

Mala praxis: Omisión en el consentimiento informado previo a una cirugía de hernia inguinal, al no advertir al paciente sobre el riesgo de neuropatía postoperatoria

Mala praxis: Omisión en el consentimiento informado previo a una cirugía de hernia inguinal, al no advertir al paciente sobre el riesgo de neuropatía postoperatoria

Mala praxis: Omisión en el consentimiento informado previo a una cirugía de hernia inguinal, al no advertir al paciente sobre el riesgo de neuropatía postoperatoria Fuente: doc_01_2026_0015.html

Partes: T. J. M. c/ H. B. de B. A. A. C. y otro s/ daños y perjuicios Tribunal: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil Sala / Juzgado / Circunscripción / Nominación: IFecha: 18 de agosto de 2025 Cita digital: dj157197157197157197Voces: MALA PRAXIS ? RESPONSABILIDAD MÉDICA ? INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ? CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE ? PRUEBA DE PERITOS Procedencia de una demanda de mala praxis por omisión en el consentimiento informado previo a una cirugía de hernia inguinal, al no advertir al paciente sobre el riesgo de neuropatía postoperatoria. Sumario: 1.-La demanda de mala praxis debe admitirse, en tanto, incluir un riesgo como el de la neuralgia residual crónica que puede producirse en el 1% de los casos en que un paciente se somete a una cirugía de hernioplastia laparoscópica, debe ser informado necesariamente al paciente. 2.-Corresponde admitir la demanda de mala praxis, dado que la secuela que presenta el actor es una consecuencia de un riesgo propio de la cirugía a la que se sometió, la que no fue informada debidamente por el profesional a cargo, por lo que el actor se vio privado de la posibilidad de tomar una decisión informada sobre su salud y su cuerpo. 3.-Si, tal como sostienen los sujetos legitimados pasivos en sus respectivos memoriales, en los consentimientos informados sólo deben incluirse los riesgos y complicaciones más comunes, no se advierte lógica alguna para que se incluyan riesgos con una incidencia menor y se descarte informar al paciente sobre el que, en definitiva, ocurrió, que presenta una frecuencia un poco mayor, que alguno de ellos. 4.-Corresponde rechazar la demanda de mala praxis, porque el riesgo debatido puede calificarse como lejano, circunstancia que releva al cirujano de la obligación de informarlo, no obstante, lo que a la postre tristemente ocurriera (del voto en disidencia del Dr. Rodríguez). 5.-El hecho de que se anoticiara al paciente de riesgos remotos, incluso uno como la compresión, más lejano que el que lamentablemente se concretara, no alcanza para conectar la responsabilidad médica por deficiencias en el área informativa (del voto en disidencia del Dr. Rodríguez). Fallo: En la Ciudad de Buenos Aires, Capital de la República Argentina, a los dieciocho días del mes de agosto de dos mil veinticinco, reunidos los señores jueces de la Sala I de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil para conocer en los recursos de apelación interpuestos contra la sentencia dictada en los autos «T., J. M. c/ H. B. DE B. A. A. C. Y OTRO s/ DAÑOS Y PERJUICIOS ? RESP. PROF. MEDICOS Y AUX.» (Expte. n° 46.298/2019), el tribunal estableció la siguiente cuestión a resolver: ¿Se ajusta a derecho la sentencia apelada? Practicado el sorteo resultó que la votación debía hacerse en el orden siguiente: Dr. Juan Pablo Rodríguez, Dra. Paola Mariana Guisado y Dra. Gabriela A. Iturbide. Sobre la cuestión propuesta el Dr. Rodríguez dijo: I. La sentencia de primera instancia hizo lugar parcialmente a la demanda promovida por J. M. T., con costas conforme lo dispuesto en el considerando XIII. En consecuencia, condenó a E. A. P., H. B. de B. A. A. C. y a S. M. SA y N. C. de S. SA, estas últimas dos en los términos del seguro contratado, a pagar al actor en forma concurrente o indistinta, dentro de los diez días de quedar firme el presente, la suma de pesos dos millones setecientos diez mil (\$2.710.000), con más los intereses que mandó calcular conforme lo dispuesto en el considerando XII. Con costas a las vencidas. Contra dicho pronunciamiento se alzan los condenados y la parte actora, quienes expresaron sus agravios en formato digital, los que fueron respondidos por N. C. de S. SA y S. M. SA. por la misma vía. Por una cuestión de orden lógico corresponde deparar tratamiento liminar a los agravios de los demandados, dada la incidencia que ello puede tener en los del actor, cuyo análisis devendría abstracto en el caso de prosperar las quejas del médico emplazado y restantes condenados. II. Llega firme lo decidido en la sentencia apelada en torno a que ningún reproche corresponde efectuar respecto de la actividad profesional desplegada por el demandado. Ello en virtud de lo informado por el perito médico designado en autos en cuanto que «el tratamiento de las hernias inguinales no tiene alternativas a la cirugía, es el tratamiento quirúrgico el único válido para reparar las », que el mismas «dolor Neuropático postoperatorio» que presenta el actor, vinculado con la cirugía laparoscópica a la que se sometiera, es una complicación prevista para dicho tipo de procedimiento, que su riesgo es aún menor en la cirugía laparoscópica realizada que en «la abierta», que los controles prequirúrgicos y postoperatorios inmediatos fueron los adecuados y, en definitiva, que la indicación quirúrgica fue correcta y la cirugía conforme lex artis. En rigor, es en la confección del consentimiento informado donde la jueza ve comprometida su responsabilidad profesional. Se refiere al consentimiento informado suscripto por el actor y el demandado P. que surge de la historia clínica acompañada el 28.08.19 y obra agregado a fs. 394 de las presentes actuaciones. En ese documento se le explica al paciente la naturaleza del procedimiento propuesto, sus beneficios y en cuanto a los riesgos, que es donde se asienta el cuestionamiento a la actividad informativa del profesional, se indica «recidivas, compresión, infección, sangrado». Para decidir de la manera expuesta, la magistrada tuvo muy en cuenta ciertos aspectos de la

