tiene espacio (Dailoff).

El estilo de Vogl es muy diferente. Se la describió amable con el paciente y cordial con enfermería. Tiende al trabajo en equipo y escucha opiniones de quienes están en contacto con el paciente. Su cualidad relevante es la capacidad de relacionarse con el resto del equipo, pasando por médicos, enfermeros, kinesiólogos, nutricionista, etc.

Todos los compañeros de trabajo refirieron conocer las actitudes descalificantes de Orlandi hacia Vogl del último año. El trato que recibía era un secreto a voces dentro de enfermería y la mayor evidencia se daba en las rondas de sala donde bastaba que Vogl diera una opinión, para que Orlandi dijera lo contrario. Era marcada la diferencia que se hacía con otros profesionales del equipo.

Si bien de conformidad con lo dicho por Tomassone, Orlandi se quejaba de que el vínculo establecido por la actora con el sector de enfermería, era pernicioso para el

equipo de trabajo, no denunció la situación formalmente, ni explicó de qué modo en lo concreto se presentaba ese perjuicio.

Hay una evidencia en la personalidad de Orlandi que le fue marcada con posterioridad a la salida de Vogl de la UTI, en una reunión mantenida con todo el plantel del sector: enfermería, médico, el jefe de departamento el Dr. Tomasone y una asistente social que intervino como mediadora, donde se propendió a la necesidad del grupo de trabajar como un equipo, mejorar las relaciones médico-enfermero y terminar con situaciones de hostigamiento, desautorización y desestimación del pensamiento de otros colegas por parte de Orlandi.

Entiendo que la necesidad primaria de mantener la relación laboral fue determinante para no comunicar oficialmente lo que estaba ocurriendo y que, razonablemente, la actora no quería poner en riesgo el espacio de trabajo para el que se había especializado. Hay que considerar que, tal lo dicho por el Dr. Tomassone, no hay concursos en el Hospital y la jefatura de la UTI había sido otorgada a la Dra. Orlandi, desde sus inicios, entre otros motivos por haber sido la gestora y encargada de ponerla en marcha.

El uso desmedido del término mobbing, para referirse a desencuentros o conflictos laborales o al ejercicio de autoridad por parte de la jefatura, ha vulgarizado su significado, siendo prudente volver a su contenido, donde no hay un comportamiento casual o accidental, sino la búsqueda por parte del acosador con su conducta, de un efecto perverso que es el sometimiento del otro. En el acoso moral, hostigamiento psicológico, acoso ambiental o presión laboral tendenciosa, una persona o un grupo de personas ejerce violencia psicológica, de forma sistemática y recurrente, durante un tiempo prolongado sobre otra persona, en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación, su reputación o perturbar el ejercicio de sus labores y así lograr que finalmente, acabe abandonando su lugar de trabajo.

Hay en la Dra. Orlandi un estilo marcadamente autoritario de gestión, quien afirmaba su poder de forma sistemática frente a los subalternos, generando temor e incomodidad a su alrededor. Las declaraciones han sido elocuentes, y aun dejando de lado percepciones individuales y subjetivas, es inobjetable que el modo en que llevaba adelante la jefatura, desagrada y perturba la tranquilidad con que debe desarrollarse el trabajo, que ya de por sí es áspero por el ámbito donde se lleva a cabo. Podría decirse que intimida y amedrenta, conceptos que no necesariamente son inherentes al ejercicio de la autoridad. Hay un liderazgo autocrático, donde las exigencias no parecen orientadas a obtener mejores rendimientos u objetivos mas elevados, sino a marcar la verticalidad y

obediencia. Al fallar nuestro STJ en autos Dufey (10/5/2012) dijo sobre el acoso lo siguiente: "...el fenómeno del mobbing puede definirse como una conducta hostil o intimidatoria que se practica hacia un trabajador desde una posición jerárquica superior o desde un grupo de iguales hacia los que este mantiene una subordinación de hecho, conducta hostil que es reiterativa y persistente en el tiempo y que llega a adoptar métodos de influencia muy diversos, que van desde la infravaloración de las capacidades del trabajador hasta su desbordamiento por la asignación de tareas irrealizables, pasando por agresiones como la ocultación de información, la difamación o el trato vejatorio. El objeto del mobbing es la adscripción de la conducta de la víctima a los intereses de la figura o figuras que lo ejercen, coincidente o no con los de la propia organización y en su máximo nivel llega a provocar el vacío organizacional del acosado, con las lógicas consecuencias que ello comporta para su bienestar físico, psicológico y social, tanto dentro de la organización laboral como fuera de ella, de manera que en dicho acoso moral o mobbing (asalto en inglés), la víctima se debate entre conservar su puesto o sufrir el abuso de personas con poder para vulnerarla. Conocido también como terror psicológico, en el ámbito laboral consiste en la comunicación hostil y sin ética, dirigida de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, que es así arrastrado a una posición de indefensión y desvalimiento, y activamente mantenido en ella. Entendido como continuidad el "acoso moral" es un proceso, en sí mismo, de "desmoralización", deliberado y continuado, es decir, se busca un efecto de soledad, incompreensión, desilusión y desesperanza. Se trata claramente de un proceso de destrucción, y se compone de una serie de actuaciones hostiles que, tomadas de manera aislada, podrían parecer anodinas o sin importancia, pero cuya repetición constante tiene efectos auténticamente perniciosos. Una de sus definiciones se ha centrado, entre otras cuestiones, en el concepto de "comunicación", pues, en efecto, no se está hablando de maltrato o agresiones físicas o evidentes. Se trata en cambio de una violencia invisible y, si bien pueden existir determinadas acciones más "obvias", es fundamentalmente un ataque "subterráneo", que se adopta en una secuencia o proceso de destrucción sistemático y continuado. Resulta por ende y con frecuencia de muy difícil delimitación concreta por su carácter camuflado, pues a menudo se utiliza el elemento laboral en sí mismo aunque ciertamente desnaturalizado, obstaculizando o impidiendo el correcto desarrollo de las tareas de la víctima, todo ello con la finalidad de lograr que esa persona acabe abandonando el lugar de trabajo, si bien importa consecuencias mucho más graves que se extienden al ámbito de sus relaciones

personales y familiares. A tal punto llega porque el acoso laboral se nutre de acciones contra la reputación o la dignidad del acosado en el ejercicio de su trabajo, mediante la manipulación de la comunicación o de la información a su respecto, y llega a dañar su salud física y psíquica al ocasionarle insomnio, estrés y hasta depresión, que deterioran a su vez tanto más sus condiciones laborales, merced a la serie de actos del o de los hostigadores tendientes a atemorizarlo, hacerlo sentir inútil y culpable de la situación que padece, puesto que se suceden en un ámbito de poca notoriedad que impone que el trabajador denunciante corra con la difícil carga probatoria de acreditar que fue efectivamente sometido a hostigamiento, humillación y desmedro de su dignidad. Se trata en efecto de una tortura lenta y silenciosa, pero inexorable, que ataca en lo más profundo de la persona y, poco a poco, va destruyéndola emocional y psicológicamente, hasta terminar, en algunos casos extremos, con su desaparición física o con la desaparición física de otro. Quien resulta objeto de un acoso laboral padece así los mentados disturbios del sueño, mareos, pérdida de concentración, depresión reactiva e irritación y propensión a sufrir accidentes o enfermedades que aparejan a las empresas costos tangibles, amén de la pérdida de eficiencia y ausentismo, entre otras muchas anomalías funcionales que, a la postre, dan lugar además a litigios ante los tribunales, con claro deterioro económico-financiero -y aun de la reputación- de la empresa en la sociedad en general. En este sentido –cabe apuntar- se ha decidido que si se han acreditado tales conductas por parte de la demandada (mobbing), por su actitud de hostigamiento y de violencia moral contra el trabajador, la situación es susceptible de encuadrarse en las conceptualizaciones doctrinarias señaladas..."

