

EXPEDIENTE N° 73459/2017 “ALVAREZ, MIRTA Y OTROS c/ SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES- HOSPITAL ITALIANO Y OTROS/DAÑOS Y PERJUICIOS - RESP.PROF. MEDICOS Y AUX. JUZGADO N° 104

En Buenos Aires, Capital de la República Argentina, a los días del mes de mayo de dos mil veinticinco, reunidos en Acuerdo los señores jueces de la Excm. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala “D”, para conocer en los recursos interpuestos en los autos caratulados “ALVAREZ, MIRTA Y OTROS c/ SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES- HOSPITAL ITALIANO Y OTROS/DAÑOS Y PERJUICIOS - RESP.PROF. MEDICOS Y AUX”, el Tribunal estableció la siguiente cuestión a resolver:

¿Es ajustada a derecho la sentencia apelada?

Practicado el sorteo resultó que la votación debía efectuarse en el siguiente orden: señores jueces de Cámara doctores Gabriel G. Rolleri y Maximiliano L. Caia. La vocalía restante no interviene por encontrarse vacante.

A la cuestión propuesta el Dr. Gabriel G. Rolleri dijo:

I. Apelación

Contra la sentencia dictada por ante la anterior instancia el día 14/12/2023, apelaron la codemandada “Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires” y la parte actora, quienes expresaron agravios a fs. 564/73 y 575/9, respectivamente.

Habiéndose corrido los pertinentes traslados, los mismos fueron contestados con las presentaciones que se encuentran agregadas digitalmente en autos.

Con el consentimiento del llamado de autos a sentencia de fs. 596, las actuaciones se encuentran en condiciones para que sea dictado un pronunciamiento definitivo.



II. La Sentencia

El pronunciamiento de la anterior instancia: **i)** Desestimó la demanda incoada contra Centromédica S.A. y su citada en garantía TPC Compañía de Seguros S.A.; **ii)** Hizo lugar a la demanda entablada, y en consecuencia, condenó a la accionada “Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires” a abonar a los herederos de Mirta Álvarez (Jorge Reinaldo Espinosa, Roxana Cintia Espinosa Álvarez, Paula Lorena Espinosa Álvarez y Edith Analía Espinosa Álvarez) la suma que resulta del considerando VI, en el término de diez días de notificada, con más los intereses y las costas del proceso.

Por último, se regularon los honorarios de los profesionales intervinientes.

III) Agravios

a) Corresponde recordar que no me encuentro obligado a analizar todas y cada una de las argumentaciones de las partes, sino tan sólo aquéllas que sean conducentes y posean relevancia para decidir el caso a estudio (CSJN, Fallos: 258:304; 262:222; 265:301; 272:225, etc.).

Asimismo, en sentido análogo, tampoco es obligación del juzgador ponderar todas las pruebas agregadas, sino aquellas que estime apropiadas para resolver el mismo (CSJN, Fallos: 274:113; 280:320; 144:611).

b) La codemandada “Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires”, se agravia de que en la sentencia de grado se haya determinado que existió error de diagnóstico y de la carga de la prueba que le fue impuesta. Sostiene, que si efectivamente estaba ocurriendo un ACV el 23/3/12, la ausencia de toda sintomatología es una clara y suficiente justificación del actuar de los galenos tal como lo hicieron y que el actuar médico no fue negligente como sostiene el A-quo.

Indica, que para endilgar responsabilidad a los médicos y al Hospital, la sentencia hace hincapié en que finalmente la Sra. Álvarez fue diagnosticada con un ACV sin embargo tal como fuera sostenido al contestar la demanda, y es ratificado por el perito (punto 5 de la demandada), no debe tratarse como ACV a



cualquier paciente que, aún con antecedentes clínicos y varias enfermedades de base, se presente en la guardia con molestias en el miembro superior. Solo debe recibir tal tratamiento frente a la comprobación de la existencia de trombosis cerebral que no se verificó en la Tomografía Computada del 23 de marzo de 2012.

Refiere, que el A-quo pasa completamente por alto que la patología de la Sra. Álvarez cambió y evolucionó con el pasar de las horas, y que aquello no estaba el 23 de marzo, sí se verificó al día siguiente, por lo que los profesionales de la salud actuaron en consecuencia en cada oportunidad, de forma tal que se está en presencia de un diagnóstico que ha variado y que ha sido detectado en tiempo en cada oportunidad.

Enfatiza en que no era predecible que la ausencia de síntomas de compromiso neurológico - central y que la debilidad en la región cubital izquierda iba a evolucionar 24 hs después en un ACV isquémico, de modo que imponer esta carga a los médicos resulta ciertamente injusto.

Por último, menciona que cuando se presentaron los síntomas claros de que podría estar ocurriendo un ACV, fue trasladada dentro del período ventana al nosocomio, a instancias del Dr. José Alfie (médico del Hospital Italiano) donde se le brindó la atención pertinente, que esta situación fue reconocida por el perito médico en su dictamen y que, en definitiva, cuando aconteció el 24 de marzo de 2012 el ACV fue diagnosticado en tiempo oportuno, desde que el médico tratante procuró la internación inmediata y la paciente fue atendida conforme a la lex artis.

Es por todo ello que se agravia del análisis subjetivo y parcial de la pericia lo que erróneamente llevó al sentenciante a atribuirle al Hospital Italiano responsabilidad por las dolencias sufridas por la Sra. Álvarez, lo que pide se revoque, ya que la actora fue tratada correctamente y diagnosticada a tiempo, conforme a la evolución de sus síntomas.

Se alza contra la indemnización decretada en concepto de “Incapacidad Sobreviniente”, la que considera completamente infundada, desde que el propio



a-quo así lo expone: no se realizaron pericias ni ninguna otra prueba que acredite adecuadamente la existencia de incapacidad sobreviniente.

Sostiene, que la actora abandonó el tratamiento propuesto por los médicos del Hospital, por lo que no cabe responsabilizarla por esa decisión ni por las secuelas que la falta de tratamiento haya generado.

Se queja de que el A-quo hizo lugar al “Daño moral”, en tanto no se produjo probanza alguna, de ningún tipo, que dé cuentas de secuelas psíquicas o en relación a dicho daño, por lo que este rubro y su monto estaría basado sólo en la voluntad del juez.

Se agravia del acogimiento de la partida “Gastos médicos”, desde que la parte actora no acreditó la ocurrencia de ningún gasto, por lo que solicita sea desestimado.

c) A su turno, se agravia la parte actora de que el A quo ha decidido sobre valores nominales de la demanda y en relación a un hecho ocurrido en marzo del año 2012. Que sin perjuicio de que ha fijado la tasa activa, considera que tal forma de compensar el desfazaje del poder económico del dinero en casi 12 años es sumamente insuficiente, por lo que solicita se revise esta problemática, aumentando los montos del quantum de la indemnización por “Incapacidad sobreviniente”, “Daño moral” y “Gastos”, contemplando no solo la cuantía en sí misma del daño sino especialmente su función realmente resarcitoria que requiere de un cuantificación justa, plena, y real conforme a la realidad económica transitada desde hace 12 años de juicio.

Se alza contra el rechazo de la demanda contra Centro Médica S.A. y la citada en garantía TPC compañía de Seguros S.A.

Señala, que el fundamento del rechazo de la demanda contra ambas sociedades se funda por el A quo en el argumento de que la actuación del auxilio médico fue adecuado, por haberse realizado dentro de la ventana de 3hs entre el primer llamado de 8:45hs y la remisión al Hospital Italiano a las 11:30hs considerado como horario máximo de real arribo. Considera que ese análisis es equivocado por dos razones claras y concretas: La primera corresponde en que en el momento de la primer atención de la causante por el personal de Centro



Médica se incurrió en un error de diagnóstico nuevamente, no se advirtió lo que le sucedía y volvió a dársele una indicación equivocada. La gracia divina de seguir insistiendo y exigir el traslado con hasta dos llamados más no puede considerarse como una eximente o una enmienda del grave error cometido en primera instancia. La segunda es que resulta equivocado analizar que el tiempo posible de respuesta y atención en una ventana de 3hs conforme las circunstancias del caso son adecuadas comenzando el cómputo desde el primer llamado. Porque la ventana es en todo caso desde que aparecen los síntomas. Entonces al primer llamado, hay que contar todo el tiempo hasta que se identifican y se hace el llamado, y si en ese primer llamado, no hubiera existido el error del diagnóstico y la hubieran llevado de inmediato al Hospital Italiano la solución pretendida por el A quo sería la razonable, pero es al revés, se perdieron dos horas y medias sumamente valiosas para la salud de la causante a causa del error del diagnóstico del primer profesional.

Es así que sostiene que allí radica la relación de causalidad con la pérdida de chance de haber tenido una atención temporal, correcta y que podría haberle impedido todos los daños posteriores que sufrió y hasta su muerte.

Es por ello que solicita se extienda la responsabilidad y se condene a Centro Médica S.A. y TPC compañía de Seguros S.A. en su rol de garante al pago de la totalidad de la condena.