información brindada en la pericia médica. Así, computó que cuando el profesional fue requerido para que explique y transcriba cuales fueron los riesgos que le informaron al actor, previo a la cirugía, mediante dicho consentimiento, contesta: «Sangrado, infección y recidivas». Respecto a si consta en el consentimiento firmado por el actor que «podría sufrir durante la cirugía practicada una lesión nerviosa de carácter irreversible», contesta que «No figura ese dato» y que «El consentimiento tiene un formato correcto de acuerdo a lo establecido por la ley pero no figura la lesión neurológica como complicación descripta». Apreció también que cuando se le preguntó «si el hecho que un consentimiento se encuentre incompleto genera consecuencias jurídicas en caso de que el paciente sufra algún daño», respondió que «Si por incumplimiento de la ley que lo establece»; para que diga «si en un consentimiento este no manifiesta con precisión respecto de los riesgos de la cirugía significa que este se encuentra incompleto», responde que «si porque así lo establece la ley»; para que diga «si el consentimiento firmado por el Sr. T. y el Dr. P. consta la posibilidad del actor de sufrir un daño neurológico», responde que «No»; para que diga «si se encuentra referencia en la documental disponible en autos, que el Dr. E. A. P. haya explicado el tipo de cirugía a realizar y solicitado el correspondiente consentimiento informado», responde que «existe un consentimiento informado en el que se habla de complicaciones como ser recidivas, sangrado e infecciones, no de la complicación sufrida»; Asimismo, expresó el 31.05.22 que: «En los consentimientos informados es preciso dejar registro de que se le informo al paciente las potenciales complicaciones que se relacionan con la cirugía a realizar», que «Es cierto que no se pueden registrar todos los riesgos que implica una cirugía, es por ello que se dice que se debe describir los riesgos más graves y los más frecuentes, en este caso el síndrome doloroso crónico por neuropatía postoperatoria es un cuadro invalidante, por otra parte si tenemos en cuenta que la aparición del mismo tiene una frecuencia en el 1% de los casos y siendo que el Dr. P. describió entre los riesgos algunos que tenían esa misma incidencia e incluso en algunos casos menor (0.5 %) consideró que esta complicación debió ser expuesta», que «El consentimiento informado omitió referir la neuropatía como un riesgo de la cirugía, lo cual dada sus implicancias clínicas y su frecuencia de aparición lo justificaba»; y el 23.09.22 que «El consentimiento informado realizado por el Dr. P. cumple con los criterios pero es incompleto al no detallar entre otras complicaciones las lesiones traumáticas de nervios». Es de esa información que deriva la conclusión que condensa el meollo de la decisión, cuando se infiere en el pronunciamiento objetado que se habría instrumentado un consentimiento informado incompleto, en tanto se omitió consignar uno de los riesgos del procedimiento que, según el resultado de la pericia medica reseñada, debió ser incluido. Vale destacar que antes de abordar el tema de la cuantificación, la jueza desplegó ciertos lineamientos a los cuales sujetó esa tarea, que me parece atinado destacar. Precisó en esta línea, que la violación del deber de información importó una pérdida de chance del actor en la decisión de no someterse a la práctica en cuestión. No obstante, aclaró que ello no implica aseverar que si se hubiese brindado al actor adecuada información sobre el riesgo omitido no se habría operado, ni tampoco que pudiera haberse evitado el resultado dañoso. Máxime teniendo en cuenta que, conforme surge de la pericia médica, la indicación quirúrgica fue correcta y la cirugía en sí practicada conforme *lex artis*. De esta manera, indicó que la relación de causalidad del daño resarcible debe buscarse entre la omisión de la información y la posibilidad de haber eludido, rehusado o demorado la intervención médica cuyos riesgos han cristalizado, y no de forma directa entre la omisión de la información y el daño materializado tras su práctica. Daño que, a su vez, es una complicación prevista para dicho tipo de cirugía. Precitado lo anterior, resulta oportuno ahora realizar un resumen de ciertos aspectos de la opinión pericial que entiendo importante desarrollar para emplazar el análisis en un más claro panorama. Se explica en la pericia que en los consentimientos informados es preciso dejar registro de que se le informo al paciente las potenciales complicaciones que se relacionan con la cirugía a realizar. Si existen diferentes abordajes como ser la hernioplastia convencional y la laparoscópica. La ley de derechos del paciente y consentimiento informado establece las pautas que debe cumplir un consentimiento informado para que el mismo se considere válido. Las secuelas que presenta el actor han ido mejorando según el mismo lo refiere, pero continúan siendo en cierto grado invalidantes. La neuropatía post hernioplastia inguinal laparoscópica está reconocida en todos los trabajos sobre el tema y tienen una incidencia de acuerdo a la bibliografía ya citada en el informe del 1 %. En la actualidad el actor refiere que, si bien el dolor ha mejorado algo, este lo sigue limitando cuando la ropa le roza el área afectada o cuando mantiene relaciones sexuales. En la impugnación, la parte demandada fundamenta sus dichos en que la evaluación fue realizada en la pericia 7 años después de los hechos analizados, pero de acuerdo al perito es justamente todo el historial clínico y las consultas correspondientes que tuvo el actor desde el postoperatorio inmediato con cirujanos, urólogos y especialmente con médicos especialistas en tratamientos del dolor lo que más fundamento da a esta relación establecida entre la cirugía y las secuelas invalidantes que presenta el actor. Son esos mismos especialistas quienes interpretaron el cuadro y le indicaron tratamientos que resultaron parcialmente eficaces. Se concluye que la relación cronológica entre la cirugía y la aparición del dolor es clara y contundente. En el caso de autos, continúa el perito, la lesión del nervio obturador esta descripta en la bibliografía como causada por la posición en que se ubica al paciente y consideró que la alodinea que presenta el actor como fue descripta por el Dr. Z. (médico especialista en dolor que trato al paciente) está dada por la lesión de nervios que atraviesan la zona quirúrgica ya sea por lesión directa o por atrapamiento con los agrafes y este tipo de lesión

