

Danos Y Perjuicios Mala Praxis Medica Parto Rechazo De La Demanda

JURISPRUDENCIA

Daños y perjuicios. Mala praxis médica. Parto. Rechazo de la

demanda Se confirma el rechazo de la demanda de mala praxis médica, pues si bien existió un daño a la paciente a consecuencia del parto, la relación de causalidad sufrió una ruptura por el hecho imprevisible e inevitable que resulta ser el desgarro cervical y vaginal, que puede presentarse aun en los partos espontáneos, lo que derivó en una grave hemorragia y posterior secuela con el síndrome de Sheehan.

En Buenos Aires, Capital de la República Argentina, a los 27 días del mes de marzo de dos mil diecinueve, reunidos en Acuerdo los señores jueces de la Excma. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala 3ª, para conocer en los recursos interpuestos en los autos caratulados "P. S. A. C/ OSPIV Y OTROS S/ DAÑOS Y PERJUICIOS", 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 Liliana E. Abreut de Begher- Patricia Barbieri- Víctor Fernando Liberman.- A las cuestiones propuestas la doctora Abreut de Begher dijo: I-Vienen los autos a este Tribunal con motivo del recurso de apelación interpuesto por la actora contra la sentencia que rechazó la demanda de daños y perjuicios derivados de una responsabilidad profesional médica contra la Obra Social de la Industria del Vestido, Liliana Anzola Pineda, Alejandra Betina Re Orellana, Instituto de Seguros y Seguros Sura S.A. (continuadora de Royal Alliance Seguros Argentina S.A.). A fs.1020 expresa agravios la actora y solicita que se revoque el decisorio de grado, haciéndose lugar a la demanda, con costas. Plantea que el juez no tuvo en cuenta que a consecuencia de la atención médica tardía recibida luego del parto en el que naciera su hija el 23 de octubre de 2010, debido a las graves hemorragias que sufriera y la tardanza en la transfusión sanguínea, hicieron que dejara como secuela el síndrome de Sheehan. Que no tuvo en cuenta los hechos probados y sus consecuencias; que el Sanatorio no contaba con Banco de sangre; y que la responsabilidad médica deriva del accionar negligente de los médicos actuantes, no siendo necesaria que se haya configurado una culpa grave, tal como sostuvo el Magistrado. Señala que las secuelas son endocrinológicas, por lo que aun cuando después tuvo un embarazo y parto gemelar, ello no incide en las consecuencias instaladas derivadas de la enfermedad que padece por la atención tardía de las hemorragias sufridas. Subsidiariamente solicita que en caso que se confirme la sentencia, que las costas se impongan por su orden. Seguros Sura S.A. (empresa aseguradora continuadora de Alliance Seguros) contesta los agravios a fs.1031 y pide que se confirme la sentencia. Postula que no se demostró que existió un error en el tratamiento de la paciente; y que la patología de la actora puede tener diversas etiologías, no solo la hemorragia post-parto por los desgarros en su aparato reproductivo, uno cervical y otro vaginal. Indica que no era un parto de alto riesgo, y que los tratamientos realizados de sutura, control de hemodinamia, tratamiento medicamentoso, hierro, antibiótico, y transfusión de unidad de glóbulos rojos fue realizado; por lo que concluye que el tratamiento fue adecuado. El Instituto de Seguros S.A. en su contestación de la pieza recursiva actora solicita a fs.1035 la deserción del recurso. Puntualmente dice que de acuerdo al dictamen pericial obrante en autos, que el síndrome de Sheehan no se ha producido por una mala praxis obstétrica y que no se puede prevenir; que la paciente no era de alto riesgo; y que se le realizó el tratamiento adecuado para el caso. Agrega que la existencia de discapacidad no es indicativa de mala praxis; y que no se demostró la culpa médica que permita imputarle responsabilidad a los galenos. Agrega refiriéndose a la pericia, que los desgarros no fueron por una mala práctica profesional, sino que pueden producirse por la friabilidad de los tejidos. Hace alusión a las declaraciones testimoniales, que son irrelevantes a estos efectos porque no son testigos presenciales, salvo el del concubino, quien, por revestir esa calidad, sus dichos carecen de imparcialidad. II- Responsabilidad médica. Encuadre jurídico. Siempre se ha entendido que la naturaleza jurídica de la relación médico-paciente es de naturaleza contractual, y que se trata principalmente de una obligación de "medios" o "de atención" u "obligación de actividad" (conf. -Llambias, J. -J. Tratado de Derecho Civil, Obligaciones, Tº I, págs. 207, 211, nums. 171 y 172; Alsina Atienza D., La carga de la prueba en la responsabilidad del médico. Obligaciones de medio y de resultado, JA 1958-III-587; Bustamante Alsina, J., Teoría General de la Responsabilidad Civil, pág. 501, n. 1376; Bueres; A., Responsabilidad Civil de los médicos, pág. 183, n. 331; C. N. Civil Sala C, L.L. 115-116; C. N. Civil Sala D, 9/9/1989, "F.M.M. c/ -Hospital Ramos Mejía", del voto del Dr. Bueres, publicado en LL 1990-E-415). Las obligaciones nacidas de la relación médico-paciente son de naturaleza contractual, regidas por los arts. 499, 512, 519, 520, 521 y 902 del Código Civil. En consecuencia, resultan presupuestos de la responsabilidad médica, la existencia de daño, la relación de causalidad adecuada entre éste y la conducta imputada, y el carácter antijurídico de tal conducta, consistente en un incumplimiento de las obligaciones asumidas a título de dolo o culpa. Si el paciente no logra acreditar alguno de estos requisitos, el profesional queda exento de responsabilidad (conf. Yungano López Poggi Bruno, Responsabilidad profesional de los médicos, págs. 134 y 55; Cazeaux -Trigo Represas, Obligaciones, Tº I, págs. 316 y 367). En esta clase de obligaciones de medio