IV) Breve relato de los hechos denunciados y postura de las partes.

a) La parte actora denunció en el escrito inaugural de estas actuaciones que el día 23 de marzo de 2012, la Sra. Mirta Álvarez -de entonces 70 años- ingresó en la guardia del Hospital Italiano de Buenos Aires refiriendo debilidad en región cubital de la mano izquierda, manifestando que el día anterior había presentado un cuadro compatible con hemiparesia, evolucionado a la persistencia únicamente de la región hipotenar y los dos últimos dedos.

Relató, que fue recibida por el médico de guardia Dr. Luciano Ramírez (MN 103007) quien constató tensión arterial 140/70 y en un más que somero examen



físico describió: *“no signos de foco motor ni meníngeo. Índice nariz descompone apraxia”*. Solicitó tomografía computada e interconsulta con Neurología.

Cuenta, que quien probablemente realizó la interconsulta neurológica fue la Dra. Vanesa Verónica Pytel (MN 133251), quien consignó que se trataba de una paciente hipertensa, dislipémica, con sobrepeso, con el resto de los antecedentes que no resultan de relevancia para la situación clínica que presentaba. Describió medicación habitual con dos antihipertensivos, diurético, hipolipemiente y benzodiacepina, entre otros. Consignó que refería debilidad en los dedos meñique y anular. Determinó, en el examen especializado: *“(…) Sin nistagmus. Fuerza muscular: imposibilidad en la extensión de los dedos meñique, anular y mayor izquierdos, debilidad de lumbricales ipsilaterales, supinación conservada, signo de Froment positivo. Resto de la fuerza muscular conservada. ROT 4/4 en miembros inferiores, 2/4 en miembros superiores simétricos. Sin Hoffman ni Babinski. Sensibilidad superficial hipoestesia en región cubital de mano izquierda. Resto de la sensibilidad conservada Taxia y diadococinesia sin alteraciones. Marcha eubásica. Sin signos meníngeos. (…)*”. Consignó además datos de laboratorio (ninguno vinculado con la sintomatología referida) y el resultado de la tomografía computada de cerebro sin lesiones agudas. La profesional escribió: *“Se interpreta el evento como neuropatía cubital. Se indica terapia ocupacional de mano izquierda, consulta con traumatología miembro superior. Pautas de alarma, control por ambulatorio”*. Es decir, se le diagnosticó una patología conocida como síndrome de Guyón (atrapamiento o compresión del nervio cubital a su paso por el canal de Guyón) descartándose cualquier posibilidad de que estuviera cursando un accidente cerebrovascular (ACV) como finalmente sucedió, incurriéndose de tal modo en un grosero error de diagnóstico.

Relata, que la profesional que intervino posteriormente a la Dra. Pytel describió: *“(…) Se otorga alta médica por parte de neurología, se dan pautas de alarma”*. Es decir que, sin consulta con profesional especialista en Neurología, sino únicamente con la interpretación del cuadro por parte de una médica probablemente residente, la Sra. Mirta Álvarez fue derivada a su domicilio



Refiere, que la inexplicable falta de detección oportuna del accidente cerebrovascular (ACV) que estaba sufriendo, pese a los claros síntomas que presentaba, impidió que pudiera recibir en tiempo oportuno un tratamiento adecuado, que hubiera impedido la concreción y/o agravamiento de las serias secuelas que padeció.

Narra, que los familiares que la habían acompañado al Hospital Italiano la trasladaron a su domicilio, tal como los médicos de guardia habían dispuesto, en donde permaneció estable hasta la mañana siguiente.

Menciona, que el día 24 de marzo de 2012, a primera hora de la mañana, presentó debilidad en hemicuerpo izquierdo, lo cual le provocó una caída en su domicilio. Ante ello, llamaron inmediatamente al servicio de emergencia domiciliaria dispuesto por el Hospital Italiano para los pacientes de su Plan de Salud. Así, cuando acudió la primera ambulancia de la empresa Ayuda Médica, el profesional que la revisó le dijo que como el día anterior había sido evaluada y todos los estudios resultaban normales, ella debía permanecer en reposo domiciliario. Ante la desconfianza que esta explicación le produjo a sus familiares, estos se comunicaron con el médico de confianza de la institución, Dr. José Alfie (MN 73198), quien les indicó volver a pedir una ambulancia al domicilio para trasladarla cuanto antes al Hospital Italiano.

Alude, que concurrió una médica en un auto de la empresa Ayuda Médica (Centromédica S.A.), quien coincidió -en su apreciación respecto a su estado de salud - con la opinión del primer médico de ambulancia. Ante la negativa de la citada médica a disponer su traslado al nosocomio, se puso a la profesional en contacto telefónico con el Dr. José Alfie del Hospital Italiano, quien le indicó pedir un móvil en forma urgente para trasladarla al Hospital Italiano. Así las cosas, recién el tercer interviniente de Ayuda Médica dispuso su derivación al citado hospital, luego de transcurridas varias horas desde la aparición de los primeros síntomas, que provocaran que se llamara al servicio de emergencia del Hospital Italiano solicitando su atención domiciliaria.

Apunta, que al arribo al Hospital Italiano se describió: *“Paciente de 70 años que ingresa por paresia de miembro superior izquierdo e inestabilidad en la*



marcha (...) Consultó en el día de ayer por debilidad de miembro superior izquierdo a predominio debilidad en dedo meñique y anular izquierdo e hipoestesia (...) Fue dada de alta con indicación de FKT y pautas de alarma. En el día de la fecha 7 am al intentar bajarse de la cama presentó caída sobre el hemicuerpo izquierdo asociado a debilidad de ambos miembros inferiores (...) Presentó inestabilidad en la marcha asociado a debilidad según refiere su hija. Al ingreso paciente en regular estado general, hemodinámicamente estable, afebril. Paresia de miembro superior y miembro inferior izquierdo, reflejos osteotendinosos aumentados homolateralmente, sin afasia, sin disartria aunque nota trastorno en la fluencia (...) Se interconsulta con Neurología. Se solicita resonancia magnética nuclear con difusión. Impresión diagnóstica: accidente cerebrovascular isquémico. Se decide su internación en piso de Neurología”.

Indica, que los primeros estudios realizados (con fecha 25 de marzo de 2012), mostraron múltiples infartos agudos parcheados en el hemisferio derecho con ausencia de señal de flujo de la arteria carótida interna de ese lado. Se indicó completar el estudio con angiorresonancia de vasos de cuello que mostró reducción brusca del flujo a nivel postbulbar en la carótida interna derecha; la imagen tomográfica del 27 de marzo de 2012 mostró el infarto reciente en territorio de la arteria cerebral media.

Rememora, que, con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico, la Sra. Álvarez egresó del Hospital Italiano con indicación de internación domiciliaria el 03 de abril de 2012. Los scores de egreso mostraron un NIHSS de 12 (ACV de severidad moderada).

Dice, que las prestaciones de rehabilitación no fueron brindadas pese a los reclamos de sus familiares.

Expresa, que la Dra. María Cristina Zurrú, especialista en Neurología de su seguimiento, consignó el 23 de abril de 2012: “Paciente está en internación domiciliaria donde NO realiza la neurorrehabilitación, siendo así que solo recibió 3 sesiones desde el alta el 04/04/12, siendo necesaria la rehabilitación motora. Plan: se solicita internación en Hospital de medio día para rehabilitación con kinesioterapia neuromuscular 5 veces por semana con traslado con retorno sin



médico”. Asimismo, la catalogó con un 4 en la escala de Rankin (Incapacidad moderada-severa: requiere ayuda para caminar y para sus necesidades. El paciente no puede quedarse solo regularmente en períodos moderados durante el día).

Señala, que la falta de cumplimiento del Hospital Italiano en brindarle el adecuado y exhaustivo tratamiento de neurorehabilitación que necesitaba, contribuyó a que no presentara mejora alguna en su estado de salud. Ello motivó que por decisión de sus familiares, se decidiera emprender dicho tratamiento en forma particular en ALPI, más allá de hallarse ella afiliada al Plan de Salud del Hospital Italiano.

Detalla las menugas padecidas.

b) A fs. 48/54, compareció la encartada “SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES” a contestar la presente acción, efectuando, primeramente, una negativa general de todas las aseveraciones contenidas en el escrito de demanda que no sean expresamente reconocidas, reconociendo que la actora es afiliada al Plan de Salud del Hospital Italiano.

Señala como cierto que el día 23 de marzo de 2012 la actora fue atendida en la Guardia Central del Hospital.

Refiere, que la paciente, de 71 años de edad, presentaba síntomas no específicos, dados sus antecedentes de dislipemia, y artrosis asociada a su edad, se realizó estudio de tomografía computada e interconsulta con neurología, e, interpretándose el cuadro como neuropatía cubital, se le indicó tratamiento sintomático acorde: terapia ocupacional, consulta con traumatología y pautas de alarma, que significa que ante cualquier cambio, sea cual sea, se debe concurrir al Hospital.