no se diagnostica con ningún estudio electromiográfico sino a través de la semiología. A la pregunta acerca de si las alteraciones que se objetivan a nivel del electromiograma podrían ser producidas por otras afecciones además de la supuesta lesión a nivel de la región operada, el profesional respondió que debe diferenciarse la lesión descrita en el electromiograma que podría asociarse a una determinada postura durante la cirugía de la lesión de los nervios que recorren la región quirúrgica que son los causantes de la alodinea que presenta el actor. Aclaró en otra parte, conceptos que reproducen lo ya explicado, que el nervio obturador no atraviesa la región operada pero puede lesionarse como consecuencia de ciertas posición operatorias, además reputó que existen lesiones de nervios menores que transcurren por el área quirúrgica como ser ilioinguinal, genitocrural, iliohipogástrico, etc. las cuales no se detectan a través de un electromiograma. Aún a riesgo de ser reiterativo, la peritación deja prístinamente explicado, en lo pertinente, que de acuerdo con la bibliografía que se cita se han descripto lesiones nerviosas asociadas a la hernioplastia inguinal laparoscópica que pueden incluir diferentes nervios que pasan por dicha región. Los mecanismos de lesión pueden ser por injuria directa, atrapamiento por los agrafes, la posición del paciente durante la cirugía, la fibrosis que genera la malla de prolene. Consideró el perito evidente que como lo interpretaron los médicos que asistieron al actor este dolor neuropático tuvo relación con la cirugía laparoscópica a la que se lo sometió. En la actualidad se le solicitó un potencial evocado sensitivo de miembros inferiores que mostró un moderado compromiso de la vía aferente sensitiva del lado izquierdo, mientras que el electromiograma mostro una lesión del nervio pudendo. Antes de ello, había explicado que la lesión de los nervios relacionados con la región inguinal tiene una incidencia menor al 1% cuando se realiza la corrección quirúrgica de una hernia inguinal; los nervios principalmente afectados son el ilioinguinal y el iliohipogástrico, actualmente con la hernioplastia laparoscópica los nervios cutáneo femoral lateral y genitocrural resultan más frecuentemente lesionados, estas lesiones son originadas ya sea por manipulación, o por atrapamiento con las grapas fijadoras de las prótesis (malla) colocadas durante la cirugía, o por la fibrosis tisular que ésta puede ocasionar; otros nervios importantes que pueden lesionarse son los nervios crural y obturador, este último puede ser lesionado por la posición de litotomía con abducción mayor a 30 grados y/o por la corriente monopolar durante la disección. Presentamos dos casos de lesión de nervios periféricos, uno de ellos con parálisis del nervio obturador y el otro con neuralgia del nervio genitocrural, ambas secundarias a hernioplastia inguinal laparoscópica. Efectuado el resumen precedente, vale destacar que en el acápite relativo a las consideraciones medicolegales de la peritación médica se describe que el Sr T. consultó con el Dr. P. en el año 2017 por presentar una hernia inguinal izquierda, se le programó una hernioplastia laparoscópica que se realizó en el Htal. B. de Vicente López en el mes de julio y se lo externó el mismo día, el paciente consultó a los 3 días por dolor inguinal en el testículo izquierdo, a partir de allí tuvo varias consultas con el cirujano y un urólogo realizándosele una ecografía y ecodoppler testicular, realizo múltiples tratamientos para el dolor siendo derivado finalmente con un especialista en tratamiento del dolor, el Dr. Z.; este realizó múltiples tratamientos con diferentes drogas logrando mejorías parciales y a veces transitorias. El actor continuó en tratamiento por 1 año y medio con el Dr. Z. no logrando que remitiera el dolor por completo. El dolor fue descripto por el Dr. Z. como una alodinea el cual se describe como un dolor debido a estímulos que normalmente no son dolorosos. Este es el dolor que se detectó en el examen actual de la región escrotal izquierda. En parte de sus fundamentos, el médico condenado, postula en sustento de sus quejas que resulta errónea la apreciación que realiza la sentenciante sobre la confección del consentimiento informado al referir que el mismo resultó incompleto. Se extralimita al requerir del codemandado un consentimiento que no ha plasmado una consecuencia médica de la cirugía practicada que poseía menos de 1% de probabilidad de acaecer. La ley 26529 de los Derechos del Paciente en el art. 11 establece como regla general que el consentimiento informado será obtenido de forma verbal. Pero plantea expresas excepciones como en los casos de: a) internación, b) intervención quirúrgica, c) procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, d) procedimientos que implican riesgo según lo determine la reglamentación, e) revocación, en los cuales deberá darse por escrito, con firma del paciente. Bien destaca la juez que preopinó, el art.3 de la referida Ley 26.529 entiende por información sanitaria «aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos». Se ha dicho, en este sentido, que junto al «deber céntrico o primario del médico», consistente en la atención sanitaria encaminada a satisfacer el interés terapéutico del paciente, de conformidad con la lex artis, existen deberes secundarios de conducta a cargo del médico, coadyuvantes del compromiso primario asumido por el facultativo, entre los que se encuentra el deber de información (Jaramillo J., Carlos I., Responsabilidad civil médica, Pontificia Universidad Javierana, Bogotá, 2010, p. 205 y ss; conf. CNCiv Sala A, 15/12 /2020, Krivoruchko Víctor c/ Albero Arnoldo y otros s/ Daños y Perjuicios»). Añadió con las citas, en lo pertinente «La obligación de informar al paciente es, entonces, claramente distinguible de la obligación principal que asumen los nosocomios y los profesionales de la salud, consistente en prestar cuidados médicos de acuerdo a las reglas del arte. Tan es ello así que bien podría cumplirse una e incumplirse la otra, como sucedería en el caso de un cirujano que opera correctamente a su paciente, pero omite informarle acerca de un riesgo normalmente asociado a esa práctica, que efectivamente sobreviene luego de la intervención. O viceversa, si el cirujano del