el deudor no se compromete a un resultado, sino que pone de su parte los medios conducentes para que el acreedor pueda obtener el resultado, el cual, sin embargo no fue asegurado por el deudor. De ahí, que se dice que los médicos tienen una obligación de medios y no de resultado, cuya obligación consiste en arbitrar los medios adecuados para la recuperación del paciente, quedando a cargo de éste la prueba que al brindar los medios empleados, se incurrió en imprudencia, impericia o negligencia. Demostrada la culpa de los médicos, ella puede comprometer a la obra social. Como consecuencia que el deber de los facultativos es por lo común de actividad, incumbe al paciente la prueba de la culpa del médico (Bustamante Alsina, Jorge -"Prueba de -la culpa", -LL 99-892, entre otros). Entonces, la llamada culpa profesional es la impericia, negligencia o imprudencia en el ejercicio de la profesión, pero que se regula por los principios generales de la culpa precitados. La culpa profesional es la culpa común o corriente emanada, en lo esencial, del contenido de los arts.512, 902 y 909 del Cód. Civil y se rige por los principios generales en materia de comportamiento ilícito. El tipo de comparación debe ser el de un profesional prudente y diligente de la categoría o clase en la que queda encuadrar al deudor en cada caso concreto (conf. Despacho de comisión aprobado en V Jornadas Rioplatenses de Derecho, celebrada en San Isidro en junio de 1989). Así, se descartan aquellas teorías que hablan de la culpa médica o profesional especial, según las cuales los profesionales no respondían sino de la negligencia profesional grave, patente o grosera (esta Sala, en autos "Ravenna, Ricardo Jorge c/ Sociedad Alemana de Socorros a Enfermos Hospital al y otros s/ daños y perjuicios", Expte. 61.660/2002, del 19/03/2013; "Murguía, Angelina Rita y otro c/ Soriano Horacio y otro; s/ daños y perjuicios - resp. prof. médicos y aux.", Expte. 9437/2005, R. 560.952, del 9/03/2011). Mosset Iturraspe puntualiza que los deberes del médico, nacida la relación, se sitúan en tres momentos: antes de su tratamiento o intervención, durante la realización de ella, y después de concluida, e indica que "Va implícito que la atención médica debe llevarse a cabo de acuerdo con las reglas del arte y de la ciencia médica; de conformidad con los conocimientos que el estado actual de la medicina suministra, con la finalidad de obtener la curación del paciente; observando el mayor cuidado, diligencia y previsión, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento" (conf. Responsabilidad Civil del médico, Astrea, Buenos Aires, 1979, pág.125). Es dable recordar que cuando se evalúa la responsabilidad del médico, la culpa comienza cuando se terminan las discusiones científicas; por ello, si el diagnóstico primigenio fue adecuado a las circunstancias de tiempo y lugar, al igual que los procedimientos médicos posteriores, nada cabe reprocharle a los galenos que atendieron al paciente, y por ende, tampoco a la obra social (conf. art.512, 902, 1198 y cc CC; doctrina de la obligación tácita de seguridad, ver Vázquez Ferreyra, Prueba de la culpa médica, Hammurabi, 2009, pág.156). Respecto del onus probandi (conf. art. 377 CPCC) es principio general que pesa sobre quien ha sufrido un daño, o sea el paciente o la víctima. Este debe demostrar que el médico ha obrado con imprudencia o negligencia, o impericia, ya sea en la intervención quirúrgica que le haya practicado, en la confección del diagnóstico, en el tratamiento prescripto, etc. Sentado ello, procederé al estudio de los agravios de la parte actora donde se cuestiona el desempeño de las médicas demandadas. III-Análisis de las probanzas La atenta lectura de la historia clínica permite observar que la paciente se internó el día 22 de octubre de 1998 para la inducción del parto, que comenzó con trabajo de parto el día 23 de abril a las 9.30 hs. (ver fs.6). Luego se puede ver la atención recibida conforme el partograma de fs.9; que a continuación del alumbramiento a las 17.25 hs. tuvieron lugar hemorragias, que se convoca al anestesta y se procede por cirugía a su sutura -desgarros cervical y vaginal- a las 18.50hs, con terminación a las 19.10hs. Que en ese momento el hematocrito daba un 28%, que luego descendió durante la noche a 19%, y que por ello se le pasaron dos unidades de sangre. La pericia realizada por la médica obstetra y legista, Dra. Adriana Primavesi, dio cuenta de los pormenores del hecho y dijo que no se observaba que el periodo expulsivo hubiera sido prolongado. Indicó que la niña nació sana, con 41 semanas de edad gestacional y 3.580 gramos de peso. Sostuvo que hasta el momento del parto la paciente no revestía el carácter de alto riesgo; y que los desgarros pueden producirse aún en los partos espontáneos. Apuntó que el tratamiento en estos casos es la sutura rápida de los desgarros por el médico tratante, simultáneamente el control hemodinámico de la paciente, la corrección hemodinámica en caso de necesidad y el taponaje vaginal, con control en puerperio patológico del taponaje y antibióticoterapia. De acuerdo a las constancias de la historia clínica, la perito estableció que se transitó ese camino, pues se le hizo a la actora la sutura por cirugía, control hemodinámico y medicamentoso con Yectaher (hierro), y antibiótico Cefalexina, más transfusión de glóbulos rojos (fs.681). Sostuvo que el síndrome de Sheehan que padece la actora guarda relación de causalidad con el alumbramiento, y que ello es una afección que puede presentarse en una mujer que tenga una hemorragia grave durante el parto. El sangrado severo puede causar la muerte del tejido en la hipófisis, lo cual puede hacer que dicha glándula pierda su capacidad de funcionar adecuadamente. Esa glándula produce hormonas que estimulan la producción de la leche materna, el crecimiento, las funciones reproductivas, la tiroides, y las glándulas suprarrenales. Ahora bien, como aspecto central la perito marcó que no podía inferirse de la historia clínica de la paciente "malas prácticas obstétricas" (fs.682). Si bien las conclusiones vertidas en el dictamen pericial fue impugnado por la actora, dichas impugnaciones fueron contestadas adecuadamente a fs.741. El Tribunal a fs.1052 dejó sin efecto el llamado para sentencia, y convocó de oficio a la perito a una audiencia de pedido de explicaciones. En la audiencia cuya acta luce a fs.1060, la experta sostuvo que la paciente