En los casos en que existe mobbing, el grado de afectación de la víctima es disímil. Algunos sujetos comprenden el mecanismo y resisten, logrando neutralizar los efectos y escapar del encierro que puede generar el proceso. Otros van cayendo en el juego inadvertidamente, y enferman, perdiendo algunas certezas y la confianza en si mismos, quedando atrapados en el espacio de poder que le ha sido conferido al victimario, quien consigue que dócil o voluntariamente, la víctima renuncie a su rebeldía o sus derechos.

Puede que algunas personas tengan actitudes arrogantes e irritantes o utilicen un lenguaje incivilizado o inapropiado para dirigirse a aquellos con quienes trabajan, pero la cuestión es más delicada, cuando pasamos de una personalidad desagradable o intolerante o con un marcado rasgo neurótico, a la presencia de violencia psicológica sobre otro, con acciones concretas y reiteradas, de forma sistemática durante un tiempo prolongado, cuyas acciones llevan intrínseca la finalidad de anular la comunicación con

el acosado y perturbar el ejercicio de sus labores, hasta quebrar su seguridad y autoestima.

Según explican los especialistas (Número Especial de Jurisprudencia Argentina 2015-II coordinado por Patricia Barbado): "...lo habitual de estos procesos es que se trate de trabajadores normales, que han prestado sus servicios sin dificultades hasta el comienzo del conflicto en que el sujeto que padece el acoso hace de la prestación de servicios un sufrimiento con consecuencias psíquicas y/o físicas y/o sociales...". En tal contexto siempre es necesario distinguir la sistematicidad o reiteración de comportamientos que conlleva un lapsus temporal, y distinguirlo de los roces laborales que surgen en la prestación de servicios. El trabajador debe hacer su labor, y su esfera de libertad está acotada por el ámbito organizativo, de modo que, en la mayoría de las oportunidades, la posibilidad de reacción es limitada. Como rara vez hay, en estos casos, violencia física, es el carácter psicológico lo que hace difícil la percepción al principio para la propia víctima y las formas múltiples que la evidencian.

Así lo explica el Profesor de Organización y Recursos Humanos en la Universidad de Alcalá, Iñaki Piñuel y Zabala (página 53 de la publicación citada): "...El mobbing ... se manifiesta por un comportamiento de persecución continuado y persistente que se materializa en: a) intentar someter o eliminar a una persona de su puesto de trabajo usando maquinaciones contra ella; b) desestabilizar emocionalmente a una persona mediante todo tipo de estrategias buscando que ésta explote; c) atacar sistemáticamente a una persona criticando destructivamente cuanto realiza en su trabajo; d) maltratar verbalmente a una persona mediante amenazas, gritos o insultos para minarla psicológicamente atacando su dignidad; e) deteriorar deliberadamente el rendimiento laboral de una persona; f) hostigar sistemáticamente a una persona mediante acusaciones falsas acerca de su trabajo; inducir intencionalmente a una persona a cometer errores; ... j) destruir la salud física o psicológica minando la autoestima y la confianza en si misma de una persona;...l) sobrecargar a una persona de trabajo de manera sistemática o reducir los plazos de ejecución de las tareas para forzarla al fracaso en los objetivos ... El diagnóstico de mobbing no queda establecido por la mera sensación de la víctima de estar siendo acosada, sino por la existencia de comportamientos reales de hostigamiento, que se repiten y se prolongan en el tiempo contra ella. La verificación de la existencia de estos comportamientos de acoso suelen corroborar la versión de lo que la víctima refiere ... El mobbing sigue habitualmente una secuencia típica de cinco fases cuya duración puede ser variable en función de la

idiosincrasia propia de cada uno de los casos: a) Fase 1: incidentes críticos; b) Fase 2: acoso y estigmatización; c) Fase 3: intervención de la dirección; d) Fase 4: solicitud de ayuda especializada externa y diagnóstico incorrecto; e) Fase 5: salida o expulsión ... En la fase de acoso y estigmatización...la persona que ha sido 'elegida' es objeto de una focalización. Se trata de señalarla a ella y solo a ella, como alguien que merece los ataques de que va a ser objeto. Se señala al trabajador objetivo como una persona 'especialmente' torpe, incapaz o malintencionada. A veces se decretan contra ella medidas que la estigmatizan o señalan frente a los demás trabajadores ... Una vez que se hace perder el respeto a la dignidad del trabajador todo es más fácil, sobre todo si éste no hace nada por defenderse o hacer frente ... Estos comportamientos no pueden considerarse como casuales, a la vista de la continuidad, la frecuencia y la focalización con que se ejercitan contra la víctima. A pesar de ello, los intentos de los hostigadores por hacerlos pasar como insignificantes o incluso anodinos, suelen ser casi siempre exitosos. Se trata de comportamientos que presentan una intencionalidad perversa y nacen de un proceso de intención persistente y recurrente, contra una persona que se materializa en la decisión de "ir por ella". El comportamiento se dirige a perjudicar, castigar, minar psicológicamente y aterrorizar al trabajador usando contra él un tipo de manipulación agresiva que pretende su exclusión. En esta fase comienzan a aparecer una serie de secuelas psíquicas que interfieren con el desempeño laboral, afectándolo y modificándolo a la baja ... La inseguridad genera lentitud e incrementa los errores y fallos...".

La descripción de las etapas y procesos se condice con las ejemplificaciones que la misma actora hizo, acerca del modo en que se fue desarrollando su situación en particular. De dichos ejemplos dieron cuenta los testigos.

Hay en las conductas desarrolladas por el acosador una rica gama de matices y de polifacéticas consecuencias sobre la víctima prestadora de trabajo. La afectación de la actora fue creciendo en el tiempo, y culminó con la desautorización de Vogl de cara al caso del paciente Fernando Ariel Martínez Herrera, situación que aun con sus mas y sus menos, llevó al descrédito de la actora y a la necesidad de separarse de su lugar de trabajo, como forma de recuperar su salud emocional.

El hecho en cuestión fue límite y varias son las lecturas y reproches que pueden hacerse al comportamiento de Orlandi y Vogl. Pero mas allá de todo cuanto diré sobre ello, la reacción impropia y violenta de la demandante es, en tal contexto, la suma de acciones subterráneas tendientes a desautorizarla como persona y profesional, desde largo tiempo

atrás. Y marco aquí un dato no menor: no ha habido en el sumario abierto, una decisión sancionatoria hacia Vogl, habiendo sostenido el Dr. Tomassone en este ámbito que, luego de haber hecho una indagación profunda sobre lo ocurrido, habría actuado de la misma forma que lo hizo Vogl, ante la decisión del paciente, quien eligió no someterse al tratamiento invasivo decidido por su médica tratante.

De conformidad al desarrollo de los hechos, en la mañana del día 20 de noviembre, la Dra. Yapur, médica de cabecera dispone que debe aplicarse al paciente Martínez, dos procedimientos que habrían de llevarse adelante en la UTI-donde estaba internado el nombrado- y que de conformidad con los turnos, debían realizarse bajo responsabilidad de la Dra. Vogl en el turno de la tarde. Es el paciente quien, quien conociendo la condición irreversible e incurable de su enfermedad, en estadio terminal, manifestó su voluntad en cuanto al rechazo del procedimiento dispuesto, plenamente consciente de que las perspectivas de mejoría eran inexistentes y que solo le prolongarían la agonía. Fue muy marcado en el testimonio de su esposa, que el tratamiento de diálisis solo lo “aliviaría”, en palabras de Yapur, cuando él preguntó si eso daría resultado o no. No se habló de la posibilidad de curar el cáncer. Y todo indica que al momento de decidir como lo hizo, Martínez y su familia fueron informados en términos claros y adecuados, de aquello que él quería saber. La cónyuge de Martínez Herrera fue categórica sobre ello.

Yapur y Orlandi al ser avisadas por mensaje de texto concurren al Hospital. La primera refiere que en razón de la medicación que se le está administrando, ya no es posible continuar con la práctica dispuesta por la mañana. La segunda, en un espacio privado mantiene una conversación con Vogl, cuyas condiciones conocemos lateralmente, de la que esta última se va llorando, en dirección al consultorio del Dr. Tomassone, a quien pide se la releve de la guardia. El nombrado le sugiere que no se vaya, a menos que la Jefa de UTI la releve por escrito.