ejemplo ha informado correctamente al paciente, y obtenido su consentimiento, pero es negligente al practicar la operación y con ello le produce un perjuicio. Tratándose de obligaciones distintas, también lo serán las consecuencias de su posible violación: en el caso del incumplimiento de la obligación principal, el daño resarcible estará asociado con las consecuencias derivadas de la culpa médica, mientras que en el caso del deber de información el daño estará usualmente referido a la materialización de un riesgo previsible no informado debidamente al paciente. Como lo señala acertadamente Galán Cortés, en este último supuesto la relación de causalidad debe buscarse, de modo figurado, entre la omisión de la información y la posibilidad de haber eludido, rehusado o demorado la intervención médica cuyos riesgos han cristalizado, y no de forma directa entre la omisión de la información y el daño materializado tras su práctica (Galán Cortés, Julio C., Responsabilidad civil médica, Civitas, Madrid, 2011, p. 662/663)». «muchas veces la deficiente información causará al paciente un perjuicio consistente en la pérdida de la chance que tenía el enfermo de haber decidido no someterse a la práctica en cuestión, y así haber escapado a la materialización de los riesgos no informados debidamente»(.). En tal orden, se ha dicho en torno al deber de información, en publicaciones que son anteriores a la entrada en vigencia de la mencionada ley, que no siempre es más fácil o más barato para el médico producir prueba relativa a la información prestada y que no puede incluirse todo en el formulario. Inclusive los países donde para toda operación se pide un documento, no se considera que el médico debe probar. En definitiva, dado el estado actual de nuestra legislación positiva y de la práctica médica, no dudamos que incumbe al actor probar que fue inadecuadamente informado, o bien que no consintió la realización de un procedimiento médico, sin perjuicio que ambas partes aporten toda prueba que tengan para mejor esclarecer sus posiciones. Las autoras que abajo se citan se pronuncian incluso en el sentido de que resulta aconsejable mantener este principio (Highton, Elena-Wierzba, Sandra: «La relación médico ? paciente. El consentimiento informado», p. 148/9). Castaño Restrepo sostiene que:». el nexo de causalidad entre el hecho culposo -es decir la aplicación del tratamiento o procedimiento no informado adecuadamente o no asentido debidamente por el paciente o sus responsables (violación de reglamentos, imprudencia)- y los daños generados por él, corresponde probarlo al paciente, si nos atenemos a los principios tradicionales de la responsabilidad civil médica o por la prestación de servicios de la salud. Será el juez en cada caso quien deba evaluar la credibilidad de la versión del paciente al afirmar que, de haber sabido los riesgos u otros aspectos relacionados con el tratamiento o procedimiento y de habersele preguntado sobre la aplicación del mismo, lo hubiese rechazado (autor citado en 'El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica', pág. 65, citado por Vázquez Ferreyra, Roberto A. en: «El consentimiento informado en la práctica médica» en Código Civil y normas complementarias Bueres- Highton Hammurabi, pág. 827 in fine; Rossi, Oscar Jorge: «Responsabilidad civil ? Prestadores de servicios médicos», Ediciones dyd, p. 134). A la hora de delimitar el alcance con el que debe ser satisfecho el deber en cuestión, se ha explicado que el profesional tiene la obligación de informar sobre los riesgos, probables efectos adversos previsible y molestias de la terapéutica escogida y abstenerse de comunicar los riesgos lejanos o hipotéticos atento a que pueden producir en el paciente un temor innecesario. En tal sentido se remarca en este aspecto que la condición de riesgo lejano o hipotético se efectúa sobre la base de estadísticas científicamente comprobables; la pregunta sería entonces cuál es el porcentaje máximo a partir del cual ese riesgo deja de considerarse hipotético para convertirse en probable y por tanto objeto de información y a quien corresponde tal decisión. En cuanto a los riesgos desconocidos, en principio el médico no sería responsable por no informarlos cuando se relacionan con el conocimiento científico en un contexto histórico determinado desplazándose el nexo causal en caso de ocurrencia de daños; por el contrario si el desconocimiento proviene de una falta de actualización y capacitación profesional su conducta encuadra en un ilícito generador de responsabilidad (Ghersi-Weingarten: «Tratado del derecho a la salud», t. II, ps. 49/50). Explicado ello, es claro que el riesgo aquí debatido puede calificarse como lejano, circunstancia que de acuerdo a lo señalado a modo de criterio general, releva al cirujano de la obligación de informarlo, no obstante lo que a la postre tristemente ocurriera. En tal contexto, el criterio jurisprudencial imperante que va en línea con lo que postulan los demandados parece adecuarse al supuesto de autos, en cuanto a que se debe tener en cuenta que siempre existe riesgo frente a una intervención y que no es posible sobrecargar al paciente, ya de por sí asustado o ansioso por la situación, con mayores preocupaciones que pueden llegar a incidir en las condiciones físicas y espirituales con las que enfrentará el acto quirúrgico. Es pues un tema que debe ser resuelto en cada caso en particular teniendo en cuenta que la aceptación de los riesgos no importa un bill de indemnidad para el médico ya que no exonera a su responsabilidad por negligencia. En este sentido, aunque respecto de otra patología, vale citar el siguiente precedente, que versa sobre un caso con nivel probabilístico incluso superior que el de autos «el síndrome de Irvine Gass o EMC», con un bajo nivel de incidencia, que sólo se presenta en un 2% de los pacientes operados de cataratas, la jurisprudencia ha resuelto que no corresponde imputarle responsabilidad alguna al facultativo por no informar de ello, en atención a las escasas e inciertas probabilidades que existían de que se presentara dicha complicación posquirúrgica (CNCiv., sala M, 30/8/2001, «G., C. E. v. P.V. y otro», IA, 2001-IV, fasc. 12). En base a lo explicado, a diferencia de la solución a la que se arriba en la sentencia apela, considero que en el caso no ha mediado una deficiencia en materia de consentimiento informado, apta para justificar la responsabilidad del cirujano demandado. No obstante que