recibió la atención adecuada al caso; que las hemorragias posteriores al alumbramiento fueron atendidas por los galenos en debida forma, y que inmediatamente se llamó a hemodinamia y se solicitó transfusión (fs.10 de la HC). Que la evolución desfavorable con una presión arterial de 60/40 hizo que debiera ser transfundida con dos unidades de glóbulos rojos. Que el primer hematocrito de 28% a las 18.30 hs. del día 23 no era indicativo de transfusión, sino de evaluación, como tampoco lo era una presión de 70/50 (fs.10 de la HC). Recién con el hematocrito de 19% del día 24 ello era señal de alarma, con presión de 60/40 a las 8hs, por lo que en ese momento se procede con la transfusión. Remata su declaración dictaminando que la atención recibida por la paciente fue la adecuada, tal como lo indicó en la pericia. El prolijo estudio de los antecedentes de la actora, su historia clínica y las contundentes conclusiones de la experta médica vertidas en su dictamen pericial, como su declaración en la audiencia de fs.1060, me persuaden que la sentencia de grado debe ser confirmada, en tanto no advierto un obrar de los galenos que resulte reprochable o se haya apartado de los estándares profesionales para la curación del paciente. Es cierto que existió un daño a la paciente a consecuencia del parto, pero la relación de causalidad sufrió una ruptura por el hecho imprevisible e inevitable que resulta ser el desgarro cervical y vaginal, que puede presentarse aún en los partos espontáneos, lo que derivó en una grave hemorragia, y posterior secuela con el síndrome de Sheehan. Instalada la emergencia, ella fue resuelta adecuadamente por las profesionales a cargo de la situación. Nada cabe entonces reprocharle a las médicas y tampoco a la obra social. No existió demora, ni error, en el tratamiento; por ello no advierto culpa médica que permita imputarle responsabilidad a los accionados (conf.art.377, 386 y 477 CPCC). Por lo demás, de haberse tenido que aplicar al caso la nueva legislación contenida en el Código Civil y Comercial -lo que no sucede por aplicación del art. 7 código citado- lo cierto es que la solución hubiera sido la misma (ver sobre el tema Pizarro, Ramón -Vallespinos, Carlos G, Tratado de la responsabilidad civil, Rubinzal. 2017, T I, Parte General, pág.338/9; arts. 1753, 1757 y 1758 CCC). IV-Costas Conforme al art. 68 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, el principio general es la imposición de las costas al vencido, y sólo puede eximirse de esa responsabilidad -si hay mérito para ello- mediante un pronunciamiento expreso acerca de dichas razones, bajo pena de nulidad (CSJN, in re "Organización Brandsen Asesores de Seguros S.A. c/ Administración Federal de Ingresos Públicos - D.G.I. s/ impugnación de deuda" del 19/04/2011). La directriz del vencimiento constituye la pauta reguladora de la imposición de costas, y si bien no es absoluta, admitiendo excepciones, lo cierto es que la facultad judicial de eximir al vencido, total o parcialmente, es de carácter excepcional y de interpretación restringida. El fundamento de la condena es el hecho objetivo de la derrota. Ahora bien, no obstante, lo dicho, advierto en este caso que la actora frente a su situación personal provocada por la enfermedad adquirida luego del parto pudo tener razonables dudas para pleitear, lo que justifica que las costas de primera instancia se impongan por su orden, salvo las comunes que se disponen por mitades, mientras que las de Alzada a la apelante-aquí vencida-, conforme lo dispone el art.68CPCC. V-Colofón Por los argumentos precedentes, propongo al Acuerdo de Sala de mis distinguidos colegas: I-Confirmar el decisorio de grado, con la salvedad de las costas de primera instancia que se imponen por su orden, mientras que las comunes por mitades entre la parte actora y las accionadas (conf.art.68 CPCC). II- Las costas de Alzada se imponen a la actora apelante que resultó perdedora (conf.art.68 CPCC). Así mi voto.- El doctor Liberman dijo: I.- Es una lástima que los abogados se vean obligados a demandar a los médicos y otros auxiliares para lograr que sean condenadas las instituciones en las que éstos prestan servicio; y solo después de alegar y probar un factor subjetivo de atribución. Es lamentable porque algunas veces la imputación es injusta, porque a menudo esta injusticia es sabida por el demandante: el médico hizo lo que buenamente pudo en las circunstancias de personas, tiempo y lugar. Los profesionales suelen estar inmersos en estructuras de atención médica mediocres, pobres, malas o pésimas. Otras veces la imputación de culpa es justa, pero en el tránsito hacia esa declaración de culpabilidad los actores siempre tienen que superar el enorme obstáculo de una pericia que rinden colegas de la profesión y generalmente de la misma especialidad. Remito a las apreciaciones sobre la realidad de las pericias que hiciera Alberto Bueres, en su Responsabilidad civil de los médicos, tomo 1, pág. 49 y siguientes, 2ª. edición, Hammurabi, Buenos Aires, 1992; en la 3ª. edición, Buenos Aires, 2006, pág. 40 y sig.). Ahora bien, en cuanto a la fuerza probatoria de las pericias, sean elaboradas por perito médico de lista o del Cuerpo Médico Forense, adelanto que no son importantes según quién las elabore, sino cuando su contenido, analizado a través los principios de la sana crítica dentro de toda la prueba, brindan asesoramiento valedero al mostrar congruencia y permiten la reconstrucción histórica de los hechos (ver Weingarten y Gherzi, en J.A. 1993-IV-71; Bueres, op. y loc. cit.). Por otra parte, los dictámenes médicos son trascendentes para resolver cuestiones vinculadas con la discusión científica pero son de relativa o ninguna importancia cuando se trata de probar hechos. Máxime si esa reconstrucción (de los hechos) se basa en las historias clínicas confeccionadas unilateralmente por los propios demandados. En ese orden de ideas, la "cuarta regla" de la sana crítica enumerada por Falcón es así enunciada: "[a]lgunos medios de prueba son más fiables que otros y tienen que ser más certeros por lo que deben ser ordenados en razón de esa fiabilidad, por lo menos de manera preliminar y estática" (Falcón, Enrique M., Tratado de Derecho procesal civil y comercial, Rubinzal - Culzoni Editores, 1ª ed., 1ª. reimpresión, Santa Fe, 2011, tomo II, pág. 726). Y si bien en el orden estático aparece la pericia antes

que el testimonio (op. y loc. cit., y pág. 739), a veces ¿el objeto puesto a consideración del perito no puede ser captado en su totalidad y el perito realiza inferencias probables respecto de los acontecimientos? (op. cit., pág. 730). Es obvio. En función de la quinta regla es necesario buscar, ¿a través de la faz dinámica de la prueba, los medios más adecuados (idóneos) correspondientes a cada hecho?. Y, en fin, ¿hay que examinar los medios en su conjunto y coordinarlos con los hechos a fin de obtener una solución única? (séptima regla) (pág. 740). Termino: dado que la perito médica no percibió directamente los hechos sino que, con su ciencia, ha efectuado una mera enunciación de probabilidades sobre el curso del parto, parto y posparto, no tengo por qué desechar olímpicamente lo que declarara la pareja de la actora. Formalmente no es un testigo excluido, como erróneamente se afirmara a fs. 964 en la sentencia. Además -reitero- la perito no pudo observar lo que sucedió y sólo se manejó, en relación al decurso, con la historia clínica confeccionada por los demandados sin posibilidad de control por la actora. De allí que no comparto sea pertinente absolver a los médicos y paramédicos y a la institución sólo porque una perito médica brindó su absolución: ¿no puede inferirse malas prácticas obstétricas por lo que surge del expediente y sí un desgarro cervical? (sentencia, fs. 963). II.-