Indica, que en el momento de su atención, obviamente, no existían signos claros de que la actora estuviera sufriendo un accidente cerebrovascular, no existieron motivos para su inmediata internación; ello fue confirmado por el hecho de que, como la propia actora reconoce, reintegrada a su domicilio *“permaneció estable hasta la mañana siguiente”*.



Enfatiza, que el accidente cerebrovascular (llamado también ictus, derrame cerebral, infarto cerebral y, otrora, comúnmente "apoplejía", es una patología que puede presentarse en forma súbita, no mostrando clínica previa y de hecho con gran cantidad de factores que pueden confundir.

Afirma, que las enfermedades como la que padeció la actora -accidente cerebrovascular- son evolutivas. Por lo tanto, no es sorpresa que los estudios realizados con posterioridad al 24 de marzo, estando Álvarez internada, una tomografía computada y angiografía de vasos de cuello, confirmaran la impresión diagnóstica de accidente cerebrovascular isquémico.

Destaca, que luego de correcta terapéutica, la paciente, como reconoce en su demanda, el 3 de abril de 2012 egresó del Hospital Italiano con indicación de internación domiciliaria.

En consecuencia, requirió el rechazo de la presente acción, con costas a la contraria.

c) A fs. 64/71, compareció la encartada "CENTROMÉDICA S.A." a contestar la presente acción, negando de una manera particularizada los hechos expuestos en la demanda y brindando su propia versión de lo acontecido.

Expuso que el día 24 de marzo de 2012 se recibe la llamada desde el Hospital Italiano solicitando un servicio para el Afiliado Hospital Italiano Sra. Mirta Álvarez, a las 8.43 hs; motivo de pedido "pérdida de fuerza en miembros - decaimiento general", categorizado por el propio Hospital Italiano como código amarillo.

Cuenta, que A las 8.56 (o sea 13 minutos despues) arriba el móvil 704 (UTIM) a cargo del Dr. Tomas Toro Caisido que luego de interrogar a la paciente, y examinarla, la misma informa que ya había sido atendida el día anterior en la guardia del Hospital Italiano por el mismo cuadro, con lo cual decide dejar pautas de alarma y se retira.

Relata, que una hora después, 10.04, se recibe otro llamado de la mesa operativa del Hospital Italiano, requiriendo asistencia para la misma paciente que categorizan como código verde (visita médica - baja complejidad) por MALESTAR GENERAL. Por ello concurre el móvil 06 (automóvil) a cargo de la Dra.



Elfrida Díaz Rojo, que arriba a las 10.30 y realiza un nuevo examen de la paciente diagnosticando un posible Accidente Cerebro Vascular y solicita una unidad de traslado para derivar la paciente al Hospital Italiano, el que llega en escasos 9 minutos y realiza el traslado a dicho nosocomio donde arriba la paciente a las 11.00. Es decir en el lapso desde el primer llamado hasta su internación transcurrieron tan solo 2 horas y la médica que concurrió en segunda oportunidad y pese a no tener un movil de alta complejidad, pudo diagnosticar y decidir un traslado lo que seguramente salvó la vida de la paciente.

Refiere, que el periodo de ventana terapéutica es el tiempo en el cual el paciente es candidato a recibir trombolisis ya que la zona de penumbra es aún recuperable. La ventana terapéutica se considera hasta 4.5 hr desde el inicio de los síntomas o la última vez que el paciente fue visto asintomático.

En lo que respecta a su actuación, afirma que la misma se desarrolló dentro de ese período o Ventana terapéutica, ya que todas las evaluaciones y el traslado posterior al nosocomio de alta complejidad se realizaron en un periodo de 2 horas.

Por ello solicitó el rechazo de la acción impetrada en su contra, con costas.

d) A fs. 95/9, se presentó a estar a derecho en autos “TPC Compañía de Seguros S.A.”

Reconoció la existencia de cobertura respecto de “Centromédica S.A.”, con los alcances y limitaciones que surgen de la póliza adunada y, respecto a la cuestión de fondo, adhirió a la contestación de su asegurada.

e) Habiendo dejado aclarado ello, corresponde conocer sobre las apelaciones deducidas en autos.

V) Responsabilidad

a) Liminarmente, quiero dejar en claro que la revisión que proponen los agravios debe ser sometida al plexo normativo del derogado código civil, dada la fecha en que sucedieron los hechos (10/3/2012) ya que en esa ocasión se reúnen los presupuestos de la responsabilidad civil. Ello es así toda vez que menester interpretar coherentemente lo dispuesto por su art. 7° del código civil y



comercial sobre la base de la irretroactividad de la ley respecto de las situaciones jurídicas ya constituidas, y el principio de efecto inmediato de la nueva ley sobre las situaciones que acontezcan, o relaciones jurídicas que se creen con posterioridad a su vigencia, así como a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes (conf. ROUBIER, PAUL, *Le droit transitoire (Conflicts des lois dans le temps)*, 2ª ed. Pariz, ed. Dalloz et Sirey, 1960, nro. 42, p. 198 y nro. 68, p. 334, citado por KEMELMAJER DE CARLUCCI, AIDA “El artículo 7 del Código Civil y Comercial y los expedientes en trámite en los que no existe sentencia firme” La Ley Online AR/DOC/1330/2015 y de la misma autora “La Aplicación del Código Civil y Comercial a las relaciones y situaciones jurídicas existentes”, ed. Rubinzal Culzoni, Santa Fé 2015).

b) Sentado ello, corresponde señalar que el artículo 265 del CPCC dispone que el escrito de expresión de agravios debe contener la crítica concreta y razonada de las partes del fallo que el apelante considere equivocadas. *“Crítica concreta se refiere a la precisión de la impugnación, señalándose el agravio; lo de razonada alude a los fundamentos, bases y substanciaciones del recurso. Razonamiento coherente que demuestre, a la vez, el desacierto de los conceptos contenidos en la sentencia que se impugna”* (conf. esta Sala *in re* “Micromar S.A. de Transportes c MCBA” del 12-09-79, ED 86-442).

Se trata de un acto de impugnación destinado específicamente a criticar la sentencia recurrida para demostrar su injusticia. Pero si el recurrente no realiza una evaluación o crítica de las consideraciones que formula el anterior sentenciante, sino que expresa un simple disenso con lo decidido con argumentos que no intentan rebatir los fundamentos tenidos en mira para decidir la cuestión, la expresión de agravios no reúne los requisitos establecidos por la citada norma legal (CNCiv., Sala H, 13/02/2006, “Pasolli, Jorge c Camargo, Roberto S. y otro”, La Ley Online) y debe declararse desierta.

Esta Sala en su anterior composición y con criterio que comparto, ha mantenido como norte un criterio de amplitud en cuanto a la consideración de los agravios (v.gr., *in re* “Cons. Prop. Bulnes 1971 c Romano, Miguel” y su *acumulado Balbiani de Talley, Martha L. c Cons. de Propietarios Bulnes 1971* ”



del 28-09-06; "Ledesma, Carlos Adrián c Manzanelli, José Luis y otros" del 22-02-07, entre muchos otros) a los fines de salvaguardar debidamente el derecho de defensa de los justiciables (art. 18 CN). Pero el recurrente debe poner de manifiesto los errores de hecho o de derecho, que contenga la sentencia; y la impugnación que se intente contra ella debe hacerse de modo tal que rebata todos los fundamentos esenciales que le sirven de apoyo. Tiene, pues, cumplir la imperativa disposición del artículo 265 del CPCC.

Reitero que no constituye una verdadera expresión de agravios el escrito que sólo contiene afirmaciones dogmáticas sin una verdadera crítica de la sentencia en recurso, toda vez que la expresión de agravios no es una simple fórmula carente de sentido y, para que cumpla su finalidad, necesita constituir una exposición jurídica que contenga el análisis serio, razonado y crítico de la sentencia apelada para demostrar que es errónea, injusta o contraria a derecho (CNCiv., Sala B, 14/08/2002, "Quintas González, Ramón c Banco de la Ciudad de Buenos Aires", LL 2003-B-57).

Incumbe así indicar, punto por punto, los pretendidos errores, omisiones y demás deficiencias que se le atribuyen al fallo, especificando con toda exactitud los fundamentos de las objeciones. Es decir que deben refutarse las conclusiones de hecho y de derecho que vertebren la decisión del "A Quo", a través de la exposición de las circunstancias jurídicas por las cuales se tacha de erróneo el pronunciamiento, no reuniendo las objeciones genéricas y las impugnaciones de orden general los requisitos mínimos indispensables para mantener la apelación (CNCiv., Sala A, 14-02-80, LL1980-D-180; ídem Sala B, 13-06-78, LL 1978-C-76, entre otros).

Así, la crítica razonada no se sustituye con una mera discrepancia sino que debe implicar el estudio de los razonamientos del juzgador, demostrando a la Cámara las equivocadas deducciones, inducciones y conjeturas sobre las distintas cuestiones resueltas (Fenochietto-Arazi, Código Procesal y Comercial de la Nación, Astrea, Tomo 1, pág. 941; Falcón, Enrique, "Cuestiones especiales de los recursos", en Tratado de Derecho Procesal Civil y Comercial, Ed. Rubinzal-Culzoni, 2009, t VIII, pág.106 y sgtes.).