Cierto es que se trata de una situación que puede considerarse límite, pero tal hecho, fue lisa y llanamente una desautorización y desacreditación hacia Vogl, a punto tal que a la mañana siguiente, cuando la Dra. Orlandi analiza la posibilidad de retomar la aplicación de hemodiálisis y una nueva conversación con los familiares, es cuando la actora se abalanza sobre la primera, le increpa que la pelea es entre ellas y que no puede involucrar a los familiares. Es en tal momento que toma la cabeza de su jefa entre sus manos y la insulta.

No hay documentación escrita que indique que se cumplieron con las exigencias de la

ley 4264 (acta firmada por todos los intervinientes en el acto) de la que resulte que “...la información...es brindada por el profesional o equipo médico interviniente, con el aporte interdisciplinario que fuere necesario...a los efectos de que al prestar su consentimiento lo hagan debidamente informados. En todos los casos debe dejarse constancia de la información por escrito en un acta que debe ser firmada por todos los intervinientes del acto...”.

Las actuaciones seguidas en el ámbito administrativo en el expediente “S/presunta situación irregular Agentes Cristina Orlandi y Patricia Vogl- Hospital Area Programa General Roca” (127207-5-201) fueron agregadas por la demandada a fs. 628/709.

Sus constancias arrojan el siguiente derrotero:

-en 21/11/2012, la Dra. Cristina Orlandi presenta nota al Sr. Jefe de DAM Dr. Roberto Tomassone en la que describe los hechos acontecidos en la UTI en la tarde anterior y la mañana de ese día. Explica que el paciente Fernando Martínez Herrera tiene una patología oncológica en tratamiento con la Dra. Romina Yapur y la Dra. Amancay Villanova, con seguimiento en el Comité de Tumores por la metástasis pulmonar. Que ingresa con una intercurencia infecciosa en relación a neutropenia postquimioterapia, por sepsis severa con fallo renal agudo, iniciándose tratamiento ATB, hidratación parenteral y compás de espera con respecto a la diálisis. Reevaluado a la mañana siguiente por la Dra. Yapur se decide con acuerdo de la esposa la diálisis. En el pase de la guardia a la Dra. Vogl le informa sobre la necesidad de dar curso a la diálisis, oportunidad en que ella expresa su desacuerdo, contestándole que había sido una decisión consensuada. Por la tarde le llegan dos mensajes de texto. Uno manifestando el acuerdo del paciente con la diálisis, y mas tarde otro, diciendo que el quiebre del paciente y la familia, motivó la suspensión del esfuerzo terapéutico y el pase a medidas de confort. Se comunica por el cambio de rumbo y le pregunta si habló con la Dra. Yapur y ante la negativa le avisa a la nombrada y va al Hospital. Al llegar a la UTI, la familia está acompañando al paciente, a quien se le administraba goteo de morfina. La Dra. Yapur habla con el paciente y la familia y luego, en la sala médica hablan con Vogl y la Dra. Romina Villegas. Yapur manifiesta su desacuerdo y explica la situación médica y oncológica del paciente. Considera también que no hay vuelta atrás con la familia y que ya no se puede cambiar el discurso con ella. La situación provoca el desborde emocional de Vogl, a quien le ofrece retirarse y tomar su guardia, pero se niega y concurre a hablar con Tomassone. En la mañana siguiente, el paciente seguía con vida y la Dra. Vogl reacciona con violencia física y verbal contra su persona,

advirtiendo que hará denuncia por mobbing. En tal oportunidad solicita el alejamiento preventivo de la Dra. Vogl de la UTI.

-en 21/11/2012 los Dres. Amancay Villanova, Romina Yapur, Pablo Romero y Alejandro Vona, ponen en conocimiento del Director del Hospital mediante nota lo que exponen como “decisión unilateral e inconsulta” adoptada por la médica de guardia de terapia intensiva del día 20/11/2012. Explican que se trata de un paciente de 33 años, con antecedentes de tumor de rodilla derecha, operado por primera vez a los 8 años en Choele Choel. A los 20 le resecan un sarcoma de bajo grado en rodilla derecha. En 2003 recae localmente y se realiza Radioterapia. En setiembre/2005 es derivado por sufrir una complicación vascular se realiza amputación supracondilea. En noviembre/2011 se confirma por biopsia progresión pulmonar de su sarcoma, y se descarta posibilidad de resección quirúrgica, comenzando con quimioterapia. Realiza 4 ciclos con favorable respuesta y buena tolerancia. En octubre/2012, se continúa con el tratamiento, evidenciando respuesta parcial y no progresión de enfermedad. En la segunda semana de noviembre se realiza el quinto ciclo de quimioterapia. El fin de semana anterior a los hechos, presenta cuadro neutrogénico febril mas parámetros de insuficiencia renal aguda, interpretándose como secundaria a cuadro séptico, por lo que se requiere su hospitalización en terapia intensiva, para manejo del cuadro agudo. Evaluado por los médicos tratantes y en concordancia con la médica jefa de UTI se dispone, para sacar al paciente del cuadro agudo, dado que oncológicamente es un paciente viable con respuesta parcial y aceptable calidad de vida, discutido y avalado por el comité en reunión semanal en 20/11 (dato que no queda asentado en la historia clínica), avanzar con las medidas terapéuticas. Al concurrir los médicos a evaluar al paciente, se les pone en conocimiento de que la médica terapeuta de guardia, el día martes 20, decidió suspender toda conducta terapéutica y sedar al paciente sin consultar, ni consensuar dicha medida con los médicos tratantes e involucrados en el seguimiento y tratamiento del paciente. Entienden que es una conducta inconsulta que avasalla y menoscaba el correcto accionar del Comité, en desmedro de la decisión conjunta y consensuada del equipo multidisciplinario tratante del paciente.

-En 29/11/2012 la Dra. Vogl, comunica al Dr. Tomassone que el paciente Miguel Martínez, quien era portador de un sarcoma con metástasis pulmonar ingresó a UTI por neutropenia y falla renal aguda. Que a las 14 horas se le informa al paciente que por decisión de la médica oncóloga Dra. Yapur y Dra. Orlandi, se le practicará intubación orotraqueal, ventilación mecánica y hemodiálisis. Martínez solicita ver a su madre y

hermano que estaban viajando desde Valle Medio, a lo que accede, mientras se comunica a Nefrología (Dra. Setti) que ha de iniciar la hemodiálisis y se requiere material a hemoterapia. A las 16.30, la Dra. Villegas médica de planta del servicio de Terapia Intensiva, le comunica que la madre y el hermano del paciente solicitan no avanzar con la terapia invasiva, ya que conocen las medidas terapéuticas realizadas y por realizarse, situación ante la cual junto al paciente y el resto de la familia, replantea el camino a seguir. El enfermo solicita no ser invadido y evitar el sufrimiento, manifestando entender que las posibilidades de recuperación son solo paliativas. Acompañada por colegas médicos y de enfermería, se decide no avanzar en las medidas invasivas, con sustento en el principio de autonomía. Se comunica la decisión a Nefrología y a la Jefa de la UTI.

-la Dra. Silvia Setti, médica nefróloga, en relación a los hechos ocurridos en la UTI, informa que la Dra. Orlandi le refirió que se trataba de un paciente oncológico con diagnóstico de sarcoma con metástasis pulmonares en tratamiento quimioterápico de tipo “paliativo”. Dado que era solo paliativo y la calidad del paciente (ya amputado) no era óptima, teniendo en cuenta que el tratamiento dialítico es invasivo, se decide con la Dra. Orlandi y en forma consensuada con el equipo médico de UTI, postergarlo hasta la tarde, a fin de lograr comunicación entre familia-paciente-grupo médico tratante. El paciente estaba lúcido por lo que se le dio participación en la decisión. A las 13 hs, la Dra. Roxana Hernández (médica de UTI) ante su llamada para iniciar el tratamiento, le responde que se espera a los familiares directos. A las 16 hs la Dra. Vogl informa que paciente y familiares deciden no progresar en el tratamiento, por lo que se resuelve no hacer diálisis.