Vuelvo a mi liminar declaración de principios. Y al diverso enfoque que, a mi modo de ver, hay que dar cuando tratamos imputaciones de responsabilidad institucional. No paso por alto que el primer demandado (leo fs. 1) es la ¿Obra Social OSPIV (Obra Social del personal de la Industria del Vestido)?. No voy por el mismo sendero que mi querida colega preopinante. Me parece que buscar si hay o no culpa de los médicos no es el buen camino para resolver este juicio. Hay que ver en primer lugar si el sistema institucional dio respuestas adecuadas a las reglas del arte en tiempo y forma. Porque el deudor directo y principal de la parte actora no es el médico obstetra, la obstétrica o cualquier otro auxiliar sino la obra social. La obra social, la institución, es quien debe proporcionar una prestación médica eficiente y oportuna. Los demás son meros auxiliares de cumplimiento, sus efectores. Algunos decían que la institución es garante del obrar médico. Vieja explicación para enmarcar la responsabilidad del médico también en la órbita contractual en el esquema del art. 504 del Código Civil ley 340 y la obligación tácita de seguridad. Insisto: la institución no es garante de nadie, sino el primer y principal deudor. Interpreto que el primer juzgador implícitamente hizo el mismo errado camino: si no hay culpa médica demostrada se rechaza la demanda. No siempre es así, puede haber responsabilidad institucional y no individual. Lorenzetti (Responsabilidad civil de los médicos, Rubinzel - Culzoni Editores, Buenos Aires, 1997, tomo I, pág. 40) ha propuesto este criterio hace más de veinte años. ¿El punto de partida debe ser la empresa para luego considerar al profesional dentro de ella?. Como corolario, dado que el grado de interrelación entre los prestadores directos e indirectos o financiadores suele ser complejo y desconocido para el paciente o consumidor, este autor opina que ¿hay que evolucionar desde la perspectiva atomista, que considera que hay aquí un cúmulo de relaciones independientes, hasta una más integral que admita que hay una empresa que se obliga a prestar servicios médicos? (La empresa médica, Rubinzel - Culzoni Editores, Buenos Aires, 1998, pág. 325). Es así que, en punto de vista que comparto, habla de ¿hecho de la empresa?. Hay en el Derecho vigente una clara regulación de la actividad que puede ser imputada a la empresa; genera responsabilidad directa, no refleja, y la figura del dependiente es irrelevante frente al tercero. El fundamento será una obligación de seguridad o la falta de servicio (op. cit., pág 351 y sig.); en el primer caso se admite mayoritariamente en doctrina nacional que la imputación es objetiva y se asume una obligación de resultado consistente en la provisión de un servicio inocuo, no dañino, y que sirva adecuadamente a su destino normal de uso o consumo (pág. 359). Es lo que vengo sosteniendo desde hace muchos años (ver: Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 31, 19- 6-1998, ¿Rebollo c. Instituto?; J.A. 2000-II-592; un caso de daños por transfusión sanguínea y las implicancias jurídicas de los límites de la ciencia). III.- Bien dijo la parte actora en su recurso que el juez hizo una suerte de dicotomía o enfrentamiento entre los testimonios y la pericia. Más certera todavía es la crítica a la exclusión del testimonio de la pareja de la actora por una inexplicable interpretación extensiva (muy por el contrario, debería ser restrictiva por tratarse de una excepción) del art. 427 del Código Procesal. Al leer la sentencia (fs. 964) se hallan tres argumentos para tachar los testimonios: en general provienen de personas que no estuvieron presentes, que no tienen valor ¿para desvirtuar el sólido, detenido y fundado dictamen pericial? y que quien vive en concubinato hace más de veinte años es un testigo excluido y su declaración inadmisible. Pienso como la señora apelante que, lejos de encontrar inconsistencias entre los dichos y lo relevante de la pericia, hay coherencia; y que no puede excluirse la declaración de la pareja, justamente quien estuvo más cerca de la secuencia temporal en la que - según la propia pericia- sucedió la causa indudable de la minusvalía de la actora. Menos explicable es el argumento del juez de grado cuando, tomando aisladamente frases de la pericia (salta de fs. 678 a 679 y 682), termina desechando haya habido mala praxis porque después de este parto tuvo una gestación y parto gemelar sin complicaciones. Es a todas luces evidente que -como bien insiste la actora- una cosa es el severo daño ocasionado por problemas endocrinológicos (el que nos convoca, y fue detalladamente expuesto en la pericia) y otra cosa absolutamente diferente es una patología ginecológica. En términos de fs. 1021: ¿A. P. S. podía volver a ser madre puesto que su patología es endocrinológica y no ginecológica?. Así de claro. Lejos, muy lejos, de la insuficiencia recursiva que endilgan por mera fórmula (aunque realmente es una falta de respeto hacia la contraparte y el colega profesional) el

Instituto de Seguros y las demandadas Anzola Pineda y Re Orellana, la expresión de agravios en primer lugar resume argumentos, y posteriormente los desarrolla con una precisión y contundencia no habitual. IV.- No bien se consulta al Dr. Google, la remisión a la Wikipedia en relación al síndrome de Sheehan arroja como resultado una descripción del cuadro y su origen. Y termina con esta frase: 'Debido a la mejora en la atención médica del presente, este es un síndrome poco frecuente'. Me parece que en la especie es pertinente la interpretación 'a contrario sensu'. Si se dio el síndrome, habría que pensar que tal vez no hubo una buena atención médica. Ahora bien, aunque atendible, no alcanza con este argumento para revocar la sentencia, como creo hay que hacer.