en la pericia se reflexione en torno a esta cuestión que es incompleto al no detallar entre otras complicaciones las lesiones traumáticas de nervios. Analizada la opinión pericial sobre el punto con sujeción a las pautas del art. 477 del ordenamiento ritual, considero que se trata de una exigencia que se coloca por encima de los mencionados parámetros aceptados en la interpretación jurisprudencial. Que luce francamente excesiva, porque el hecho de que se anoticiara al paciente de riesgos remotos, incluso uno como la compresión, más lejano que el que lamentablemente se concretara, no alcanza para conectar la responsabilidad médica por deficiencias en el área informativa. Es que sería irrazonable exigible al profesional que, por dicha circunstancia, haber informado un riesgo remoto, estaba obligado a agotar el catálogos de eventos o consecuencias hipotéticas. Temperamento que parece más bien orientado a conformar un escudo para que el médico evada la responsabilidad por el achaque de eventuales deficiencias en materia de consentimiento informado, que ha brindarle una información apropiada al paciente, de acuerdo con las circunstancias de persona, tiempo y lugar. Porque no debe soslayarse como se anticipara que se trata de un ser humano que se encuentra en el trance de enfrentar un acto quirúrgico, lo que exige un balance de la información que se le debe transmitir, a fin de evitar la generación de temores desmesurados, lo que podría repercutir negativamente en su condición física y anímica, cuya integridad debe ser tutelada, a fin de enfrentar la cirugía en las mejores condiciones generales. Al margen de que, de conformidad con los datos de la experiencia médica, bajo el prisma de una persona media o común, si el riesgo y su muy escasa incidencia, menor al 1 %, hubieran sido informado en conjunto y de manera completa, es inverosímil suponer que el paciente hubiera rechazado o incluso eludido o demorado, el tratamiento efectivizado el 24-5-17, cirugía de hernia inguinal, que es el que la ciencia médica aconseja en un supuesto como el debatido en autos, conforme lo que claramente se informara al respecto a nivel pericial. Sobre esto último, en la respuesta a las impugnaciones del actor, el perito fue contundente, el tratamiento de las hernias inguinales no tiene alternativas a la cirugía, es el tratamiento quirúrgico el único válido para reparar las mismas. En base a estas reflexiones, considero que corresponde hacer lugar a los agravios del frente accionado y revocar la sentencia apelada en cuanto admite la demanda por los motivos ya explicados. En cuanto a las costas, como es sabido la regla del hecho objetivo de la derrota como criterio de imposición no es absoluta, porque el mismo art. 68 del Código Procesal, en su párrafo segundo, prevé distintas excepciones, algunas impuestas por la ley y otras libradas al arbitrio judicial, lo cual importa una sensible atenuación de dicho principio general, que debe ser ponderado en cada caso particular y siempre que resulte justificada la exención. Esa solución excepcional es a mi modo de ver, la que corresponde arbitrar en un supuesto como el involucrado, con arreglo a la tradicional jurisprudencia que alude como causa genérica que autoriza el apartamiento de la mencionada regla general que impone las costas a quien ve rechazada su petición, a la existencia de «razón funda» para litigar. Fórmula dotada de suficiente elasticidad como para resultar aplicable cuando, por las particularidades del caso cabe considerar como ocurre en la especie, que la parte perdedora actuó sobre la base de una convicción razonable acerca del derecho pretendido (conf. Loutayf Ranea, Roberto G: «Condena en costas en el proceso civil», p. 79 y jurisprudencia allí citada). La escasa complejidad de la cirugía involucrada y las consecuencias colaterales que acompañaron el resultado, conjuntamente con la característica del riesgo, los parámetros de naturaleza fundamentalmente jurisprudencial que se toman en cuenta para definir el alcance de la información que debe volcarse en el consentimiento informado, y el hecho de que se pusiera en conocimiento del paciente un riesgo más remoto que el verificado, justifican con arreglo a los lineamientos jurídicos precedentes, imponer las costas de ambas instancias en el orden causado (arts. 68, última parte, y 279 del Código Procesal). En consecuencia, propongo al Acuerdo 1) Revocar la sentencia apelada en cuanto admite parcialmente a la demanda promovida por J. M. T., con costas, la que propicio rechazar. 2) Imponer las costas de ambas instancias en el orden causado. La Dra. Paola M. Guisado dijo: I.- Me permito respetuosamente disentir con la opinión de mi distinguido colega preopinante, que en el voto que antecede, propone revocar la sentencia en crisis, ya que en virtud de los argumentos que a continuación expondré, entiendo -por el contrario- que lo allí decidido en materia de responsabilidad debe ser confirmado. Me centraré primeramente en lo referente a la necesidad (o no) de incluir la neuralgia residual crónica en el consentimiento informado, ya que ese constituye el fundamento medular para fundar la revocatoria que propone. Dejaré para un segundo momento el abordaje de la ausencia de relación causal entre dicha patología y la cirugía sobre la que se debate en autos, ya que ese constituye el otro argumento en que los sujetos legitimados pasivos centran su queja contra el pronunciamiento de grado. Pues bien, he tenido oportunidad de referirme a lo relativo al consentimiento informado en autos «Solari, Laura c/ Sánchez Saizar, Pablo Manuel y otro s/ daños y perjuicios» (conf. Miivoto en dicho expte. N°: 33020/2015 del 11/08/2020). Allí señalé que de conformidad con lo establecido por el artículo 5 de la ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud n° 26.529, no hay otra forma posible de acreditar los riesgos informados al paciente que acudir al consentimiento informado cuando se trata de una intervención quirúrgica (en virtud de lo establecido por el inciso b del artículo 7 de dicha norma). Allí también sostuve que «la ausencia o deficiencia del consentimiento informado puede constituir título suficiente de imputación de responsabilidad civil, al lesionar y restringir el poder del paciente de autodeterminación, derivado del libre desarrollo de la personalidad, siempre que se conjugue, además, con los restantes presupuestos de la obligación a resarcir» (con