-en 20/12/2012, la Dra. Rosana Hernández, médica de la UTI, dice que el paciente Martínez Herrera había ingresado en su guardia. Según le menciona telefónicamente su médica tratante Dra. Yapur, está bajo tratamiento quimioterápico, “no como tratamiento curativo, sino tendiente a lograr una sobrevida”. Ingresó en principio para brindar tratamiento conservador, no habiéndose planteado indicación de medida invasiva para tratar el fallo renal agudo con que llega. Al empeorar su estado clínico y de laboratorio en la mañana siguiente, se plantea la escalada terapéutica, desconociendo lo que pasó esa tarde. Se permite sin embargo decir que “...fundada en mi entender personal, mas allá del afecto personal que preferiría dejar de lado en estas circunstancias...entiendo que quizá, las formas debieron ser otras, pero puedo dar fe, que bajo ningún motivo se actuó con mala intención, entiendo que se dio lugar al decir de los familiares directos y

del propio paciente, con la sola intención de no dañar, y acompañar lo que se interpretó en ese momento, era la voluntad del enfermo...”.

-En 21/12/2012 la Dra. Romina Villegas, médica de UTI, contesta que el 20/11/2012 ingresa en su horario habitual de las 14 horas, estando en guardia la Dra. Vogl y los residentes Dr. Jorge Mendez y Rosaura Montenegro. El paciente Miguel Fernández solicita que previo a la sedación para la realización de la intubación oro-traqueal, se aguarde la llegada de su madre y hermano. A las 16 horas la familia solicita hablar con los médicos y relatan una situación familiar similar (el padre del paciente también murió de un cáncer avanzado) y solicitan no prolongar el sufrimiento, en pleno conocimiento del pronóstico de vida y la pobre calidad de vida que tiene.

-en 8/1/2013 el Dr. Juan Claudio Vivero, médico especialista de Terapia Intensiva, invoca que a su entender “se ha incurrido en problemas comunicacionales, que hacen al trato diario y habitual de nuestro trabajo”. Que solo conoce los hechos del día posterior y refiere saber de la tensión existente en el trato diario entre Vogl y Orlandi, anterior al hecho, como consecuencia de otro evento que fue resuelto puertas adentro del servicio.

-En 25/3/2013 Orlandi pide se inicie un sumario administrativo por la inconducta y por haber desobedecido las directivas médicas que ella había dado con respecto a Fernando Martínez Herrera, de los médicos tratantes y del Comité de Tumores. Solicita además que no se permita incorporar la hoja que agregó a la historia clínica la Dra. Vogl, cuando ya estaba con licencia médica.

-En 5/4/2013, ya elevado el expediente a Juan de Disciplina, se pide una ampliación de los informes concretamente en lo relativo a la situación de hecho vinculada a lo que la Dra. Orlandi llama “violencia física y verbal contra mi persona”. La nombrada informa que la mañana del 21/11/2012, cuando está hablando en el pase de guardia con Vogl, Mendez y Montenegro de replantear decisiones terapéuticas respecto del paciente Fernando Martínez, la actora se levantó violentamente de su silla, se abalanzó hacia ella, la agarró de los cabellos y le sacudió la cabeza, gritándole “hija de puta”. Que luego la soltó y se retiró de la sala.

-Vogl agrega a su informe original que en la tarde del 20/11, previo a la llegada de Orlandi y Yapur al Hospital, la primera ya le había dicho telefónicamente que “...no tengo espaldas para tomar esta decisión, no soy quien...”. En presencia de las Dras. Yapur, Villegas y Montenegro (esta última residente), Orlandi le ordena retirarse y dice: “no tenés cintura para esta decisión”, “no sabés nada”, “tenés 6 meses de especialidad”, “retirate de la guardia, yo me quedo a cargo”. Bajo esa circunstancia es que se entrevista

con Tomassone. A la mañana siguiente la Dra. Orlandi se presenta en la UTI y se dirige a enfermería indicando reinstaurar toda la medicación del día previo y la diálisis, comunicando ante los Dres. Méndez y Montenegro que hablará con la familia del paciente, oportunidad en que le pide que con ella haga lo que quiera, pero que no genere más sufrimiento al paciente ni a su familia, recibiendo por respuesta "...mataste un paciente. Hiciste eutanasia...", frase que repite varias veces. Fue en tal contexto que tomó la cabeza de Orlandi entre sus manos y la insultó. Es por dicha reacción que solicita a Dirección Médica un cambio de función, entendiendo que era riesgoso seguir trabajando a las órdenes de la Dra. Orlandi.

-Por Resolución 253/JD/2013 se ordena la instrucción del sumario.

-En 23/6/2014 presta declaración testimonial Orlandi, reiterando lo ya explicado. Entiendo trascendente solo agregar lo siguiente: "...Nosotros tenemos un protocolo de limitación de esfuerzo, siempre que se decide alguna cuestión debe ser consensuada, si no hay consenso se espera un día y nos volvemos a reunir hasta que haya acuerdo. Quiero decir que las decisiones no se toman unilateralmente...".

-A fs. 689/700 obra un trabajo sobre visitas e informe a la familia en UTI, acompañado de una planilla tipo de categorización del esfuerzo terapéutico y limitación del sufrimiento.

-En 23/6/2012 declara la Dra. Romina Villegas, quien manifestó haber estado presente en el intercambio del día 20/11 por la tarde. Dice que: "...no fue una discusión; Orlandi entró al servicio pidiéndole explicaciones a Vogl en todo elevado, casi agresivo, en compañía de Yapur sobre una decisión que inicialmente fue mía y que la Dra. Vogl luego respaldó. Vogl cerró las puertas para que no se escucharan los gritos. Después terminaron gritando las tres. Orlandi pretendía que al paciente se lo dializara y demás, que lo siguieran invadiendo...no fueron insultos pero se descalificaron profesionalmente: primero Cristina a Patricia le dijo `tenés burnout, tenés que hacerte tratar`... Patricia le responde que estaba loca, fuera de si. El clima de estrés era muy fuerte y de mucha tensión...". Y agrega finalmente que "...entre Vogl y Orlandi siempre hubo clima de tensión. Nosotros –los del servicio- sabíamos que si había cuestiones por plantear no serían bien recibidas por Orlandi. Entre ellas puede percibir cierta rivalidad, debido no se a que. Cristina era muy celosa de las decisiones que tomaba Patricia. Creo que Cristina veía en Patricia una rivalidad profesional, no se si por el crecimiento de Patricia o por la llegada con enfermería, pacientes y con el resto del personal...".

Concluyo que los reproches originarios de Orlandi por los que cuestiona a Vogl en 20/11 por la tarde son los siguientes: que carecía de facultades para tomar la decisión de dar cuidados paliativos, sin anuencia de Jefatura, profesional de cabecera y Comité de Tumores y que, en su opinión, había perspectivas de mejoría en el paciente.

Mi hipótesis es que Orlandi desautorizó a Vogl, sobre el presupuesto de que carecía preparación profesional suficiente para decidir como lo hizo. Que se dirigió a ella en términos agraviantes, convencida de que no había hecho lo que debía y que, entre lo que “debía”, estaba prevista la obligación de ponerla en conocimiento como jefe, y no tomar la decisión por sí.

Ha quedado claro también que la actora no consultó a la profesional tratante del paciente, pero la Dra. Yapur, según información telefónica que le diera a la Dra. Rosana Hernández, médica de la UTI, quien intervino en la comunicación y participó de los hechos esa tarde, el paciente estaba bajo quimioterapia, no como tratamiento curativo, sino tendiente a lograr una sobrevida. No había motivo para evaluar la decisión con el Comité de Tumores, pues su participación en la decisión de abordar el tratamiento invasivo al paciente, no estaba informada en la Historia Clínica del paciente.