Empiezo por el señor Giachino Pérez, pareja de la señora por 20 años. Declaró que 'presenció el parto, que había una enfermera y una obstetra (sic) nada más que la misma tuvo una hemorragia muy grande, que le hicieron rehabilitación y le dieron oxígeno, que pidió que la llevaran a terapia intensiva pero le dijeron que no y que luego vino la médica que estuvo ausente durante el parto...' (fs. 826 vta./827). En relación a la pérdida de sangre, contó 'que estuvo dos días 'sin sangre', que eso está en la historia clínica, que no le hicieron transfusiones, que la madre fue la que insistió para que se las hicieran, que la madre era radióloga, que la enfermera les había dicho que no había banco de sangre y el dicente dono sangre, que estaba anémica...' (827). (Es probable que la transcripción tomada por el audiencista no haya recogido todo lo que dijo este señor, o no textualmente. Reconozco alguna carencia de claridad y la aparente confusión entre 'obstetra' y 'obstétrica', quizás del señor, quizás del escribiente.) Resulta llamativo que en las respuestas al traslado de la demanda, la accionada OSPIV y el seguro sostengan que de la historia clínica surge que la señora también fue atendida por la Dra. Anzola. ¿Será que no están tan seguros de que la médica obstetra haya estado efectivamente? Y agrego que, a pesar de las detalladas negativas y diferente versión de los hechos, ninguno de los encartados negó que el señor Giachino haya estado presente durante el trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato. Ni siquiera lo hizo la partera Re Orellana, sobre la que no cabe duda estuvo allí durante casi toda la secuencia temporal. Y en el relato de la demandante, uno de los hechos alegados (introducidos oportunamente) es que se dejó abandonada a la parturienta con su marido, que la veía desangrarse (fs. 3). ¿Por qué debería descartar sus dichos? Lo que se lee en algunas de las respuestas es que no es cierto lo que refirió Giachino, pero no que no estaba ahí. Veo un poco más panorámicamente la pericia médica de fs. 678 a 672. De la que en la sentencia -creo- sólo se ha destacado y extraído (un poco fuera de contexto) la absolución de las personas físicas, la obstetra y la obstétrica. Señalaré otras cosas. Tenemos claro que la hemorragia post parto (HPP) es causa de muchas muertes (678 vta.). La etiología es variada, pero para nuestro caso podemos centrarnos en los desgarros cervicales y vaginales. (Para estas consideraciones preliminares, la Dra. Primavesi se valió de bibliografía del Ministerio de Salud de la Nación; volveré a este material porque es muy importante) 'La hemorragia posparto temprana en muchos casos puede ser manejada con atención obstétrica básica y esencial -citó la experta-, pero cualquier retraso puede acarrear complicaciones mayores (el subrayado es mío) que podrían requerir de una completa atención obstétrica de emergencia. Por lo general a este tipo de atención sólo se accede en un hospital de referencia, lo que significa que la mujer debe ser trasladada, aumentando con ello el riesgo de muerte' (678 vta.). Me pregunto si el Sanatorio De Cusatis era un 'hospital de referencia' para afrontar una emergencia obstétrica si ni siquiera contaba con un anestesiólogo de guardia activa. Y no voy a entrar a discutir por ahora si había o no banco de sangre, tema controversial en la especie. No se me podrá responder que es común que sólo haya anestesiólogos de guardia pasiva porque, como sabemos, no siempre lo que hacen muchos -o todos- es bueno. Como dijera Lorenzetti ('Notas para una teoría de las obligaciones de hacer', L.L. 1991-C, 878, IV, b.4), pueden disentir lo común y lo deseable. Admitir una regla fija en favor de la práctica común produciría un progresivo descenso del parámetro con un deterioro valorativo. La modificación de los usos debe seguir el módulo de lo deseable. Citando jurisprudencia estadounidense, recordaba que lo usual puede ser evidencia de lo que debe ser hecho, pero lo que debe ser hecho es fijado por el standard de razonable prudencia. Un largo y continuo descuido en la prestación por parte de los miembros de una profesión no transforma la negligencia en cumplimiento de lo debido (Corte del Estado de California, loc. cit., nota 19). Tampoco es novedoso en la Argentina este tema y ha merecido recordados pronunciamientos. En ese orden de ideas, he sostenido con anterioridad que la costumbre inveterada de los argentinos de hacer caso omiso a normas de seguridad aceptadas mundialmente no puede constituir 'standard' jurídico atendible como conducta humana esperable. Llevé a colación en ese momento el voto de Vocos 'in re' "Biedma c. Clínica Bazterrica", en el que se dejara en claro que si la práctica médica era la que se señalaba por los peritos no significaba otra cosa que una práctica maliciosa, totalmente reñida con las normas de la prudencia y las propias reglas del arte (Juzgado Civil N° 31, 30-5-89: 'Díaz c. Pisetta?'). No otra cosa es lo que señalara con agudeza Carlos Nino en Un país al margen de la ley. Estudio de la anomia como componente del subdesarrollo argentino, Ariel, Buenos Aires, 2005. V.- Frente a un desgarro cervical -explicó la perito- el tratamiento indicado sería la sutura rápida (nuevamente, es mío el subrayado) de los desgarros por el médico tratante, simultáneamente el control hemodinámico de la paciente, la corrección hemodinámica en caso de hacer falta y taponaje vaginal (fs. 680 vta. #6 a 8). No voy a reiterar en qué consiste el síndrome de Sheehan y sus causas. A fs. 681 se explica bastante bien, y puede tener que ver con un sangrado severo durante el parto. Sabemos también que un desgarro cervical y/o vaginal suele causar una

hemorragia severa. Por otra parte, como dijo la perito (o lo reiteró en la audiencia a fs. 1060), la paciente era de riesgo entre leve y moderado ¿por sus antecedentes y la labilidad de la presión arterial?. Estimo que, contrariamente a lo que dijera la experta, no se atendió a la señora como paciente de riesgo. Es más, se negó ese riesgo en las respuestas de los demandados. Por allí se lee (al menos en la contestación de Re Orellana (fs. 376 vta.) que habría habido una demora en el tratamiento de la hemorragia porque el sanatorio no tenía anestesta sino de guardia pasiva, y hubo que llamarlo para que asistiera. ¡Qué apropiado sistema institucional de control de emergencias! ¿Es un sanatorio de una obra social de la Ciudad de Buenos Aires o una salita de atención primaria en un pueblo del Gran Buenos Aires? En ese orden de ideas, en la foja 6 de la HC -abajo-se anota una ?evaluación anestésica?. ¿A qué hora se hizo? Porque está enmendado el número y no está claro si fue a las 18,30 o a las 19,30. Tal vez fue a las 18,30, porque en la hoja 41 de la HC el protocolo de anestesia marca hora de comienzo 18,50, que coincide con el inicio de la intervención según el protocolo quirúrgico (hoja 42). Hay varias cosas llamativas (al menos para un profano) en la historia clínica. Veo algunas: en la noche posterior al parto, cuando supuestamente ya se habría contenido la hemorragia (21 hs., fs. 14, firma Dra. Anzola), pide aparentemente para el día siguiente un hemograma y un coagulograma de seguimiento (tercer pedido) (el subrayado es mío). Escribió la obstetra a renglón seguido: ?Hay sangre compatibilizada en Hemoterapia !!!? (¿Qué se quiso decir y cuál era el sentido de los tres signos de admiración?). A las 7 del día 24, pide dos unidades para trasfudir por anemia aguda. O sea que, ya clínicamente detectada, había una anemia aguda. Pero (será por la burocracia que siempre se mete en los momentos de crisis), a fs. 21 la solicitud de práctica está datada a las 8,00, no a las 7. Eso sí, en el casillero respectivo se marcó ?Urgente?. Tampoco paso por alto que las hojas 26 y 28, del día 23 (el del parto) están marcadas arriba con un supuesto horario de confección en otra tinta (azul) y grafía. Soy abogado y no médico internista, pero la hoja de indicaciones médicas y evolución de enfermería del día 24 (el siguiente al parto) y numerada ?59? es un aquelarre. Lo de los horarios es ininteligible e incomprensible. Las indicaciones médicas aparentemente dadas por la Dra. Anzola firmadas abajo, se superponen con otras del Dr. Villagrán (ahora también él) con signos de admiración. Y vuelvo a lo de los horarios porque no se sabe a qué hora fueron las transfusiones porque en el N°2, Anzola vuelve a referirse a dos unidades que el ?(Dr. Rubianes las dejó listas anoche)?. ¿Hubo transfusión? ¿Cuándo? ¿No será que la pareja de la señora no exageró al declarar (y menos, mintió) que la madre radióloga tuvo que rogar que la trasfundieran? ¿Por qué no creerle?, reitero. En fin, como es usual (aunque indeseable y peligroso), la evolución diaria fue seguida por el o los médicos de guardia de cada día. Nada que ver con la Dra. Anzola que seguramente cumplió asistiendo cuando le tocaba. Esto aparece corroborado con las hojas siguientes de la HC relacionadas con la re internación. Cada día un médico diferente. Otra vez (nuevamente estos sistemas institucionales de atención médica y sus economías mal entendidas) recuerdo el caso ?González Oronó de Leguizamón?. Es que, paradigma y tal vez punto de inicio en cuanto a la atribución de responsabilidades sistémicas en nuestro país, frente a la revocación por la alzada de la sentencia estimatoria de las pretensiones, el entonces Procurador General hizo un dictamen que sentó doctrina citada muchísimas veces por autores y tribunales acerca del criterio de apreciación del funcionamiento de un sistema de salud como un todo. Que no se agota en la simple conjunción de recursos humanos y materiales. Explicó, con respecto a las obras sociales, que ?el adecuado funcionamiento del sistema no se cumple tan sólo con la yuxtaposición de esos agentes y medios, o con su presencia pasiva o su uso meramente potencial, sino que resulta imprescindible, además, que todos ellos se articulen activamente en cada momento y con relación a cada paciente? (dictamen del Procurador General de la Nación del 21-10-83, Fallos 306:183; L.L. 1984-B, 394). Allí, Mario Justo López destacó que se habían soslayado los deberes de la profesional que atendiera a la señora en el parto (ahora la señora P. S.) ?que debió, indudablemente, dirigir y controlar la evolución de la paciente a quien había intervenido quirúrgicamente?. He sostenido y reafirmo que este modo inorgánico y fragmentario atribuible directamente a las instituciones médicas y asistenciales, a los organizadores del sistema, constituye una objetiva agravación del riesgo que toda prestación médica puede entrañar. Es inadmisiblesoslayar, en palabras de Mario Justo López, ?una deficiente atención que lo someta (al paciente) a un riesgo mayor del necesario, o bien, un resultado insólito o anormal, respecto del motivo de la intervención médica o la internación...?. Es que el centro de la cuestión -como dictaminara más adelante- no es una discusión científica acerca de la atención de una emergencia, sino que lo que el tribunal debía atender ?porque era el objeto propio sometido a su decisión, consistía en establecer de qué modo se llegó a esa emergencia médica y la actuación del sistema frente a ella?. Esta dañina fragmentación, no por reiterada en la praxis institucional argentina, debe concederse como práctica aceptable. Y al atender de ese modo a los pacientes es todavía más importante que la historia clínica sea elaborada a medida que transcurre la atención, que sea veraz, completa y minuciosa. VI.- La hoja 54 de la historia clínica exhibe la ?evolución de enfermería?. Mucho no hay asentado por ?Quispe?, quien firma. La antes referida hoja 59 corresponde al día 24. Leo en una de las guías de la Maternidad Sardá que en el puerperio inmediato y durante dos horas la paciente debe ser controlada cada 15 minutos (no veo nada de eso en la HC) por personal de enfermería en sus signos vitales, pérdidas posparto a fin de detectar una atonía uterina o hemorragia posparto (Valenti y colaboradores: ?Guías de práctica clínica, trabajo de parto y parto normal?, División Urgencias, en Guías y