cita de Pizarro ? Vallespinos, «Tratado de Responsabilidad Civil», Editorial Rubinzal ? Culzoni, Tomo II, pág. 562).El mismo criterio sostuve en autos «Ponfil, Andrea Alejandra c/ Estética integral S.A. y otro s/daños y perjuicios», Expte.Nº:26044/2021 del 30/09/2024 y «Cisneros, Mirta Gladys c/ Iglesias, Mariela y otro s/ daños y perjuicios», expte. Nº: 84693/2019 del 20/02/2025.Al margen de ello, desde otro enfoque se ha expresado que «la falta de consentimiento que la ley exige constituye, por sí sola, una mala praxis ad hoc. Una operación o un tratamiento, al margen de su éxito, pueden ocasionar un cambio en el plan de vida que el paciente debe elegir libremente, luego de ser informado sobre todos los riesgos y procedimientos alternativos posibles. Puede existir, entonces, un daño ocasionado a la autonomía del paciente cuando no se le advierte sobre las consecuencias futuras de una operación o las alternativas de un tratamiento» (Julio César River y Graciela Medina (directores), «Código Civil y Comercial de la Nación Comentado, 2º edición actualizada, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Ley, 2023, Tomo I, pág. 284/285).Sentado ello, la cuestión debatida se ciñe en lo esencial, a establecer si un riesgo como el de la neuralgia residual crónica que puede producirse en el 1% de los casos en que un paciente se somete a una cirugía de hernioplastia laparoscópica, debe ser informado necesariamente al paciente. En este caso vale recordar que, por lo ya mencionado, al tratarse de una intervención quirúrgica, tal información debe ser necesariamente instrumentada por escrito (inciso b del artículo 7 de la Ley de Derechos del Paciente).Pero antes de ello, dado que el médico demandado P.sostiene que el actor no cuestionó el consentimiento informado, entiendo necesario poner de relieve que ello no es lo que surge del escrito introductorio del proceso.Por el contrario, luego de señalarse allí que presenta un cuadro de neuralgia residual crónica post hernioplastia inguinal izquierda -si bien se atribuye a una mala técnica quirúrgica- expresamente sostiene el accionante que «respecto de la posibilidad de sufrir este daño nada le fue advertido a la actora quién no fue informada de la manera correcta respecto de los riesgos que estaba asumiendo al someterse a la cirugía». A lo que luego agregó que «el Dr. P., médico cirujano en quien el actor depositó toda su confianza jamás le brindó al paciente la información necesaria y suficiente para que él pueda decidir libremente qué riesgos asumir, sino que se le brindó información incompleta y jamás le informó sobre la posibilidad de sufrir un daño neurológico de semejante magnitud».Por otro lado, entiendo que las posturas que el codemandado P.y la aseguradora «Noble» adoptaron al contestar la demanda sellarían la suerte adversa de sus planteos recursivos, en lo que hace a la frecuencia con que este tipo de riesgo puede producirse.Véase que el médico sostuvo al contestar demanda que «más allá de reiterar esta parte que la neuropatía alegada por la contraria no se encuentra certificada, es importante destacar que aún en el hipotético caso de haberse presentado la misma, dicha afección no es atribuible a una mala ejecución de técnica quirúrgica como menciona la demanda sino a una complicación ampliamente prevista por la bibliografía médica mundial en relación a cirugías como la practicada por el actor» (la negrita me pertenece). En sentido similar la aseguradora «Noble» expresó al contestar la citación en garantía que se le cursó: «como fue ampliamente detallado ut supra la neuralgia es una complicación posible que ocurre en un 15% de las cirugías de hernioplastia y que no guarda relación con la técnica quirúrgica empleada».Como puede apreciarse, mientras los apelantes intentan ante esta Alzada minimizar la incidencia del riesgo que efectivamente tuvo lugar -volveré sobre el nexo causal más adelante en mi voto-, sostuvieron algo muy diferente al momento de presentarse en autos.Por otro lado, no comparto la evaluación que se hace respecto a la inclusión de riesgos menores en el consentimiento informado, pieza que el propio codemandado P. copia en su memorial.Es que tal como puede apreciarse en ese instrumento -y con más claridad en el dictamen médico, donde se transcribe lo allí inserto-, tal cuestión resulta determinante para resolver el caso.Si, tal como sostienen los sujetos legitimados pasivos en sus respectivos memoriales, en los consentimientos informados sólo deben incluirse los riesgos y complicaciones más comunes, no se advierte lógica alguna para que se incluyan riesgos con una incidencia menor y se descarte informar al paciente sobre el que, en definitiva, ocurrió, que presenta una frecuencia un poco mayor, que alguno de ellos.No está de más agregar que la justificación presentada por la aseguradora «Noble» en cuanto a este punto concierne, referente a que se detallaron riesgos menores, pero acordes al paciente, no pasa de ser una afirmación meramente dogmática. Es que ni siquiera se intenta esbozar en la pieza bajo estudio, por qué en el caso del actor se le informaron dichos riesgos menores, en concordancia con alguna particularidad que presente su caso.De tal modo, no advierto que se trate en el caso de una sentencia en la que se formule una exigencia desmesurada al galeno en tanto se lo obliga a informar un riesgo de baja probabilidad -tal como se postula en las presentaciones recursivas-, ya que ello -reitero- es, incluso, contrario a lo que las partes sostuvieron en sus propias defensas originales.Despejadas tales cuestiones entiendo que tampoco resulta atendible poner a cargo del paciente acreditar que, de haberse informado tal riesgo, no se hubiera sometido a la intervención, ya que se trata de una prueba diabólica, es decir, de imposible producción.No dejo de advertir que la patología que presentaba el actor tiene como única solución posible la quirúrgica, tal como informó el perito nombrado de oficio -y lo cierto es que tal punto no se encuentra controvertido-, pero ello no obsta aún en ese supuesto, a que el actor pudiera decidir no someterse a la intervención o, eventualmente aplazarla.Todas estas cuestiones no pueden más que quedar en el terreno de las conjeturas, precisamente,porque tal riesgo no le fue informado al reclamante. Entonces, si este argumento sirviera para rechazar el reclamo, la manda impuesta por la ley ya aludida perdería cualquier tipo de sentido.Por otro lado, que del consentimiento informado surja que el