Fecha de firma: 06/05/2025

Firmado por: GABRIEL GERARDO ROLLERI, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: MAXIMILIANO LUIS CAIA, JUEZ

Firmado por: PAULA ANDREA SEOANE, SECRETARIA DE CAMARA



#30579193#454119916#20250505130331791

En suma, la expresión de agravios no es cuestión de extensión del escrito, ni de manifestaciones sonoras, ni de profusión de citas, ni tampoco de injurias más o menos veladas al juez, sino de efectividad en la demostración del eventual error in judicando: ilegalidad e injusticia del fallo. Pero el escrito debe ser proporcionado a la complejidad del asunto, importancia fáctica y jurídica: es pretensión dialéctica exagerada la de querer demoler con uno o dos párrafos una sentencia circunstanciadamente fundada; es ingenuo abuso de la facultad querer someter a la Cámara a la eventual lectura de una interminable perorata y, antes, ocupar diez días del otro letrado para replicarla (*Colombo-Kiper, Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, La ley, T. III, pág. 172*).

Entonces, la falta de cumplimiento de la crítica concreta y razonada de los puntos del fallo recurrido trae como consecuencia la falta de apertura de la Alzada y consecuentemente la declaración de deserción del recurso de apelación (*conf. art. 266 del Código Procesal*).

En el caso, no cabría otra solución por cuanto se advierte que las manifestaciones vertidas en la expresión de agravios presentada, tanto por la parte actora como por la codemandada “Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires” no marcan en forma tangencial cual fue el yerro de la sentencia, limitándose a expresar su disconformidad con el resultado, en el primer caso en torno al rechazo de la pretensión contra la codemandada “CENTROMÉDICA S.A.” y en el segundo por haber resultado condenada.

En efecto, ninguna de las recurrentes logra controvertir los fundamentos dirimentes del decisorio recurrido, basado en que, y en lo que al error de diagnóstico se refiere, el sentenciante de grado destacó lo informado por el perito médico en cuanto a que “*Al interpretarse la lesión aguda como periférica, no se la internó. El hecho de que la presión arterial no se modificaba y que la Tomografía Cerebral no mostró un área lesional no ayudó a objetivar el error*”, siendo categórico el experto al sostener que: “*Coincido que el diagnóstico fue erróneo, por eso mencioné que era un cuadro neurológico-central y no neurológico-periférico*”, indicando, en cuanto a las consecuencias que trajo aparejado el mentado error, que se podría haber efectuado sobre la Sr. Álvarez



“Eventualmente tratamiento fibrinolítico. La fibrinólisis o trombolisis consiste en recanalizar precozmente una arteria intra o extracraneal ocluida mediante la lisis del trombo o coágulo que la obstruye, mediante la conversión del plasminógeno en plasmina, lo cual resulta en la degradación de la fibrina y la disolución del coágulo. La ventana terapéutica para realizarlo es de sólo 5 o 6 horas luego del inicio de los síntomas”.

Reseñado ello, estimo prudente destacar lo que, a mi entender, resultan los pasajes más relevantes de la **pericia médica** efectuada a fs. 229/32 por el Dr. Jorge Alberto Ure.

En ese tren de marcha, comenzaré el análisis del dictamen pericial médico en lo que al error de diagnóstico se refiere, cuestión esta, que se erige como agravio medular de la codemandada SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES, insistiendo que, de su parte, no lo hubo; para luego abordar la cuestión referente al período ventana, tópico de la sentencia éste, discutido por la parte actora en torno al accionar de la codemandada Centromédica S.A.

Como adelanté, en primera medida emprenderé el análisis de la cuestión relativa al **error de diagnóstico** y a lo que ha dicho el experto al contestar cada uno de los puntos periciales ofrecidos por las partes en este aspecto. En tal sentido, respecto del questionario de la actora, expresó:

Pregunta: “QUÉ CUADRO PRESENTABA LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ CUANDO INGRESÓ POR GUARDIA DEL HOSPITAL ITALIANO EL DÍA 23 DE MARZO DE 2012”

Respuesta: *Debilidad en la región cubital de la mano izquierda;*

Pregunta: “QUIÉN ATENDIÓ A LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ ESE DÍA Y QUÉ CONDUCTAS MÉDICAS SE ORDENARON Y DESARROLLARON CON POSTERIORIDAD A SU ATENCIÓN” Respuesta: *Fue recibida por el médico de guardia Dr. Luciano*

Ramírez, quien constató tensión arterial 140/70, sin signos de foco ni meníngeos, solicitando tomografía computada e interconsulta con Neurología. A continuación intervino la Dra. Vanessa Pytel quien encontró: “imposibilidad en la extensión de los dedos meñique, anular y mayor izquierdos, debilidad de lumbricales ipsilaterales, supinación conservada, signo de Froment positivo. Resto de la fuerza muscular conservada. Reflejos osteotendinosos 4/4 en



miembros inferiores, 2/4 en miembros superiores, simétricos. Sin Hoffman ni Babinski. Sensibilidad superficial hipoestesia en región cubital de mano izquierda. Resto de la sensibilidad conservada Taxia y diadococinesia sin alteraciones. Marcha eubásica. Sin signos meníngeos”. Describe que la TAC cerebral es normal y diagnostica un atrapamiento de nervio cubital izquierdo. Prescribió antihipertensivos, hipolipemiantes y diuréticos, terapia ocupacional y consulta con Traumatología. Luego de la observación por Guardia: Alta con pautas de alarma.

Pregunta: “A QUÉ DIAGNÓSTICO ARRIBÓ LA DRA. VANESA PYTEL EN SU ATENCIÓN DE LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ EN DICHA OCASIÓN”. Respuesta: *Una neuropatía cubital por atrapamiento;*

Pregunta: “SI EL DIAGNÓSTICO AL CUAL ARRIBÓ LA DRA. PYTEL SE AJUSTA PATOLOGÍA FRECUENTE Y DE PRIMERA SOSPECHA EN UNA PACIENTE COMO LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ”. Respuesta: *La paresia de dedos de la mano secundaria a lesiones del sistema nervioso central o seudoparálisis periférica es una patología poco frecuente. La más común es la que afecta al área cubital, aunque también se ha descrito afectando al área radial o incluso al dedo índice;*

Pregunta: “SI DE ACUERDO A LOS SÍNTOMAS QUE PRESENTABA, LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ DEBIÓ HABER SIDO INTERNADA EN ESTA PRIMERA OPORTUNIDAD. EXPRESE LOS FUNDAMENTOS DE SU RESPUESTA. Respuesta: *Al interpretarse la lesión aguda como periférica, no se la internó. El hecho de que la presión arterial no se modificaba y que la Tomografía Cerebral no mostró un área lesional no ayudó a objetivar el error. De cualquier modo el hecho que se pidiera una TAC de cerebro implica que el diagnóstico no estaba claro;*

Pregunta: “SI DE HALLARSE INTERNADA ANTE LA PROFUNDIZACIÓN DE LA SIGNOSINTOMATOLOGÍA, SE PODRÍA HABER PRACTICADO ALGUNA INTERVENCIÓN DE URGENCIA A LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ QUE PERMITIERA MINIMIZAR LAS SEQUELAS QUE FINALMENTE SUFRIÓ Y AÚN PADECE. EXPLIQUE”. Respuesta: *Eventualmente tratamiento fibrinolítico. La fibrinólisis o trombolisis consiste en recanalizar precozmente una arteria intra o extracraneal ocluida mediante la lisis del trombo o coágulo que la obstruye, mediante la conversión del*



plasminógeno en plasmina, lo cual resulta en la degradación de la fibrina y la disolución del coágulo. La ventana terapéutica para realizarlo es de sólo 5 o 6 horas luego del inicio de los síntomas;

Pregunta: “CON QUÉ CUADRO INGRESÓ LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ AL HOSPITAL ITALIANO EL DÍA 24 DE MARZO DE 2012, AL SER TRASLADADA POR LA EMPRESA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS”. Respuesta: *Trastorno del equilibrio con hemiparesia braquiocrural izquierda de carácter agudo;*

Pregunta: “SI EN RAZÓN DE ESE CUADRO, SE ARRIBÓ A UN DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO”. Respuesta: *Sí: accidente cerebrovascular isquémico;*

Pregunta: “SI EXISTE TRATAMIENTO PARA DICHO CUADRO PREVIO A LA INSTALACIÓN DE UN ACV”. Respuesta: *La trombolisis debe practicarse en las primeras 5 o 6 horas luego de comenzados los síntomas. Más tarde, no sirve.*

En relación al cuestionario de la codemandada SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES, pronunció:

Pregunta: “DIAGNOSTICO DE INGRESO AL 23/03/2012”. Respuesta: *Neuropatía cubital izquierda;*