Recomendaciones, Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2005, pág. 136). En algún lugar debían estar los controles. Pero se saltea toda la crisis ocurrida que derivara en la intervención quirúrgica. Nada de lo que refiriera la parte actora en su demanda acerca de la demanda de atención urgente por hemorragia. En fin, está reconocida la vital importancia de las normas de actuación de los profesionales. Fernández Costales afirma que las reglas de conducta o de comportamiento profesional que se establecen en los códigos de deontología profesional, y en particular el Código Deontológico español de 1979, sirven como base para valorar la conducta del médico a efectos de determinar la diligencia con la que ha intervenido en orden a la aplicación de las normas del Código Civil español similares a nuestro art. 512 Fernández Costales, Javier, Responsabilidad civil médica y hospitalaria, pág. 22, ed. Edilex, Madrid, 1987. La Corte Suprema de Justicia de la Nación, en "González Oronó", enfatizó que, para juzgar el comportamiento de los médicos, deben ponderarse ciertas reglas aceptadas por los colegios y organizaciones profesionales. Esas directivas constituyen criterios idóneos e imprescindibles para apreciar la diligencia debida. En consecuencia, no cabe restringir el alcance de esas normas; por el contrario, se impone garantizarles un respeto sustancial (L.L. 1984-B, 396; E.D. 108-516; J.A. 1984-II-373 y sig.). Sigo por allí, entonces. "Cada madre vive el nacimiento de cada uno de sus hijos de manera distinta, según sus experiencias previas y presentes, y el recuerdo de ese acontecimiento la acompañará por el resto de su vida. En este momento tan particular y trascendente, la participación del equipo de salud debe aportar no sólo la solidez profesional sino calidez humana. Tener la capacidad de estar permanentemente atentos y listos para actuar ante la menor alteración del desarrollo normal del trabajo de parto o del nacimiento, comprendiendo que la prioridad es acompañar serenamente el desarrollo de un proceso natural es, probablemente, el aprendizaje más difícil. Quienes asistan a una embarazada durante su trabajo de parto y parto, deben estar preparados para intervenir oportuna, efectiva y rápidamente (...)" (Andina, Elsa, "Trabajo de parto y parto normal. Guías de prácticas y procedimientos", en Guías y Recomendaciones, Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2002, pág. 63). Estimo que no hace falta remarcar alguna parte en especial de estas recomendaciones, todo es destacable. Con respecto a la privacidad de la paciente, pero de crucial importancia, leo allí "[e]s importante que el número de personas que asisten a la embarazada sea el mínimo indispensable y preferentemente que sea el mismo obstetra (en negrita en el original) quien la asista a lo largo del trabajo de parto y parto." (op. cit, pág. 66). Da la impresión de que en el caso de la actora la asistencia el personal que la atendió fue menor al mínimo. Me parece que, como señalé antes, no hubo un equipo de atención adecuado en este Sanatorio. Cualquier alteración del normal trabajo de parto debe ser un signo de aviso de posibles dificultades y ulteriores riesgos. La presentación de Yamila en tránsito hacia el parto mostró dificultades que -hemos visto- fueron superadas con el costo de desgarros cervical y vaginal. Esto era evidente, por la hemorragia, al tiempo del parto; no dos horas después. Sin embargo, la emergencia fue deficientemente atendida. Tal vez por culpa de quienes intervinieran (no está demostrado), seguramente por deficientes protocolos de actuación y/o insuficiencia de medios humanos y materiales del sanatorio. De la Obra Social. VII.- Retomo en esta parte los Manuales del Ministerio de Salud de la Nación, citados por la perito médica. Justamente hay uno titulado "Manual breve para la práctica clínica en Emergencia Obstétrica. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia post - parto, Hipertensión en el embarazo..." (pág. 11 y siguientes). La experta en su dictamen pudo haber ilustrado al tribunal con esas pautas emanadas de la autoridad nacional en la materia. Si bien el ejemplar a la vista corresponde a la Edición 2015, debo suponer que recaudos similares se exigían en anteriores ediciones. El manual empieza definiendo la HPP y clasificando las causas. Sigue explicando que los controles prenatales dan pauta del riesgo de sufrir complicaciones. Pero dice que 2/3 de los casos de HPP ocurren en mujeres sin factores de riesgo identificables. "Todas las instituciones que asisten partos deberían estar preparadas para la eventualidad de una emergencia durante el parto y sus posibles complicaciones" (pág. 12). En el párrafo siguiente se enumera las "Condiciones obstétricas y neonatales esenciales (C.O.N.E.)". Leo: "Función quirúrgica y procedimientos obstétricos: poder realizar cesáreas, reparación de desgarros por vía vaginal, rotura uterina, histerectomía, ectópico, fórceps, extracción de placenta, legrados. Función anestésica: general y regional. Transfusión de sangre segura: determinar grupo y factor Rh, prueba cruzada, contar con banco de sangre o reserva renovable. Tratamientos médicos: resolver shock, sepsis, eclampsia. (...)" (pág. 13). Transcribo la indicación de pág. 16 porque es lapidario para la obra social demandada. No voy a entrar a la conducta médica; la absolución ya llegó de parte de la colega. "Manejo inicial. Uno de los principales y más graves errores en el manejo de la hemorragia postparto es la demora en iniciar las acciones correspondientes. Los casos de peor evolución son aquéllos donde existe una demora considerable en identificar la causa, realizar las medidas de sostén hemodinámico o efectuar el tratamiento necesario tendientes a detener el sangrado. La hemorragia post - parto rara vez puede resolverse de manera individual y es necesario que varias medidas comiencen de forma simultánea. El profesional que asiste el parto o cesárea deberá pedir ayuda inmediatamente. La conformación temprana y oportuna de un equipo de profesionales para la atención de esta emergencia obstétrica es fundamental. Para lograr esto los hospitales deberán contar con los planteles de personal necesarios para afrontar estos casos. La conformación del equipo es interdisciplinaria e incluye diferentes integrantes: Médicos obstetras, Obstétricas, Enfermeras entrenadas en área de parto,