No hay protocolo que indique el camino a seguir, sin perjuicio de lo cual se detalla en el memo de “visitas e informe a la familia en UTI” (de fs. 689/695) que “...El informe a la familia lo debe dar en lo posible el mismo médico del staff y el de mayor experiencia, acompañado por el enfermero a cargo del paciente. El intensivista informará sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico y el enfermero sobre los cuidados, confort, sueño, alimentación, etc... También se deben planear conferencias o entrevistas entre la familia y el equipo tratante luego de los primeros días, cuando la evolución es desfavorable, para dar información, compartir opiniones y llegar a un consenso con respecto a lo que se hará o se decidirá no hacer. Dentro de ellas se encuentran las conferencias del final de la vida, destinadas a consensuar el buen morir y los cuidados paliativos... Este modo de decisiones compartidas requiere reuniones periódicas del equipo de UTI y entre el mismo y la familia. Esta interacción produce menos conflictos, crea menos falsas expectativas en la familia y mejora la colaboración entre la familia y el equipo de la UTI. La categorización del esfuerzo terapéutico debe quedar asentada en la historia clínica (ver planilla en apéndice). Esto evitará que durante la guardia se tomen conductas contrarias a lo decidido por el equipo de la UTI con acuerdo de la familia, como así también ingresos a la unidad de pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico desde otros sectores de la institución...”.

La “planilla de categorización del esfuerzo terapéutico y limitación del sufrimiento” que en apéndice queda agregado a fs. 697 (69 del sumario), contempla los datos del paciente, fecha de ingreso, diagnóstico de ingreso, marcando la categorización del tratamiento según se trata de ilimitado soporte completo, limitado soporte incompleto, limitado y/o suspensión de esfuerzo terapéutico, etc y fecha de cambio de la categorización. Tal planilla no está agregada a la historia clínica y tampoco, en apariencia, el detalle con firma de las Dras. Villegas y Vogl de fs. 243, que con nota aclaratoria, fue agregada el 22/11/2012.

El protocolo no dispone que deba llamarse al Jefe de la UTI, ni para escuchar al paciente, ni para explicar su cuadro y sus posibilidades, ni aun para decidir no practicar el tratamiento invasivo. Solo prevé el respeto por la decisión autónoma del paciente y su familia. Si es ético o no avisar al médico tratante, o al jefe de la UTI, es una cuestión que transita otro carril, pues no está en juego una decisión médica, sino la del paciente.

En tal sentido, lo que percibo es un enfrentamiento entre dos líneas de pensamiento sobre la función de la medicina en instancias terminales. La Dra. Orlandi, parece entender que es la decisión médica la que debe ser sostenida, mas allá de lo que resuelva el “supuesto beneficiario”. En todo caso, lo que se podría haber cuestionado es la veracidad de la información transmitida al enfermo, quien en palabras de su esposa, había preguntado a la Dra. Yapur el sentido del procedimiento que se le practicaría y tenía plena conciencia de su nulo futuro, de conformidad con las respuestas que ella le había dado.

Pareció no comprenderse que esto no era un duelo de médicos. Ni siquiera una discusión ideológica entre paternalismo y autonomía. Es el derecho a la autodeterminación del paciente, acompañado por su familia. Es él quien decide resistirse al tratamiento, en procura de sustituir un fallecimiento probablemente mas lejano, por un camino que considera mas decoroso. Es su elección, que el equipo sanitario se abstenga de actuar con tratamientos que solo pueden prolongar una muerte inexorable, eligiendo no poner mas el cuerpo.

Cierto es que merece reproche, que las Dras. Vogl y Villegas, hayan omitido cumplir con los aspectos formales de la ley y el catálogo a que hice referencia anteriormente, pero no quedan dudas de cuál fue la elección del paciente y su familia. Ello que podrá ser materia de otro juzgamiento, sea en el ámbito administrativo, ético o profesional específico, no concierne a esta pretensión.

Un diálogo tolerante y confiado en que la profesional habría de actuar como

corresponde, hubiera permitido entender razones, tolerar diferencias y, priorizando la decisión del paciente y su familia, salirse del centro de la escena, pretendiendo que es ella la única que sabe como actuar en tales circunstancias.

Tal descalificación se eleva al punto máximo, cuando al día siguiente, pretende desandar el camino transitado por la Dra. Vogl, desoyendo la decisión tomada en conjunto. Había quedado claro a esa altura que la aplicación de terapéutica paliativa, si bien no había sido consultada con Orlandi, fue consensuada con la Dra. Villegas, el paciente y sus familiares, habiendo participado del proceso informativo, no solo las médicas sino también enfermería, tal como lo requiere el manual de buenas prácticas en terapia.

El último dato significativo es que el enfrentamiento solo se concentra en la persona de Vogl, dejando fuera a la Dra. Villegas, lo que acentúa aun mas las razones que vengo abordando, acerca de que el descrédito estaba focalizado exclusivamente en la actora.

A esa altura el vínculo estaba quebrado, y si bien no se justifica la reacción violenta de Vogl la mañana del 21 de noviembre, forma parte del desborde y estado de ansiedad que venía padeciendo. En tales condiciones, parece razonable el pedido de Orlandi por un lado, tendiente el de la primera a un traslado preventivo de la actora del servicio, y el de Vogl por otro, asumiendo que la continuidad del vínculo bajo las condiciones existentes, era ya insostenible, o incompatible.

A fs. 506/507 obra informe psicológico de la Licenciada Rubenacker, quien atendió a la actora en dos períodos: 1-desde agosto/2010 a diciembre/2010; y 2-desde marzo/2012 a febrero/2013. Relata que a fines de octubre/2012 la demandante experimenta un episodio de extremo estrés "...en referencia con su superior, quien la expone ante sus colegas y familiares de un paciente, hecho que profundiza seriamente su cuadro depresivo, de tal manera que sugiero un acompañamiento mas cercano con un psiquiatra de la ciudad...después del evento laboral su sintomatología (depresión leve) evolucionó a moderada: angustia y tristeza profunda, irritabilidad, pérdida de sentido de la vida, alteración del sueño, pérdida de apetito, falta de interés por cuestiones habituales de su cotidianeidad, desesperanza, autoestima baja, miedo a no poder disfrutar de su profesión, inseguridad en su criterio médico, distanciamiento del lugar de trabajo...Las secuelas que presentó la Dra. Vogl, son significativas dado que se trata de una paciente muy responsable, capacitada, que mantenía una relación óptima con su profesión, se sentía a gusto en su lugar, no presentaba problemas en esa área. Un cambio significativo en la relación con su superior que había comenzado con anterioridad al hecho como

distanciamiento con ella, relegación de tareas. Después del hecho y hasta que la dejé de atender (21/3/2013) presentaba: inseguridad profesional y baja autoestima, evitación de tareas con mayor responsabilidad y cerca de su superiora, distanciamiento de su ámbito específico de trabajo que era Terapia Intensiva, pérdida momentánea del proyecto profesional, reorganización laboral en otro ámbito médico en el cual es valorada y respetada en su profesión...”.

Su psiquiatra Dr. Humberto Ruggieri habla también de dos etapas de tratamiento, habiendo iniciado la segunda de ellas un par de meses antes del hecho que venimos tratando: “...el 21 de setiembre de 2012 consulta por un cuadro depresivo que manifiesta comenzó en el mes de julio a raíz de dificultades con su jefa de terapia intensiva. Diagnóstico: cuadro depresivo reactivo en grado moderado a leve...Medicada con...Se realiza control mensual. En el mes de noviembre se agrava el cuadro a causa de reiteradas situaciones de discrepancias con su jefa, entre ellas, manifiesta haber sido desacreditada profesionalmente frente a sus pares y pacientes. Surgen como síntomas: angustia, alteración del sueño, trastornos alimentarios, abulia, apatía, desgano para ir a trabajar, sentimiento de impotencia e injusticia, enojo, tendencia al aislamiento...Se vinculan estos síntomas con un estado de stress laboral. Se continúa con la misma medicación. Se da el alta después de ocho meses dada la resolución de la sintomatología de stress y depresiva. Queda como secuela un sentimiento de haber sido discriminada arbitrariamente, agredida, descalificada profesional y moralmente, sometida injustamente a malos tratos. Esto se corresponde con daño moral, no habiendo al momento patología psiquiátrica...”.