paciente recibió «toda la información que la ley 26.529 exige» no lleva a la conclusión pretendida por el codemandado P. en su expresión de agravios, ya que también en este supuesto, de admitirse dicho extremo, perdería cualquier tipo de asidero la obligación legal de dejar asentado en el respectivo consentimiento cuáles fueron los riesgos y complicaciones informados al paciente. Asimismo, entiendo que también debe descartarse suponer, a partir del hecho de que el actor hubiera tomado la decisión de operarse frente a los riesgos y complicaciones efectivamente informados, que hubiera prestado su conformidad con éste otro, que no se comunicó. Es que seguir el tipo de razonamiento que se propone, bastaría con informar un sólo riesgo para que se infringiera la conformidad respecto a los demás, lo que resulta insostenible, pues constituye un avasallamiento a la autonomía personal y a la libertad del paciente de tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su salud. Debo poner énfasis en que no coincido en que los médicos deban evitar sobrecargar al paciente con información o realizar una especie de balance de la información que se les debe transmitir a fin de evitar la generación de temores desmesurados. Por el contrario, entiendo que tal visión de la profesión médica puede llegar a ser un tanto paternalista y colocar al paciente en una situación de inferioridad que no se compadece con la autonomía personal que debe primar en la materia, ya que -reitero- se trata esencialmente de decisiones sobre el propio cuerpo y salud y la única forma de que cualquier sujeto sea plenamente libre para decidir sobre el curso de acción que quiere seguir al respecto, es contar con toda la información adecuada, sin que le pueda ser retaceada por un profesional para «cuidarlo» respecto a posibles decisiones erradas. Vale destacar en este sentido que tal tipo de visión, que encierra cierta concepción sobre decisiones correctas o incorrectas, sería en efecto improponible en este tipo de casos, ya que no existe nadie más apto que el propio sujeto que debe tomar la decisión para valorar qué resulta lo correcto para su propio plan de vida. Establecido ello, entiendo que los cuestionamientos por la ausencia de relación causal de la intervención quirúrgica y la neuralgia constatada no es tal. En efecto, en su dictamen el perito expuso que «se han descrito lesiones nerviosas asociadas a la hernioplastia inguinal laparoscópica que pueden incluir diferentes nervios que pasan por dicha región. Los mecanismos de lesión pueden ser por injuria directa, atrapamiento por los agrafes, la posición del paciente durante la cirugía, la fibrosis que genera la malla de prolene. Es evidente que como lo interpretaron los médicos que asistieron al actor este dolor neuropático tuvo relación con la cirugía laparoscópica a la que se lo sometió. En la actualidad se le solicitó un potencial evocado sensitivo de miembros inferiores que mostró un moderado compromiso de la vía aferente sensitiva del lado izquierdo, mientras que el electromiograma mostró una lesión del nervio pudendo». De tal manera, la lesión constatada se relaciona claramente con la intervención quirúrgica, al margen de que no se pueda explicitar concretamente cuál de esas alternativas mencionadas en la pericia fue la que efectivamente la produjo. Fue por eso que al contestar el pedido de aclaraciones de la parte actora explicó el experto que es imposible de determinar la causa «ya que como dije existen múltiples causas relacionadas con la hernioplastia laparoscópica, lo que sí se puede establecerse es la relación cronológica entre la cirugía y la aparición de los primeros síntomas como lo hicieron los médicos que trataron al paciente en el postoperatorio entre los que se hallaban cirujanos, urólogos y especialistas en tratamiento del dolor». A ello agregó en respuesta al codemandado P. «que la alodinea que presenta el actor como fue descrita por el Dr. Z. (médico especialista en dolor que trato al paciente) está dada por la lesión de nervios que atraviesan la zona quirúrgica ya sea por lesión directa o por atrapamiento con los agrafes y este tipo de lesión no se diagnostica con ningún estudio electromiográfico sino a través de la semiología» y que «el nervio obturador no atraviesa la región operada pero puede lesionarse como consecuencia de ciertas posición operatorias, además considero que existen lesiones de nervios menores que transcurren por el área quirúrgica como ser ilioinguinal, genitocrural, iliohipogástrico, etc las cuales no se detectan a través de un electromiograma». Asimismo, al responder la segunda impugnación del médico sostuvo que «con respecto a que si los trastornos referidos por el actor podrían haber estado presentes antes de la cirugía realizada por el Dr P. corresponde aclarar que no existen antecedentes en la HC de consultas previas por este tipo de dolor, además la mayoría de los especialistas que vieron al actor en el postoperatorio lo relacionan con la cirugía». Según mi entender, estas conclusiones, que resultan razonadas y respaldadas por la apreciación del experto de las atenciones brindadas al actor se tratan de una derivación lógica de los elementos probatorios y por lo tanto, comparto con la colega de grado en que el dictamen médico debe ser valorado positivamente, de conformidad con lo previsto por el artículo 477 del Código Procesal, al no haberse expuesto ninguna razón mínimamente atendible que permita apartarse de lo informado por el experto. Por los argumentos expuestos, dado que la secuela que presenta el actor es una consecuencia de un riesgo propio de la cirugía a la que se sometió, la que -a mi criterio- no fue informada debidamente por el profesional a cargo, por lo que el actor se vio privado de la posibilidad de tomar una decisión informada sobre su salud y su cuerpo, lo decidido en materia de responsabilidad evaluado en términos de pérdida de chance, debería a mi criterio ser confirmado. II.