Pregunta: “SI EN EL HOSPITAL ITALIANO LA SECUENCIA POSTERIOR AL DIAGNOSTICO FUE ADECUADA A LA PRESUNCION DIAGNOSTICA”. Respuesta: *Sí;*

Pregunta: “SE REALIZARON LAS CONSULTAS PERTINENTES?”. Respuesta: *Sí;*

Pregunta: “SI A TODOS LOS PACIENTES AÑOSOS CON MOLESTIAS EN EL MIEMBRO SUPERIOR DEBE TRATARSELOS COMO ACV? COMPLICACIONES QUE ELLO TRAERIA?”. Respuesta: *No. Solamente a los afectados por una trombosis cerebral se debe hacer tratamiento fibrinolítico, porque la complicación de dicho tratamiento es provocar una hemorragia secundaria.*

Respecto al cuestionario de la codemandada “Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires”, manifestó:

Pregunta: “SI EN EL HOSPITAL ITALIANO LA SECUENCIA POSTERIOR AL DIAGNOSTICO FUE ADECUADA A LA PRESUNCION DIAGNOSTICA”. Respuesta: *Sí.*

Pregunta: “SE REALIZARON LAS CONSULTAS PERTINENTES?”. Respuesta: *Sí.*

Pregunta: “SI A TODOS LOS PACIENTES AÑOSOS CON MOLESTIAS EN EL MIEMBRO SUPERIOR DEBE TRATARSELOS COMO ACV? COMPLICACIONES QUE ELLO



TRAERIA? Respuesta: No. Solamente a los afectados por una trombosis cerebral se debe hacer tratamiento fibrinolítico, porque la complicación de dicho tratamiento es provocar una hemorragia secundaria.

En relación al cuestionario de la codemandada Centromédica S.A., manifestó:

Pregunta: “PARA QUE DIGA EL PERITO EL DIAGNOSTICO ARRIBADO POR LA DOCTORA ELFRIDA DÍAZ ROJO EN LA VISITA A LA PACIENTE”. Respuesta: Sospechó la existencia de un Accidente Cerebrovascular;

Pregunta: “PARA QUE DIGA EL PERITO QUE MÉDICO ORDENÓ EL TRASLADO POR PARTE DE LA MENCIONADA PROFESIONAL PARA INTERNAR”. Respuesta: El Dr. José Alfie del Hospital Italiano se comunicó con la Dra. Díaz Rojo.

A fs. 235/8, la parte actora impugnó y solicitó explicaciones, lo que fue contestado por el experto a fs. 240/1. En tal sentido, expuso: “*Sí bien es cierto que hubo una mejoría espontánea en la pérdida de fuerza en la mano izquierda antes que esta pareció quedar limitada a la región cubital, el término hemiparesia braquial es inadmisibile, porque no existe ninguna hemiparesia braquial ya que si hay hemiparesia es porque está comprometido también el miembro inferior homolateral, sería paresia braquiocrural o faciobraquiocrural. El profesional que confeccionó la epicrisis, a diferencia de la Dra. Pytel, consideró que la paciente presentaba debilidad de los dedos anular y meñique, hipoestesia y dismetría*”. En cuanto a la inquietud planteada por la parte actora en torno a si “*El médico residente ¿puede anunciarse como especialista en la materia? - La supervisión de la actuación del médico residente por parte de un especialista ¿permite minimizar los errores de diagnóstico en que puede incurrirse por no haber completado la especialidad?*”, contestó “*El Médico Residente no es un médico especialista, sino Alguien que se está formando. Sí claro, una buena supervisión atenúa el margen de error, “cuatro ojos ven más que dos”*”. Además, agregó que “*Coincido que el diagnóstico fue erróneo, por eso mencioné que era un cuadro neurológico-central y no neurológico-periférico. Se hizo la consulta con una residente de Neurología; en las Guardias no suele consultarse a los médicos de planta de Neurología, por lo general en las*



Guardias no hay neurólogo las 24 horas del día. Con respecto al punto 5 coincido con las observaciones de la Actora. Me limité a decir que de haber habido oportunidad de hacer terapia fibrinolítica, primero tienes que excluir que el ACV no se deba a un sangrado”.

En su alegato de fs. 517/23 la codemandada “Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires”, al referirse a la pericia médica, destacó que el experto sin titubeos sostuvo el buen actuar y la realización de todas las consultas pertinentes, más no reparó en que, al contestar las impugnaciones y pedidos de explicaciones de la parte actora, fue claro en referir *“Coincido que el diagnóstico fue erróneo, por eso mencioné que era un cuadro neurológico-central y no neurológico-periférico”.*

Sobre el valor probatorio que corresponde atribuirle a la prueba pericial médica en casos como el presente, volveré una vez que culmine el análisis de aquella.

Ahora bien, tal como señaló mi distinguido colega, Dr. Maximiliano L. Caia, en su meduloso voto preopinado en los autos “GOMEZ, Elba Noemí c/ SOSA, Julio Roberto y otros s/ daños y perjuicios - resp. prof. médicos y aux.”, Expte. N° 48055/2017 - Sentencia del 12/10/2023, dentro del contexto de la mala praxis médica, cabe ubicar al error de diagnóstico, puesto que, al ser la medicina una ciencia incierta, son numerosas las dificultades que debe enfrentar un médico abocado a diagnosticar, máxime cuando los signos de que dispone son equívocos, la enfermedad no ha evolucionado todavía suficientemente y sobre todo, porque nadie está a cubierto de interpretar a veces equivocadamente los datos de que dispone (GAMARRA, Jorge, “Responsabilidad civil médica”, Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo, 1989, T. 1, p. 67).

Si bien el diagnóstico se erige en una de las causas originarias del deber de responder del profesional hacia al paciente, es de destacar que no todo error de aquél implicará culpa del médico, ya que no toda equivocación en la que incurra el profesional al efectuarlo será objeto de reproche. Por el contrario, en forma previa a analizar la responsabilidad profesional por error en el diagnóstico, debemos indicar que existen en materia médica dos clases de errores diferentes



consecuencias uno del otro: a) Error excusable: es aquel en el que incurre el médico sin que de su parte medie actitud culpable alguna; b) Error inexcusable: es aquel en el que incurre el profesional en su actuación, que podría haberse evitado si el médico hubiera actuado diligentemente y no culpablemente como lo ha hecho. Esta distinción entre la excusación o no del error, tiene su fundamento en la propia naturaleza de la obligación médica, que resulta ser en esencia una obligación de medios. Dentro de este análisis cabe incorporar al diagnóstico médico, ya que su emisión no puede ser considerada como una obligación de resultado asumida por el profesional: éste se compromete a emitirlo empleando toda su pericia y el apego a la *lex artis* para conseguirlo. Pero, no se puede soslayar que la inexactitud de la medicina provoca que muchas veces se arribe a un diagnóstico equivocado; no obstante, cuando ello ocurre, se debe analizar previamente si ha existido culpabilidad o no del médico al momento de su emisión: si no la hubo, no habrá responsabilidad, y si aquella existió, el profesional deberá responder por ello (Conf. YZQUIERDO TOLSADA, Mariano, "La responsabilidad civil del profesional liberal", Ed. Hammurabi, Buenos Aires, 1998, p. 389).

Así, el error alcanzará la categorización de inexcusable cuando el médico cometa un error que resulta ser objetivamente injustificable para un profesional de la categoría en la que se halla situado (vgr. especialista); en cambio, si el supuesto error es de apreciación subjetiva, por el carácter discutible u opinable del tema o materia, se juzgará que es excusable y, por lo tanto, que no generará responsabilidad (Ver VAZQUEZ FERREYRA, Roberto A., "Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina", ob. cit., ps. 116 y ss.; BUERES, Alberto, J., "Responsabilidad civil de los médicos", Ed. Hammurabi, Buenos Aires, 3ra. edición renovada, 2006, p. 569).

En el caso que nos ocupa, a partir de las conclusiones del dictamen médico supra referido y apoyándome en aquel, puede afirmarse que la práctica de un eventual tratamiento fibrinolítico, cuya ventana terapéutica para realizarlo es de sólo 5 o 6 horas luego del inicio de los síntomas, así como que la Sra. Álvarez fue atendida en primera instancia por una médica residente, quien no es un médico



especialista, sino alguien que se está formando y que debería haber tenido una supervisión adecuada, atenuándose con ello el margen de error, hubiesen permitido descartar la sospecha del accidente cerebrovascular isquémico que finalmente sufrió la Sra. Álvarez.

Tiene dicho la jurisprudencia al respecto que el error de diagnóstico por sí mismo no configura culpa, en cambio sí la tipifica la omisión de ordenar la realización de exámenes - o de determinadas prácticas médicas como en el presente caso - que la dolencia impone. Por ello el error de diagnóstico es excusable siempre que el galeno haya adoptado todas las previsiones que aconseja la ciencia para elaboración del diagnóstico (Conf. CNCiv. Sala M, “Ladetto, Norma del Valle c/ Liberty ART S.A. s/ Daños y perjuicios”, 20/03/2015).