A fs. 530/547 obra agregado dictamen de la Licenciada en Psicología Susana Rinne, perito oficial designada. El extenso informe contiene tramos que he de transcribir para sintetizar los conceptos más destacados de las conclusiones. Referido a la situación ocurrida con el paciente Fernando Martínez se transcribe su relato: “...Mi manera de ser no se adecuó en el último tiempo en el área que trabajaba. En esta área, mi superior era Cristina Orlandi y su forma de dirigir al grupo era verticalista. Yo respetaba su rol de jefa, de superior, y me adecuaba al contexto. Valoraba su formación académica. Pero no podía dejar de ser yo misma, y trabajar en la comunicación con el resto del equipo. Recuerdo que el hecho detonante fue a fines del 2012, durante una de mis guardias decido en conjunto con la Dra. Villegas no avanzar en las medidas terapéuticas invasivas en un paciente oncológico basado en el principio de autonomía del mismo paciente y con total acuerdo de su familia. Esto era lo que habitualmente se hacía. Esta

decisión fue tomada durante el horario de guardia ya que era el momento en que debían tomarse estas conductas invasivas o iniciar cuidados paliativos que tendieran a la muerte digna. Esto generó de parte de mi jefa una conducta desbordada, denigrante hacia mi persona y hacia mis capacidades. Me dijo “Vos no sos quien para tomar estas decisiones, no tenés espaldas”. Y esto es lo que más me resuena, y me solicitó que me retirara de la guardia...Al día siguiente, se presenta nuevamente la Dra. Orlandi y comienza a dar indicaciones para iniciar conductas terapéuticas invasivas sobre el paciente, y me acusa sin que el paciente hubiera fallecido, sino solo sedado pero entubado, de que yo había matado al paciente. A lo cual respondo que haga conmigo lo que quiera, que me retiraba del servicio, pero le pedí que no generara más dolor a esa familia y en el paciente. Este fue el detonante de la situación que venía arrastrando hace un año. Durante un año viví la imposibilidad de expresarme profesionalmente. Todo era desestimado solo porque venía de mi parte. Cuando mis sugerencias eran puestas en boca de otra persona eran aceptadas. Iba a trabajar y no tenía tareas asignadas. La incomodidad era permanente con su presencia. Yo no era involucrada cuando se trataba de temas para decidir en equipo. Me dejaba aparte. Ninguna decisión básica podía ser tomada sin su conocimiento. No dejaba compartir un conocimiento. Por ejemplo si tenía conocimiento de un material para abordar en grupo, ella lo filtraba primero y después se veía si se conocía o no. No podíamos participar en charlas o cursos a los que éramos invitados, si antes no pasaba por ella. Eso fue nocivo para mí...Empecé a estar angustiada, deprimida, desganada. Tenía trastorno de sueño, no podía dormir bien. Me dormía pero a las dos o tres de la mañana me despertaba y no podía seguir durmiendo. Me sentía mas cansada. Bajé de peso...en esos momentos tenía menos apetito. Dolores de espalda. Tenía palpitaciones. Desasosiego a las mañanas, inquietud. Fue una etapa gris, y el trabajo era todo para mí. Fue mi apoyo. No fue fácil dejar a mi familiar y venirme y el trabajo me ayudó mucho...Después de todo esto, fui convocada para trabajar en el Juan XXIII hasta la fecha...”. En referencia a las emociones dijo sentir: “...angustia, sin sentido, enojo al principio, pero después el sinsentido...perder la confianza en mí y en la gente, en la palabra dada, el miedo a no poderme insertar...miedo a sentirme juzgada negativamente por mis pares...y no se revisó nada de la dinámica de ese grupo...perdida de reconocimiento...el trabajo no me dejaba nada,..”. En relación a las relaciones familiares y sociales expresó: “...los primeros meses me aislé en casa, y después fortalecí mis amistades...pude salir con la ayuda de mis amigos y la terapia. Siempre pienso en todo esto, y hoy recuerdo esa situación y

todo lo que pasé y me genera impotencia, angustia, dolor...te deja traumada, paralizada una situación así...hoy estoy más tranquila, pero me asusta pensar en pasar nuevamente por algo así...me anula...como si tuviera la mente en blanco...”.

Vogl es descripta como capaz de adaptarse a situaciones nuevas y personalidad plástica que le permite reordenarse frente a situaciones adversas, con actitud abierta y condiciones para la relación social. Necesita ser tenida en cuenta, sin llegar a ser complaciente. Con marcado rasgo de personalidad de perfeccionismo. Tiene la sensación de estar traumatizada por el acontecimiento de autos, que supera la capacidad de elaboración de su aparato psíquico. Socialmente se siente dañada internamente y con temor a que una situación semejante pueda repetirse, con repercusiones más severas en su psiquis. Si bien mantiene un control rígido sobre su conflictiva, cuando las defensas fallan, la angustia, el enojo y la ansiedad invaden su psiquismo, haciéndola sentir impotencia, inseguridad y frustración. Muestra un intenso temor a ser dañada, descalificada, con sentimientos de vulnerabilidad.

En respuesta a los tests practicados se revela una persona idealista, egocéntrica, tradicionalista, conservadora y nostálgica. Empobrecida por la presencia de ciertos temores en las relaciones interpersonales e intensa ansiedad. Con sentimientos de inadaptable, antepone la pasividad por temor a las agresiones del medio ambiente. En lo que hace concretamente a la situación de acoso dice que lo ha experimentado y su intensidad y afectación han sido moderadas. Que cumple con los criterios descriptos para el diagnóstico de “trastorno adaptativo con ansiedad”. Se le han hecho pruebas de simulación, descartándola.

Es la conclusión final que exhibe un estado ansioso con perceptible sufrimiento emocional en relación con la conflictiva laboral descripta, que se concretan en temor en las relaciones interpersonales (frente a la posibilidad de ser nuevamente evaluada y descalificada en el medio laboral) y pensamientos recurrentes sobre sucesos vejatorios y conflictiva laboral vivida. Presenta inhibición a la espontaneidad que se traduce en inadecuación y vulnerabilidad frente a las presiones del medio laboral. Se siente desadaptada socialmente y teme que el daño que sintió vuelva a repetirse. Tales alteraciones se identifican con la influencia de un estresor psicosocial en el contexto laboral, donde vivió la situación de acoso.

Si bien una psicoterapia apuntaría a morigerar la sintomatología emocional, el tratamiento no necesariamente logrará eliminar por completo de su psiquis la patología padecida, sino tan solo a paliar sus consecuencias emocionales.

Refiere que Vogl no muestra tendencia a victimizarse y que no surge de la evaluación realizada que el hecho de pertenecer a un servicio de terapia intensiva le generase estrés. Finalmente sostiene que no resulta otra afectación extra laboral, que haya repercutido de manera tal en su psiquis.

El dictamen es sujeto a pedido de aclaraciones por parte de la demandada a fs. 558, respondiendo a fs. 711/712 que: 1-no existe en la biografía de la peritada, patologías psíquicas de gravedad en su pasado que guarden relación con el cuadro descripto, contando con mecanismos defensivos y de afrontamiento eficaces que le permitieron lograr una adaptación satisfactorias en las diversas áreas vitales; 2-el trastorno diagnosticado, es una respuesta derivada del evento traumático, acentuando los rasgos de su personalidad de base ante el hechos vivido, y de allí la capacidad adaptativa y flexibilidad se reduce; y 3-mientras no se desempeñe en un ambiente hostil de trabajo, puede desarrollar tareas habituales con normalidad.

Concluyo pues que las conductas de la Dra. Orlandi hacia la Dra. Vogl fueron verdaderos acosos u hostigamientos y no se trató de un exceso de susceptibilidad por parte de la segunda. Los comportamientos de que fue sujeto pasivo, provocaron padecimientos que comenzaron con situaciones de indiferencia y desvalorización aproximadamente un año antes, tuvieron su punto de alerta máxima en los días 20 y 21 de noviembre/2012 en que, producidos los hechos descriptos, claramente la posibilidad de continuar la convivencia laboral fue imposible.