Hemoterapistas, Personal de laboratorio, Médicos anestesiistas. ¿Una vez que la hemorragia post - parto ha sido identificada, el manejo del caso debe tener en cuenta cuatro componentes, los que deben llevarse a cabo SIMULTANEAMENTE (en mayúscula en el original): ¿Comunicar al personal pertinente ---- Reanimación. Inicio de maniobras de reposición de líquidos y de oxigenación ---- Monitorización e investigación de la causa ---- Detención del sangrado. ¿El éxito del tratamiento entonces dependerá de la posibilidad de realizarlo en tiempo adecuado, de contar con personal y recursos necesarios, así como también se considera trascendente la supervisión de las medidas que se llevan a cabo por un especialista con experiencia suficiente encargado de la coordinación del trabajo en equipo (líder). El líder deberá enfocarse en la aplicación y supervisión de un algoritmo de tratamiento específico.? (pág. 16) Voy a terminar esta transcripción con el inicio del cuadro siguiente (pág. 17). ¿Medidas iniciales: -- ¿Pedir ayuda!: El trabajo en equipo es clave. (...)? (los signos de admiración están en el original). Extensos comentarios huelgan. Es uno de esos supuestos en que la cosa habla por sí misma. Nada de todo esto hubo en la mala atención de la señora. Sólo hubo un servicio hartamente deficiente. A la vista de lo expresado, me pregunto por última vez: ¿por qué no creer al testigo Giachino? Yo le doy crédito. VIII.- Creo que, más allá de la discutible conducta de los médicos y auxiliares -tal vez simples engranajes de una máquina asistencial deshumanizada-, es indudable la negligente, inoportuna e inconexa atención recibida por la actora. Hallo una concreta falta de servicio imputable a una obra social cuya obligación es brindar en cada caso y ante cada afiliado cobertura médica óptima. No es el consumidor del servicio quien debe probar qué parte precisa de esa atención compleja fue la causa del resultado extraordinario o anormal. Ante el sufrimiento de un daño injusto es equitativo que el consumidor sea resarcido. Llámesele falta de servicio o, como los tribunales españoles, ¿un conjunto de posibles deficiencias asistenciales?, es dable eximir ¿al paciente de la prueba de en cuál de los momentos de la atención médica se produjo la deficiencia y, por tanto, de la prueba de la identidad del facultativo que hubiere podido incurrir en ella? (De Ángel Yagüez, Ricardo: Responsabilidad civil por actos médicos. Problemas de prueba, pág. 43, Civitas Ediciones, Madrid, 1999). Como recordara Najurieta, con cita de la CSJN y el dictamen de López en ¿González Oronó? (su voto en CNCiv. y Com. Fed., Sala 1ª., 4-11-03, J.A. 2004-II-599), ¿la función específica y la obligación primordial de la obra social demandada consiste en la prestación médica integral y óptima. Aun cuando en los litigios en que se imputa mala praxis médica es frecuente analizar separadamente las diversas etapas en las que se fracciona la atención médico-sanatorial, ello es sólo un recurso para tomar mayor conocimiento de los hechos pero no debe olvidarse que el paciente es un ser humano unitario, en situación vulnerable a causa de la enfermedad, que no está capacitado para corregir ni para controlar ámbitos ajenos a su ciencia y experiencia?. Por el sistema de acuerdo, he tomado conocimiento que voy a quedar en minoría. Esto me exime de considerar la procedencia y magnitud de la reparación de daños reclamada. Voto en disidencia por revocar la sentencia y hacer lugar a la demanda contra la Obra Social del Personal de la Industria del Vestido y su aseguradora, con costas; y rechazarla contra los otros demandados, con las costas a ser soportadas en el orden causado. La señora bien pudo creerse con derecho a demandarlos, lo expliqué al principio. Así mi voto.- La doctora Patricia Barbieri dijo: Adhiero al voto de mi distinguida colega Dra. Abreut de Begher.- Si bien son certeras muchas de las apreciaciones efectuadas en el segundo voto por el Dr. Víctor Liberman, en el sentido de que existen algunas inconsistencias en la cronología de los datos consignados en la historia clínica, lo cierto que la necrosis de la hipófisis que motivara la aparición del síndrome de Sheehan, poco frecuente como señalara la perito médica en su informe, se debió a la abundante hemorragia sufrida a raíz de los desgarros que por prácticas realizadas en el parto debido a la posición en que se encontraba la persona por nacer, sufrió la actora, pero que, a tenor de lo que señalara la experta tanto en su dictamen como en la audiencia que se celebrara por ante este Tribunal y da cuenta el acta de fs. 1060 fueron atendidas adecuadamente EN TIEMPO Y FORMA, llamándose a hemodinamia y solicitando transfusión. En ningún momento la perito hizo referencia en la existencia de demoras en la atención dispensada a la Sra. P. S. y creo que carezco de los conocimientos médicos suficientes para determinar la existencia de algún inconveniente en este aspecto, que atentara contra la salud de la paciente, a punto de endilgar reproche a los demandados, por ello resulta indispensable el informe pericial médico en estos procesos. Y advierto que frente al pedido de explicaciones que se le efectuara a la médica en la oportunidad mencionada, contestó con solvencia y ello no mereció observación alguna por las partes presentes en el acto.- Observo que las alusiones en el voto que precede al retraso en las transfusiones que se le realizaran en los días subsiguientes al parto pudieran resultar ciertas, pero no tienen relación de causalidad con la lamentable patología que a raíz de la hemorragia generara la Sra. P. S. Por lo menos eso no surge del dictamen pericial y ninguna de las partes interrogó ala experta sobre este tópico.- Es por ello que entiendo que los agravios deben ser desestimados y la sentencia de grado confirmada.- Así mi voto.- La Señora Juez de Cámara doctora Patricia Barbieri, por análogas razones a las aducidas por la señora juez de Cámara doctora Liliana E. Abreut, votó en el mismo sentido a la cuestión propuesta. Con lo que terminó el acto. LILIANA E. ABREUT DE BEGHER- PATRICIA BARBIERI- VICTOR FERNANDO LIBERMAN.- Este Acuerdo obra en las páginas n° a n° del Libro de Acuerdos de la Sala ¿D?, de la Excma. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil. Buenos Aires, de marzo de 2019.- Por lo que resulta de la votación que instruye el Acuerdo que antecede, SE