Es por todo ello que las quejas formuladas por la apelante “Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires” no serán receptadas, confirmándose, así, la responsabilidad que le fue atribuida.

Pasando ahora a la cuestión referida al **periodo de ventana terapéutica**, eje recursivo de la parte actora en lo que a la responsabilidad que pretende endilgarle a “Centromédica S.A.” se refiere, como adelanté, este aspecto de la sentencia tampoco logra conmover los sólidos argumentos expuestos por mi colega de grado en el sentido de que *“... la referida co-demandada - “Centromédica S.A.” - efectuó el traslado dentro del tiempo comprendido en la ventana terapéutica, sin que el perito médico le atribuyera particular incidencia a la evolución de la paciente. Y lo cierto es que tal conclusión no fue objetada por la parte actora”*.

En tal sentido, corresponde retomar el análisis de la pericia médica a su respecto.

Al contestar el questionario de la actora, se informó que:

Pregunta: “SI EL DÍA 24 DE MARZO DE 2012 LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ REQUIRIÓ EL SERVICIO DE EMERGENCIA DOMICILIARIA DISPUESTO POR EL HOSPITAL ITALIANO”. Respuesta: *Sí*;



Pregunta: “INDIQUE CUÁNTOS PROFESIONALES ACUDIERON A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ POR PARTE DE LA EMPRESA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, HASTA SU DERIVACIÓN AL HOSPITAL ITALIANO”.

Respuesta: *Fue vista el mismo día en tres oportunidades;*

En relación al cuestionario de la codemandada Centromédica S.A., manifestó:

Pregunta: “PARA QUE EXPLIQUE EL PERITO CUALES FUERON LAS SOLICITUDES DE ASISTENCIA DOMICILIARIA SOLICITADA POR EL HOSPITAL ITALIANO PARA LA ASISTENCIA EN DOMICILIO DE LA AFILIADA ÁLVAREZ MIRTA, INDICANDO TIPO DE SERVICIO SOLICITADO EN CADA CASO (CÓDIGO ROJO, AMARILLO O VISITA MÉDICA DOMICILIARIA - VERDE)”. Respuesta: *Todas las solicitudes del 24-03-2012 fueron para visita médica domiciliaria (código verde);*

Pregunta: “DESCRIBA EL PERITO LOS HORARIOS DE ARRIBO DE LAS UNIDADES MÓVILES AL DOMICILIO Y SI LOS MISMOS SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS HORARIOS ESPERADOS DE ACUERDO A LA CODIFICACIÓN DE CADA SERVICIO”. Respuesta: *8.43 primer llamado; 8.56 arriba el móvil. 10.04 segundo llamado; 10.30 arriba el móvil. El tercer llamado acudió a las 11;*

Pregunta: “PARA QUE DIGA EL PERITO EL DIAGNOSTICO ARRIBADO POR LA DOCTORA ELFRIDA DÍAZ ROJO EN LA VISITA A LA PACIENTE”. Respuesta: *Sospechó la existencia de un Accidente Cerebrovascular;*

Pregunta: “PARA QUE DESCRIBA EL PERITO LOS HORARIOS DE ARRIBO AL DOMICILIO Y AL HOSPITAL ITALIANO DEL MÓVIL DE TRASLADO”. Respuesta: *Entre las 11 y las 11.30;*

Pregunta: “INDIQUE EL TIEMPO TOTAL TRANSCURRIDO ENTRE QUE LA EMPRESA DE AMBULANCIAS - AYUDA MÉDICA RECIBE EL PRIMER SERVICIO PARA LA PACIENTE ALVAREZ HASTA SU TRASLADO AL HOSPITAL ITALIANO”. Respuesta: *Entre 2 horas y dos horas y media;*

Pregunta: “HABLE DEL PERÍODO DE VENTANA EN UN ACV”. Respuesta: *En los pacientes con diagnóstico de ACV, durante su evolución, se da un tiempo llamado ventana terapéutica, la cual es menor a las 6 horas, durante la cual y sobre todo dentro de las 3 primeras horas, es posible suministrar la terapia*



trombolítica, la que debe considerar las características particulares del tipo de ACV.

Este aspecto de la experticia no mereció objeciones de las partes por lo que, tanto la parte actora como la codemandada “Centromédica S.A.” son contestes en que, como lo expresó el perito médico, a las 8:43 hs. del día 24 de marzo de 2012 se produce el primer llamado telefónico solicitando el auxilio médico, mientras que la derivación definitiva de la Sra. Álvarez al Hospital Italiano, se produjo entre las 11.00 y las 11.30 hs. de dicha jornada.

Debe decirse, ahora, que el valor probatorio de un peritaje se mide por su apoyo gnoseológico y científico, es decir, por la seriedad, prolijidad y exhaustividad del camino seguido por el experto para arribar a sus conclusiones. Dado que el juez es entonces un sujeto cognoscente de segundo grado -conoce a través del perito y con el auxilio técnico que éste le brinda-, la estimación de la fuerza de convicción del dictamen se subordina a un análisis crítico de las razones y fundamentos que han conducido al experto a la formulación de sus juicios.

Cuando las conclusiones de los expertos no son compartidas por las partes, es a cargo de éstas la prueba del error de lo informado. No son suficientes, las meras objeciones, es necesario algo más que disentir, es menester probar fehacientemente, arrimar evidencias suficientemente sólidas para convencer al Juez que lo dicho por el especialista es incorrecto, que sus conclusiones son erradas o que los datos proporcionados como sostén de sus afirmaciones son equivocadas.

Como reiteradamente se ha sostenido, si bien las conclusiones del experto no son vinculantes ni obligatorias para el Juez, para apartarse de sus dichos, es necesario fundarse en elementos científico-técnicos suficientes para desvirtuar tales afirmaciones (conf. CNCiv., esta Sala, Expte N° 49333/2018 “Vera Fernández Alumine c/ Galeno Argentina S.A. y otros s/Daños Y Perjuicios”, del 06/12/2023).



Habiendo dejado aclarado ello, entiendo que ninguno de los fundamentos ensayados logró conmover los fundamentos esbozados por el especialista de autos, por lo que estaré a sus conclusiones (conf. art. 477 CPCCN).

En este estado, forzoso resulta concluir, entonces, que la codemandada “Centromédica S.A.” actuó dentro del periodo de ventana terapéutica por cuanto de su actuación correspondía, ya que la Dra. Elfrida Díaz Rojo, dependiente suya, acudió al segundo llamado a las 10.30 hs., sospechó la existencia de un Accidente Cerebrovascular y solicitó el traslado de la paciente al Hospital Italiano, arribando la Sra. Álvarez a dicho nosocomio entre las 11.00 y las 11.30 hs. del 24 de marzo de 2012, es decir dentro del lapso temporal de 3 horas desde el primer llamado hasta su internación.

La conclusión a la que arribo sobre este aspecto es que, y tomando como referencia lo dictaminado por el perito médico, nada permite asegurar que la actora se hubiese curado de haber sido derivada con una mayor premura a la que en definitivo sucedió, puesto que, insisto, ello se produjo antes de que expire la ventana terapéutica, esto es, dentro de las 3 a 6 horas de su ingreso al Hospital Italiano de acuerdo al cuadro médico-clínico que presentaba (Accidente cerebrovascular isquémico).

En resumidas cuentas, entiendo -por todos los fundamentos esgrimidos anteriormente- que los sólidos y abundantes argumentos brindados por el Magistrado de grado no fueron rebatidos por el apelante “Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires” ni por la parte actora, quienes solo intentaron la modificación del decisorio con argumentos insuficientes a tales fines, por lo que no cabe sino confirmar la responsabilidad atribuida en la sentencia de primera instancia.

En consecuencia, propongo al acuerdo se decrete la deserción de los recursos planteados sobre el particular.

VI) Rubros indemnizatorios

a) Incapacidad sobreviniente:

Fecha de firma: 06/05/2025

Firmado por: GABRIEL GERARDO ROLLERI, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: MAXIMILIANO LUIS CAIA, JUEZ

Firmado por: PAULA ANDREA SEOANE, SECRETARIA DE CAMARA



#30579193#454119916#20250505130331791

El Sr. Juez de grado concedió la cantidad de \$ 500.000 en concepto de incapacidad sobreviniente.

Preliminarmente, me remito a los hechos y atención médica recibida por la Sra. Mirta Álvarez los días 23 y 24 de marzo de 2012 a los que me referí en oportunidad de abordar la responsabilidad.

Aclarado ello, resulta menester abocarse una vez más a la pericia médica efectuada en autos, para lo cual repasaré los puntos periciales ofrecidos por la actora, desde que aquellos son los que resulten relevantes para resolver el presente rubro indemnizatorio. En tal sentido, el perito médico Jorge Alberto Ure, expresó:

Pregunta: “INDIQUE EDAD Y ANTECEDENTES DE LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ”.