“...Es obvio que no es sencilla la prueba de la violencia psicológica ejercida mediante actos de maltrato, sean éstos aislados o se desarrollen en el marco de los procesos de acoso. Además de que la violencia psicológica implica una invasión en el territorio psíquico de la víctima, por lo que no quedan huellas externas, hay que tener en cuenta que la percepción del maltrato o del acoso por los afectados se realiza en el terreno de la subjetividad. Por tanto, no sólo los autores del maltrato negarán las consecuencias negativas sino que manipularán su significado alegando que su intención ha sido ayudar a sus víctimas, por lo que es necesario objetivar los actos de violencia para mostrar que son palpables y observables y que, por ende, existieron en la realidad tangible y no solo en la mente de las víctimas...” (La prueba de la violencia psicológica en el ámbito laboral, Patricia Barbado, pag. 522, Revista de Derecho Laboral, 2009-1). La prueba de la manipulación sistemática, en el caso, ha sido diáfana, pues los hechos que la evidenciaron fue percibida, de modo concreto, por aquellos que tenían comunicación cotidiana con ambas médicas. También los efectos psíquicos de la desvalorización y

desprestigio.

Lo que no ha quedado demostrado parcialmente, es la supuesta limitación para las actividades de estudio o académicas, con la sola excepción de la negativa a participar de la actividad en la Línea Sur, y cierto relegamiento en las Jornadas de Terapia Intensiva, llevadas a cabo en esta ciudad, donde siendo la actora parte del equipo eje de la organización, quedó relegada a una participación cuasi administrativa.

Responsabilidad del Estado: al haberse acreditado que durante la relación de trabajo, la actora fue víctima de trato hostil y desconsiderado por parte de su superior jerárquica, teniendo en cuenta que tales actitudes además de implicar un apartamiento de las obligaciones que la normativa impone de conducirse con respeto y cortesía en sus relaciones de servicio con el público y respecto de sus superiores, compañeros y subordinados. a su escalafon (art. 23 inc i ley 3487), constituyeron actos ilícitos destinados a afectar la dignidad personal de la trabajadora, generando en forma directa la responsabilidad de la empleadora, el Estado provincial. Según el artículo 7º de la ley aplicable (3487): "La relación de empleo existente entre el Estado Provincial y sus agentes es la del derecho administrativo". De allí que cabe aplicar el art. 1112 del C.Civil (actual 1764, 1765 y 1766 CCyCN) en tanto dispone: "Los hechos y las omisiones de los funcionarios publicos en el ejercicio de sus funciones, por no cumplir sino de una manera irregular las obligaciones legales que les están impuestas, son comprendidos en las disposiciones de este título". O sea que a su respecto le son aplicables las prescripciones de los arts. 1109 y 1113 del C.Civil.

Tal como se sostiene en el tratamiento del art. 1112 C.Civil, "La víctima de un daño originado en un hecho del Estado o en un acto administrativo o en una omisión...tiene frente a si, en la mayoría de las hipótesis, al funcionario actuante o comitente...Mientras el funcionario responde de culpas y dolor en su actuar, el Estado lo hace de manera objetiva, por ser tal, por el riesgo que crea al recurrir al accionar de terceros...La irregularidad, el actuar contra Derecho o contrario a lo que es normal o de costumbre en esa función, debe demostrarse por la víctima, como también deberá ésta probar que el funcionario-dañador estaba en el ejercicio de su gestión, o que el daño ocurrió con motivo o en ocasión de dicha actividad..." (Código Civil Comentado, Mosset Iturraspe y Piedecabras, Editorial Rubinzal, Edición 2007, Tomo responsabilidad civil, pags. 317 y sgs).

El término funcionario público, debe comprender toda clase de dependientes, sean funcionarios o empleados.

Deben configurarse los requisitos comunes correspondientes a la responsabilidad por los hechos ilícitos, ya que no contiene una regulación especial. O sea: a) la imputabilidad del acto del agente (comprensiva de voluntariedad y culpabilidad); b) existencia de daño resarcible; y c) relación de causalidad jurídica entre el acto del agente estatal y el daño. A ello se agrega dos requisitos particulares: a) el ejercicio de la función pública; y b) el cumplimiento irregular de obligaciones legales (tanto regladas como discrecionales, o sea, excediendo los límites impuestos por la buena fe, la moral y las buenas costumbres). Todo lo cual ha sido detalladamente tratado en el capítulo anterior, al evaluar las conductas dañosas desplegadas. Nada impide que el daño causado por un funcionario/agente a otro funcionario/agente, participe de las mismas reglas que venimos comentando. Es una responsabilidad contractual inherente al contrato preexistente de empleo público que liga a ambas partes.

El daño proferido, afectó en dos planos concretos: el patrimonial y el extrapatrimonial, como corolario de lo cual, corresponde fijar una reparación conforme con las reglas generales que emanan del derecho común según los arts. 1068, 1069 y 1078 del C.Civil (actuales 1737, 1738, 1739 y concs del CCyCN).

El daño patrimonial, configurado por la privación de la posibilidad de hacer las guardias que realizaba en el área, como consecuencia de la licencia que le fuera prescripta, esta acreditada.

Al respecto la demandada sostiene que Vogl pidió el cambio de sector y tomó más horas en sus atenciones privadas de consultorio y en Sanatorio Juan XXIII, lo cual redundó en la mejora de su salario. Ella nunca pidió continuar con las guardias o el incremento de las que se le otorgaban, amén de que no existe obligación legal de darlas. Tienen una modalidad de asignación de acuerdo a los requerimientos del sector y las solicitudes de los propios profesionales. La disminución de su jornada asimismo de full a part time (44 a 40 horas semanales), se dio mediante Resolución 1621 MS, en la que se establece la obligatoriedad de cumplir guardias activas y actividad pasiva asistencial de acuerdo a las necesidades del servicio, de suerte tal que al reducir su jornada no puede luego solicitar el pago de las diferencias salariales por guardias que dejó de realizar y que antes realizaba.

Las dos informativas vinculadas al planteo de la demandada se agregaron a fs. 529 (Federación Médica de Río Negro), y fs. 549 (Sanatorio Juan XXIII). La primera sin datos que aporten sustancia. La segunda da cuenta que desde junio/2013 hasta junio/2014 la Dra. Patricia Vogl mantuvo con Sanatorio Juan XXIII una relación bajo la

modalidad de locación de servicios (atendiendo consultorio) por 4 horas diarias de lunes a viernes y realizando guardias activas en UTI en forma variable según necesidad del servicio.

Ergo, a partir de junio/2013 y por una parte del período de compensación económica reclamado (noviembre/2013), la actora encara una actividad privada mediante la prestación de servicios en otro nosocomio, actividad que no denuncia en su demanda. La cuestión es si podría haber cumplido con la locación de servicios (atención de consultorio) en el caso de seguir con las guardias activas mensuales, que requería su puesto en la UTI. Todo indica que hubiera sido factible, aunque con alguna restricción en la jornada cumplida en el sanatorio (su jornada en el hospital era de 44 horas) o quizás sin la variable de guardias activas en UTI en Juan XXIII.

También es cierto que de conformidad con la Resolución 1621-MS-2013 (fecha en 16/5/2013), se dispone, en un trámite promovido por Vogl solicitando la modificación de revista horaria de 44 a 40 horas semanales. Allí se deja establecida en el art. 3 de cuerpo resolutivo, la obligatoriedad de la profesional de cumplir guardias activas y actividad asistencial pasiva de acuerdo a las necesidades del servicio determinadas por el cronograma mensual.

Si bien está presente en el requerimiento de su categoría, la obligación de realizar una determinada cantidad de guardias activas al mes, ellas solo se perciben cuando se efectivizan, tal como lo explicó el testigo Di Nardo, por lo que se le abonó durante su convalecencia solo la asignación básica y conceptos remunerativos adicionales.