RESUELVE: I-Confirmar, por mayoría, el decisorio de grado, con la salvedad de las costas de primera instancia que se imponen por su orden, mientras que las comunes por mitades entre la parte actora y las accionadas (conf.art.68 CPCC). II- Las costas de Alzada se imponen a la actora apelante que resultó perdidosa (conf.art.68 CPCC). II- Conociendo los recursos interpuestos contra la regulación de honorarios de fs. 965 vta., corresponde señalar que, en atención al modo en que fueron impuestas las costas del proceso, los regulados al letrado de la parte actora no causan gravamen alguno a las codemandadas y citadas en garantía, las cuales, por ende, no se encuentran legitimadas para apelarlos, del mismo modo que tampoco les causa agravio la regulación efectuada en favor de los letrados de los otros codemandados o aseguradoras. En razón de ello, el recurso interpuesto a fs. 972 por la citada en garantía Instituto de Seguros será considerado sólo en cuanto comprende los fijados a la perito médica y a la mediadora, respecto de quienes puede resultar obligada al pago, mientras que los interpuestos a fs. 977 y 979 por la coaccionada Anzola, además de dicho alcance, serán, también, considerados en cuanto incluyen los honorarios de sus propios letrados (conf. art. 57 ley 27.423). Teniendo en cuenta la naturaleza, importancia y extensión de los trabajos realizados en autos; las etapas cumplidas; el monto reclamado en la demanda, y lo dispuesto por los arts. 1, 6, 7, 9, 10, 37 y 38 de la ley 21.839 y su modificatoria 24.432, así como la proporción que deben guardar los honorarios de los peritos con los de los letrados y la incidencia de su labor en el resultado del pleito, se elevan los regulados al Dr. Jonathan Jonás Sircovich, letrado apoderado de la parte actora, por las tres etapas, a pesos doscientos mil (\$ 200.000); y los de los Dres. Julio Roberto Albamonte y Mariano Carlos Stalla, letrados patrocinantes de las codemandadas Re Orellana y Anzola Pineda en la primera etapa y apoderados de la segunda a partir de fs. 554, quienes no alegaron, a pesos ciento sesenta y cinco mil (\$ 165.000), en conjunto. Se reducen las retribuciones de los Dres. Pedro O. Bancoff y Vanina Lorena Duffy, por su intervención como letrados patrocinantes de las mencionadas codemandadas en las audiencias de fs. 640 y 740, respectivamente, a pesos dos mil (\$ 2.000) para cada uno de ellos. Se confirman, por ser ajustados a derecho, los honorarios de la perito médica Adriana Primavesi y de la mediadora Dra. Silvia O. Laitano (conf. artículo 2º, inciso g) del Anexo III del Decreto 1467/11, modificado por Decreto 2536/15, y valor de la UHOM vigente a la fecha de la regulación). Por su actuación ante esta alzada, se fija la retribución del Dr. Jonathan Jonás Sircovich en 32 UMA, equivalentes al día de la fecha a pesos sesenta mil trescientos ochenta y cuatro (\$ 60.344); la de los Dres. Eduardo N. F. Esnaola Rojas y Guadalupe Abal Diez, letrados apoderados de la citada en garantía Sura Seguros, en 38 UMA, en conjunto, equivalentes a pesos setenta y un mil setecientos seis (\$ 71.706); la de los Dres. Claudio Roberto Anido y María Sofía Gambone Vittoria, letrados apoderados de Instituto de Seguros, en 46 UMA, en conjunto, equivalentes a pesos ochenta y seis mil ochocientos dos (\$ 86.802); los de los Dres. Julio Alberto Albamonte y Guillermina Astrid Peralta Longui, letrados patrocinantes de las codemandadas Re Orellana y Anzona, en 30 UMA, en conjunto, equivalentes a pesos cincuenta y seis mil seiscientos diez (\$ 56.610); los de los Dres. Mabel Alicia Guimpel y Manuel Osvaldo Cobas, letrados apoderados de la codemandada OSPIV, en 38 UMA, en conjunto, equivalentes a pesos setenta y un mil setecientos seis (\$ 71.706), y los de la perito médica Adriana Primavesi, por su asistencia a la audiencia de fs. 1060, en 1 UMA -pesos un mil ochocientos ochenta y siete (\$ 1.887)- (art. 30 ley 27.423 y Acordada CSJN 3/2019). Por la sustanciación del recurso resuelto a fs. 938/39, se regula el honorario del Dr. Jonathan Jonás Sircovich en pesos seis mil (\$ 6.000) y el de la Dra. Marcela Taddei, letrada apoderada de Instituto de Seguros, en la misma suma (arts. 1, 6, 7, 9, 14 y 33 de la ley 21.839). La Doctora Patricia Barbieri deja constancia de que, si bien entiende que la nueva ley de aranceles profesionales N° 27.423 es aplicable a toda regulación de honorarios que no se encuentre firme, aun tratándose de trabajos llevados a cabo con anterioridad (conf. esta Sala, en autos ?Pagliaro, Claudia Alicia c/Banco Comafi S.A. y otro s/daños y perjuicios? del 21/3/18), atento la mayoría conformada en el Tribunal en torno a la cuestión, no se extenderá a su respecto. Se deja constancia que la publicación de la presente sentencia se encuentra sometida a lo dispuesto por el art. 164, 2º párrafo del Código Procesal y art. 64 del Reglamento para la Justicia Nacional. Notifíquese por Secretaría y devuélvase. LILIANA E. ABREUT DE BEGHER PATRICIA BARBIERI VICTOR FERNANDO LIBERMAN 039046E