Respuesta: *70 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y leucemia linfoide crónica sin tratamiento.*

Pregunta: “QUÉ SECUELAS FÍSICAS PRESENTA LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ AL MOMENTO DE LA PERICIA”. Respuesta: *La Pericia se hace sobre datos clínicos pasados por el fallecimiento de la Actora.*

Pregunta: “QUIÉNES ERAN -EN EL CASO PARTICULAR DE LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ- LOS RESPONSABLES MÉDICOS DEL EQUIPO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES”. Respuesta: *La Dra. María Cristina Zurrú es una distinguida colega del Hospital Italiano especializada en la atención clínica de los pacientes cerebrovasculares.*

Pregunta: SI CONSTA EN LA HISTORIA CLÍNICA LA INDICACIÓN URGENTE DE REHABILITACIÓN FRETEAL INCUMPLIMIENTO DEL PRESTADOR DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA. EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE QUÉ PROFESIONAL MÉDICO REALIZÓ LA MISMA. Respuesta: *Plan: se solicita internación en Hospital de medio día para rehabilitación con kinesioterapia neuromuscular 5 veces por semana con traslado con retorno sin médico (Dra. Zurrú).*

Pregunta: SI CON FECHA 23 DE ABRIL DE 2012 EXISTE ANOTACIÓN DE LA DRA. MARÍA CRISTINA ZURRÚ INDICANDO LA NECESIDAD DE QUE LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ REALICE REHABILITACIÓN MOTORA. EN CASO AFIRMATIVO, TRANSCRÍBALA. Respuesta: *Paciente en internación domiciliaria siendo así que sólo recibió 3*



sesiones desde el alta el 04/04/12, siendo necesaria la neurorehabilitación motora.

Pregunta: SI EXISTE EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LA SRA. MIRTA ÁLVAREZ, CON FECHA 12 DE MAYO DE 2012, ALGUNA MENCIÓN RESPECTO A CUÁL ERA EL ESTADO DE SU PROCESO DE REHABILITACIÓN. EN CASO AFIRMATIVO, TRANSCRIBA.

Respuesta: *“Evoluciona sin cambios, plejía izquierda que impresiona definitiva. Sin complicaciones en general. Iniciará rehabilitación en forma de hospital de día probablemente en ALPI. Alta de internación domiciliaria” (12-05-2012).*

La parte actora (fs. 235/8), solicitó explicaciones e impugnó el informe pericial y, en lo que aquí interesa, obtuvo como respuesta del perito médico que *“Amplió la respuesta anterior y transcribo la anotación de la Dra. Zurrú del 23/4/2012: “La paciente está en internación domiciliaria donde NO se realiza la neurorehabilitación, siendo así que solo recibió 3 sesiones desde el alta el 04/04/12, siendo necesario la rehabilitación motora. PLAN: se solicita internación de Hospital de medio día para rehabilitación con kinesioterapia neuromuscular 5 veces por semana con traslado con retorno sin médico. Continúa con control ambulatorio por neurología en fecha 07/05/12”.*

Una vez más, y por lo argumentos supra referidos, entiendo prudente estar a las conclusiones del dictamen pericial (conf. art. 477 CPCCN).

La indemnización por incapacidad sobreviniente -que debe estimarse sobre la base de un daño cierto - procura el resarcimiento de aquellos daños que tuvieron por efecto disminuir la capacidad vital de la persona afectada, no solo en su faz netamente laboral o productiva sino en toda su vida de relación (social, cultural, deportiva e individual) (Mosset Iturraspe, Jorge y Ackerman, Mario E., *El valor de la vida humana*, Buenos Aires, Rubinzal-Culzoni, 2002, pág. 63 y 64). Así, entraña la pérdida o la aminoración de potencialidades de que gozaba el afectado, teniendo en cuenta de modo predominante sus condiciones personales. Habrá incapacidad sobreviniente cuando se verifica luego de concluida la etapa inmediata de curación y convalecencia y cuando no se ha logrado total o parcialmente el restablecimiento de la víctima. (Zavala de González, Matilde,



Resarcimiento de daños, 2ª ed., “Daños a las personas”, pág. 343; CSJN, Fallos: 315:2834, in re “Pose, José D. c. Provincia de Chubut y otra”, 01/12/1992).

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

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

Por otro lado, se ha insistido recientemente, más aún desde la sanción del Código Civil y Comercial -especialmente me refiero al art. 1746-, que para el cálculo de las indemnizaciones por incapacidad o muerte, debe partirse del empleo de fórmulas matemáticas, que proporcionan una metodología común para supuestos similares. Nos ilustran Pizarro y Vallespinos que “No se trata de alcanzar predicciones o vaticinios absolutos en el caso concreto, pues la existencia humana es por sí misma riesgosa y nada permite asegurar, con certidumbre, qué podría haber sucedido en caso de no haber ocurrido el infortunio que generó la incapacidad o la muerte. Lo que se procura es algo distinto: efectuar una proyección razonable, sin visos de exactitud absoluta, que atienda a aquello que regularmente sucede en la generalidad de los casos, conforme el curso ordinario de las cosas. Desde esta perspectiva, las



matemáticas y la estadística pueden brindar herramientas útiles que el juzgador en modo alguno puede desdeñar” (Pizarro Vallespinos, *Obligaciones*, Hammurabi, T 4, pág. 317).

Para utilizar criterios matemáticos, debemos ponderar los ingresos de la víctima - acreditados en el expediente -, las tareas desarrolladas al momento del hecho, cuales se vio impedido de seguir realizándolas y las posibilidades de ingresos futuros, suma final que invertida en alguna actividad productiva, permita a la víctima obtener una renta mensual equivalentes a los ingresos frustrados por el ilícito, de manera que el capital de condena se agote al final del periodo de vida económica activa del damnificado. Así se tiene en cuenta, por un lado, la productividad del capital y la renta que puede producir, y por el otro, que el capital se agote o extinga al finalizar el lapso resarcitorio (Zavala de González, *Resarcimiento de daños. Daños a las personas*, Hammurabi, 1993, T. 2a, pág.523).

Sin embargo, si bien existen diversas fórmulas de cálculo con variantes (ver fallos “Vuoto”, “Marshall”, “Las Heras-Requena”, etc.) para obtener el valor presente de una renta constante no perpetua, o en su caso, en forma más justa, con una fórmula de valor presente de rentas variables (y probables) (ver sobre estos aspectos Acciarri, Hugo - Testa, Matías I., “La utilidad, significado y componentes de las fórmulas para cuantificar indemnizaciones por incapacidad y muertes”, La Ley del 9/2/2011, pág. 2; y mismo autor, “Sobre el cómputo de rentas variables para cuantificar indemnizaciones por incapacidad”, RCCy C 2016 (noviembre), 17/11/2026,3), lo cierto es que el juzgador no tiene porqué atarse férreamente a ellas, sino que llevan únicamente a una primera aproximación, o sea, una base, a partir del cual el juez puede y debe realizar las correcciones necesarias atendiendo a las particularidades del caso concreto (Pizarro-Vallespinos, op. cit., T 4, pág. 318; Zavala de González, op. cit., T 2a, pág. 504).

Ahora bien, conforme lo ha sostenido la jurisprudencia cuando la víctima fallece luego de un proceso más o menos prolongado, y hubiera podido sufrir un daño patrimonial o moral mientras duró su vida en tales condiciones, la indemnización reclamada pasa a sus herederos “iuris hereditatis”, (Cf. CNCiv.



Sala “D”, “Fabricatore Luis y otro c/ Instituto Servicios Sociales Bancarios y otros s/ ordinario”, sumario 166.090 del 26-3-96, ídem Sala “C” “Breglia Mónica Viviana c/ TIM Tecnología Integral Médica y otros s/ daños y perjuicios” del 11-7-02, sumario 338.854).

Habiendo dejado aclarado ello, teniendo en consideración las características personales de la actora, de 70 años al momento del suceso que nos ocupa, jubilada, como así también las particularidades que presentó el hecho acaecido y atendiendo al lapso de incapacidad de la Sra. Delgado -desde el accidente cerebrovascular isquémico (23-03-2012) hasta la fecha de su deceso (13-08-2018), estimo que la partida justipreciada por ante la anterior instancia para enjugar la incapacidad sobreviniente resulta reducida, por lo que propongo al Acuerdo su elevación a la cantidad de \$ 1.000.000 (conf. Art. 165 CPCCN).

b) Daño moral

El anterior magistrado concedió la cantidad de \$ 250.000 bajo el presente concepto para la actora.

Debo indicar que participo de la postura doctrinaria y jurisprudencial que considera la indemnización por daño moral, de carácter resarcitorio, y no sancionatorio, pudiendo no guardar relación alguna con la fijación de la incapacidad sobreviniente, dado que puede existir con independencia del mismo (v. Orgaz, *El daño resarcible*, 1967).

El daño moral es una afección a los sentimientos de una persona, que determina dolor o sufrimiento físico, inquietud espiritual o agravio a las afecciones legítimas, y en general toda clase de padecimientos susceptibles de apreciación pecuniaria (Conf. Bustamante Alsina, *Teoría de la responsabilidad civil*, p. 205; Zavala de González en Highton (dir.), Bueres (coord.), *Código Civil y normas complementarias. Análisis doctrinario y jurisprudencial*, tomo 3A, Hammurabi, Buenos Aires, 1999, p.172).