Ello está explicado por la perito contadora a fs. 814/817. Dice el dictamen que durante los meses de diciembre/2012 y enero y febrero/2013, la actora no percibió suma alguna en concepto de guardias, volviendo a consignarse cuando retoma la actividad a partir de marzo/2013, en que, si bien es reubicada en un régimen similar al anterior, el recibo en concepto de “guardias” decrece.

En consecuencia concluyo que, su salario mensual se vio reducido notoriamente por haber dejado su función en UTI y no haber podido realizar las guardias que venía cumpliendo hasta ese momento, y que a partir de marzo/2013 decrece por no requerir el nuevo ámbito de trabajo la cantidad que hacía hasta noviembre/2012.

En términos económicos, si bien a partir de junio/2013, en que comienza a trabajar en el sanatorio, coincide con el decrecimiento de la jornada semanal (de 44 a 40 horas semanales), lo que incidirá en su básico y adicionales, mas no se ve reflejado en la baja de guardias, que mantiene regularidad, a juzgar por la constancia de fs. 817.

Si tomo el promedio mensual bruto que en tal concepto la actora dejó de percibir entre diciembre/2012 y marzo/2013, de conformidad con el Anexo A de fs. 816, durante dicho período el daño material es de \$ 9.100 mensuales (\$ 8.385,18 + SAC) por los primeros 3 meses y \$ 8.625 por el último (en que se le abonan \$ 475,20).

Por el espacio temporal que va desde abril/2013 hasta noviembre/2013 el promedio es de \$ 4.400 (\$ 4.000 + SAC), habiendo de compensarse la diferencia de manera global, teniendo en consideración que con anterioridad el parámetro eran \$ 9.100 mensuales y que a partir de junio/2013 se reduce su jornada en el Hospital y comienza a percibir ingresos por una actividad paralela, inclusiva de guardias en el ámbito privado, mensuro una suma de \$ 25.000, importe al que se le debe adicionar el de \$ 35.925 del período anterior (desde diciembre/2012 a marzo/2013), totalizando \$ 60.925.

Al monto indicado se le han de adicionar los intereses de la tasa activa cartera general (préstamo) nominal anual vencida a treinta días de Banco de la Nación Argentina conforme criterio STJRN en causa "Loza Longo" dictado en 27-05-2010, esto hasta el 24-11-2015, y a partir del 25-11-2015 la tasa nominal anual para préstamos personales libre destino del Banco de la Nación para un plazo de 49 a 60 meses conforme criterio sentado por el STJRN en la causa: "Jerez Fabián Armando c/Municipalidad de San Antonio Oeste" (Expte. LS3-11-STJ2015), Sentencia del 24-11-2015 calculada hasta el 31-08-2015. Desde el 01-09-2016 con la tasa de Banco Nacion para las nuevas operaciones de préstamos personales libre destino, consistentes en operaciones a un plazo máximo de 36 meses, de acuerdo a la causa "Guichaqueo Eduardo Ariel c/ Provincia de Río Negro (Policía Río Negro) s/ Accidente de Trabajo s/Inaplicabilidad de Ley", (Expte. 27980/15- STJ) Sentencia del 18-08-2016. En este caso, los intereses judiciales se calculan al 19/3/2018, aclarando que los intereses seguirán devengándose hasta el efectivo pago.

Ergo, la suma total de \$ 60.925, con el interés indicado hasta el desde junio/2013 al 19/3/2018 (\$ 87.935,50) da un total de \$ \$148.860,50.

En relación al extrapatrimonial el padecimiento llevó a la pérdida temporal de su equilibrio y salud emocional, del que, recuperada, han quedado secuelas y temores que, detalladamente explica la perito psicóloga auxiliar y que se manifiesta en el temor subsistente a ser descalificada en el medio laboral y pensamientos recurrentes sobre sucesos vejatorios. Un temor inespecífico a que el daño vuelva a repetirse. Amen del desprestigio de que fue objeto, afectando su honorabilidad y dignidad profesional frente a otros agentes de salud (médicos, enfermería, paramédicos con los que interactuaba la

actora), dentro de una comunidad pequeña como es el Hospital local, proveniente de una médica altamente respetada, creadora y jefa del servicio de la UTI y de mucha antigüedad en el nosocomio.

El segundo efecto se relaciona con la necesidad de modificar sus espacios laborales y no volver a reinsertarse en la especialidad para la cual se preparó (mas allá de algunas guardias en el ámbito privado), y en la que se sentía afianzada profesionalmente.

Teniendo en consideración la magnitud del daño, la duración del hecho ofensor, las circunstancias del ámbito injuriante y la situación personal de la víctima, estimo equitativa una indemnización de \$ 150.000, que se calcula al día de la fecha, suma a la que se aplicarán los intereses del 8% anual desde el 21/11/2012, lo que totaliza un 43,33% (\$ 64.995) al 19/3/2013, que adicionado a tal importe, eleva la acreencia originaria a \$ 214.995.

O sea un total en concepto de indemnización por daños y perjuicios de \$ 363.855,50: \$ 148.860,50 por daño patrimonial y \$ 214.995 por daño extrapatrimonial. TAL MI VOTO.-

La Dra. María del Carmen Vicente dijo: coincido con el extenso desarrollo de las cuestiones de hecho, cuya transcripción se ajusta fielmente al desarrollo de la audiencia de vista de causa. Suscribo asimismo la interpretación de los hechos y la definición de derecho, por los mismos fundamentos fácticos y razonamientos jurídicos.

El Dr. Edgardo Juan Albrieu dijo: sobre el soporte de hecho descripto, coincido con los razonamientos jurídicos.

Por todo lo expuesto, LA CÁMARA SEGUNDA DEL TRABAJO DE LA SEGUNDA CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL CON ASIENTO EN ESTA CIUDAD;

RESUELVE: 1) Hacer lugar a la demanda instaurada por la actora: PATRICIA FABIANA VOGL contra la demandada: PROVINCIA DE RÍO NEGRO (CONSEJO PROVINCIAL DE SALUD PÚBLICA), y en consecuencia condenando a ésta última a pagar a la primera, en el plazo DIEZ DIAS de notificada, la suma de \$ 363.855,50 en concepto de capital e intereses por indemnización por daño patrimonial y extrapatrimonial, calculados al 19/3/2018, los que seguirán devengándose hasta el efectivo pago. Con costas a cargo de la demandada, a cuyo fin se regulan los honorarios profesionales de los Dres. Carlos Alberto Gadano y María Gabriela Lastreto (patrocinantes de la actora) en forma conjunta en \$ 51.000 (monto base \$ 363.855,50, arts. 7, 9, 10 y 40 de la ley 2212). Se deja constancia que conforme lo dispuesto por el art. 15 de la Ley K N° 88 de Fiscalía de Estado, en el texto reformado por el art. 17 de la

Ley 4739 (B.O. 16/02/2012), y lo decidido por esta Sala II de la Cámara de Trabajo de Gral. Roca, en la causa: "ROJAS RICARDO ROLANDO c/ PROVINCIA DE RIO NEGRO (JEFATURA DE POLICIA) s/ CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO" (Expte. N° I-2RO-163-L2012- 2CT-22402-10) Auto Interlocutorio de fecha 13-09-2013, no corresponde regular honorarios profesionales a los Dres. Francisco López Raffo (apoderado) y Arturo Enrique Llanos (patrocinante), por Fiscalía de Estado. Regúlanse asimismo los honorarios de la perito psicologa oficial Licenciada Susana Beatriz Rinne en \$ 18.192 y la Cra. Beatriz Susana Minio en \$ 18.192 (Monto base: \$ 363.855,50, arts 5, 18 y concs. de la ley 5069). Los honorarios de los profesionales se han regulado teniéndose en cuenta el importe pecuniario del proceso, importancia de los trabajos realizados y calidad y extensión de los mismos. Regístrese, notifíquese y cúmplase con Ley 869.

DRA.GABRIELA GADANO

-Presidente-

DRA.MARÍA DEL CARMEN VICENTE DR.EDGARDO JUAN ALBRIEU

-Juez- -Juez-

Ante mi:

DRA. DANIELA A. C. PERRAMON

-Secretaria-