Respecto de la prueba se ha dicho que: “cuando el daño moral es notorio no es necesaria su prueba y quien lo niegue tendrá sobre sí el *onus probandi*. Fuera de esta situación, esta clase de daño, como cualquier otra, debe ser objeto de



prueba por parte de quien lo invoca (Cazeaux-Trigo Represas, *Derecho de las Obligaciones*, t. 1, ps. 387/88).

El carácter estrictamente personal de los bienes lesionados al producirse un daño moral, está indicando por sí la imposibilidad de establecer una tasación general de los agravios de tal especie. Así, corresponde que sea fijado directamente por el juzgado sin que se vea obligado en su determinación por las cantidades establecidas en otros rubros.

Para establecer su cuantía, el juzgador debe sortear la dificultad de imaginar o predecir el dolor que el hecho dañoso produjo en la esfera íntima del reclamante para luego establecer una indemnización en dinero que supla o compense el desmedro injustamente sufrido, por lo que más que en cualquier otro rubro queda sujeto al prudente arbitrio judicial, que ha de atenerse a la ponderación de las diversas características que emanan del proceso. “La determinación del monto no depende de la existencia o extensión de los perjuicios patrimoniales pues no media interdependencia entre tales rubros, ya que cada uno tiene su propia configuración pues se trata de daños que afectan a esferas distintas” (cfr. Llambías, *Obligaciones*, t. I, p. 229).

Como mencionara al tratar el rubro anterior, habiendo la damnificada directa iniciado la acción por reparación del daño moral, la misma puede ser continuada por los herederos de la quebrantada (Cf. CNCiv. Sala “F”, sumario 56.659 del 30-3-90).

El art. 1078 del Código Civil velezano (aplicable en el caso) sentaba el carácter personal de la acción para reclamar el daño moral en vida de la víctima -sin defecto de lo dispuesto por el art. 1080-. A la vez, si sobreviene la muerte de ésta sólo los herederos forzosos -según la norma- pueden solicitar el resarcimiento por derecho propio y en calidad de damnificados indirectos.

De todas maneras, si la víctima iniciaba la acción en vida, hay criterio formado acerca de que dicha acción puede ser continuada iure sucesiones por sus herederos en general (forzosos y no forzosos, legítimos o testamentarios) e inclusive por sus sucesores universales no herederos (legatario de cuota, nuera viuda) (conf. “Código Civil y Normas Complementarias. Análisis Doctrinario y



Jurisprudencial". Bueres Alberto J. - Highthon , Elena I. Tomo 3 A, pág. 189, Ed. Hammurabi).-

En consecuencia, atendiendo a las constancias de autos y los padecimientos sufridos por la Sra. Álvarez, entiendo que el monto reconocido por la instancia de grado resulta reducido, por lo que propicio al Acuerdo el aumento de la partida indemnizatoria a la cantidad de \$ 500.000 (conf. Art. 165 CPCCN).

c) Gastos médicos y de traslado

El magistrado de grado concedió la suma de \$ 50.000 bajo el presente acápite.

Ahora bien, se ha dicho reiteradamente que los gastos en los que incurre quien sufre un ilícito no necesitan de una acabada prueba documental, dado que se presume que quien ha sufrido lesiones que requirieron tratamiento médico, realiza gastos extraordinarios en concepto de medicamentos y traslados. No obsta a tal solución que el damnificado haya sido atendido en un hospital público, ya que también en estos supuestos debe afrontar ciertos pagos que le ocasionan un detrimento patrimonial. Respecto a los gastos de traslado es razonable pensar, por las lesiones sufridas, que la actora debió por un tiempo movilizarse en vehículos apropiados, y aunque no estén acreditados dichos gastos en forma cierta, ello no es óbice para la procedencia del rubro, ya que no suelen obtenerse comprobantes que permitan una fehaciente demostración. Lo expuesto permite presumir la existencia de tales gastos por un monto básico, que solo podrá ser incrementado si la parte interesada arrima pruebas que permitan inducir erogaciones superiores a las que normalmente cabe suponer de acuerdo a la dolencia padecida (CNCiv., Sala G, "C. G. S. c. G. U. M y otro s/ daños y perjuicios", del 03/05/13, RCyS 2013- IX y RCyS 2013-VIII, 65 con nota de Ramiro J. Prieto Molinero).

En cuanto a los gastos médicos y de farmacia entiendo que ellos constituyen una consecuencia forzosa del incidente sufrido, de modo tal que el criterio de valoración debe ser flexible. Lo fundamental es que la índole e importancia de los medios terapéuticos a que responden los gastos invocados guarden



vinculación con la clase de lesiones producidas por el hecho, es decir, que exista la debida relación causal.

En esta valoración debe primar la evaluación de las circunstancias del caso, como ser el lugar donde fue atendida la víctima, importancia y extensión de las lesiones sufridas, ausencia total de comprobantes, que determinarán el obrar prudente del magistrado en la ponderación del monto a fijarse, haciendo justo y equitativo uso de lo dispuesto por el art. 165 del ritual (Sala “H”, “Hornos González, Alejandro Leonel c/ Paz, José Raúl s/ daños y perjuicios”, 29/12/11; Sala G, “Harire de Scafa, Idelba Ofeliz c/ Arcos Dorados S.A s/ daños y perjuicios”, 09/04/13; Sala E, “Navarro Epifania y otros c/ General Tomás Guido S.A.C.I.F.I s/ daños y perjuicios”, 08/02/13, entre otros).

En virtud de todo ello, entiendo procedente y ajustada a derecho la cantidad reconocida bajo este aspecto, por lo que propongo al acuerdo su conformación (conf. art. 165 del CPCCN).

VII) Costas

Las costas de esta instancia deben ser soportadas por la parte demandada vencida (conf. art. 68 CPCCN).

VIII) Conclusión

Por todo ello y si mi distinguido colega compartiera mi opinión, propicio al Acuerdo: **1)** Admitir parcialmente las quejas vertidas por la parte actora, y en su virtud, elevar a la suma de **\$ 1.000.000** y **\$ 500.000** los montos reconocidos bajo los rubros “Incapacidad sobreviniente” y “Daño moral”, respectivamente; **2)** Declarar desiertos los recursos planteados por la codemandada “Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires” y la parte actora respecto de la responsabilidad decidida por ante la anterior instancia; **3)** Se impongan las costas de esta alzada a la demandada por haber resultado vencida (art.68 C.P.C.C.N.); **4)** Se regulen los honorarios de conformidad con el art. 279 del CPCCN; **5)** Se deje constancia que la publicación de la presente sentencia se encuentra sometida a lo dispuesto



por el artículo 164 párrafo segundo del ritual y artículo 64 del Reglamento para la Justicia Nacional.

Así lo voto.

El señor juez de Cámara doctor Maximiliano L. Caia por análogas razones a las aducidas por el señor juez de Cámara doctor Gabriel G. Rolleri, votó en el mismo sentido a la cuestión propuesta.

Con lo que terminó el acto. GABRIEL G. ROLLERI MAXIMILIANO L. CAIA La Vocalía N° 11 no interviene por encontrarse vacante.

Buenos Aires, de mayo de 2025.

Por lo que resulta de la votación que instruye el Acuerdo que antecede, **SE RESUELVE: 1)** Admitir parcialmente las quejas vertidas por la parte actora y en su virtud, elevar a la suma de \$ 1.000.000 y \$ 500.000 los montos reconocidos bajo los rubros “Incapacidad sobreviniente” y “Daño moral”, respectivamente; **2)** Declarar desiertos los recursos planteados por la codemandada “Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires” y la parte actora respecto de la responsabilidad decidida por ante la anterior instancia; **3)** Imponer las costas de esta alzada a la demandada por haber resultado vencida (art.68 C.P.C.C.N.); **4) Vuelvan los autos a despacho a fin de proceder a practicar la regulación de los honorarios de los profesionales intervinientes de conformidad con lo dispuesto por el art. 279 del CPCCN.**

Se deja constancia que la publicación de la presente sentencia se encuentra sometida a lo dispuesto por el artículo 164 párrafo segundo del ritual y artículo 64 del Reglamento para la Justicia Nacional.

Gabriel G. Rolleri

Maximiliano L. Caia

Fecha de firma: 06/05/2025

Firmado por: GABRIEL GERARDO ROLLERI, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: MAXIMILIANO LUIS CAIA, JUEZ

Firmado por: PAULA ANDREA SEOANE, SECRETARIA DE CAMARA



#30579193#454119916#20250505130331791

Paula A. Seoane
Secretaria

Fecha de firma: 06/05/2025

Firmado por: GABRIEL GERARDO ROLLERI, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: MAXIMILIANO LUIS CAIA, JUEZ

Firmado por: PAULA ANDREA SEOANE, SECRETARIA DE CAMARA



#30579193#454119916#20250505130331791