- Corresponde entonces que me dedique ahora a abordar las demás quejas introducidas por las partes. En este sentido, respecto a la totalidad de los planteos recursivos -con excepción de los cuestionamientos a la tasa de interés fijada por la sentenciante, cuestión que merecerá tratamiento en el apartado siguiente-, entiendo necesario recordar que el artículo 265 del Código Procesal 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, señalando el agravio, lo de razonada alude a los fundamentos, bases y sustanciaciones del recurso. Razonamiento coherente que demuestre a la vez, el desacierto de los conceptos contenidos en la sentencia que se impugna» (conf. CNCiv Sala D in re «Micromar SA de transportes c/ MCBA del 12-9-79, D 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 13.2.06 «Pasolli Jorge c/ Camargo Roberto y otro» La Ley on line) y debe declararse desierta. Entonces el apelante 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. Debe pues cumplir la imperativa disposición del artículo antes citado. Pues bien, comenzaré por señalar que los agravios de la parte actora no cumplen con la suficiencia técnica exigida por el artículo 265 del ritual que puse de relieve precedentemente. Es que, la simple alusión a una valoración parcial de la prueba no es suficiente a dichos fines, sobre todo porque una lectura detenida de la sentencia permite concluir exactamente lo contrario. Asimismo, la calificación de irrisorio de los montos concedidos tampoco cumple tal cometido, sobre todo porque las cifras otorgadas encuentran sentido en las particularidades del caso que con precisión puso de relieve la colega de grado en su pronunciamiento. Vale destacar que este recurrente parece perder de vista que si bien el dictamen médico permite establecer que la neuralgia residual crónica verificada tuvo su origen en la cirugía de hernioplastía inguinal que se le practicó al actor, la jueza explicó con claridad que «la relación de causalidad del daño resarcible debe buscarse entre la omisión de la información y la posibilidad de haber eludido, rehusado o demorado la intervención médica cuyos riesgos han cristalizado, y no de forma directa entre la omisión de la información y el daño materializado tras su práctica. Daño que, a su vez, es una complicación prevista para dicho tipo de cirugía», cuestión que no fue debidamente rebatida, puesto que siquiera mereció un renglón del memorial bajo análisis. De tal modo, la pretendida arbitrariedad que se atribuye a la sentenciante, se diluye. Además, tampoco parece atender debidamente el recurrente que el perito puso de manifiesto que si bien «la neuropatía post hernioplastía inguinal laparoscópica está reconocida en todos los trabajos sobre el tema. no existen Baremos para determinar grado de incapacidad en este tipo de lesión». Fue precisamente por tales motivos -la necesidad de tratar la relación de causalidad en términos de pérdida de chance y la ausencia de un porcentaje de incapacidad concreto- que la magistrada indicó «que en la especie corresponde establecer el quantum indemnizatorio en forma prudente, sin acudir a fórmulas objetivas e independientemente de porcentuales de incapacidad fijados por los auxiliares de justicia». En concreto, la necesidad de abordar la fijación del rubro «incapacidad sobreviniente» del modo en que lo hizo la sentenciante en este caso concreto, no solo resulta correcta según mi criterio, sino que no ameritó de parte del recurrente un cuestionamiento concreto, que contradiga la necesidad de atender las particularidades puestas de relieve. Por el contrario, obviando tales cuestiones, el argumento recursivo se centra en una mera disconformidad con la suma fijada que no puede ser considerada un agravio en sentido técnico. Cabe agregar que tampoco basta la mera postulación de que la indemnización fijada afecte su derecho constitucional de propiedad y que la indemnización que corresponde fijar en modo alguno reviste carácter preventivo o disuasorio tal como se pretende, sino estrictamente resarcitorio. Por otro lado, en cuanto a la actualización de las sumas otorgadas no sólo omite el apelante que la jueza de grado rechazó su planteo de inconstitucionalidad respecto a las normas que vedan la indexación, sino que tal como reconoce en su propio memorial se trata aquí de una deuda de valor, cuyo monto se determina al momento de la sentencia. Por lo demás, tampoco corresponde fijar mecanismos de actualización posteriores al fallo, tal como también se requiere. Asimismo, confunde la parte actora en su expresión de agravios los términos en que se abordó el caso desde la perspectiva de la pérdida de chance. Es que como ya expliqué supra ese fue el modo en que debe evaluarse el daño resarcible, en cuanto impidió al actor tomar una decisión informada sobre si someterse o no a la práctica en cuestión. Por tal motivo, no se trata de la pérdida de chance como rubro autónomo, tal como postula. Aún así, a todo efecto, es dable destacar, que tal rubro no fue siquiera peticionado como tal al momento de incoar demanda, por lo cual tampoco correspondería que se otorgue una partida que no fue reclamada. A su vez, la jueza se hizo cargo en su sentencia de la dificultad de establecer la pérdida de chance y explicó que procedió a fijar la partida de modo prudente. Sobre tal cuestión nada se expresa en el memorial, sino que se cuestiona que no se haya hecho un detalle de cómo fue valorado, omitiendo lo ya apuntado y siquiera proponiendo un modo para formular tal distingo. En cuanto a la objeción por el rechazo del reclamo por daño psíquico, es dable destacar que el dictamen en la materia realizado por el profesional nombrado de oficio no mereció objeción de su parte en la instancia de grado y que no resulta posible probarlo a partir de manifestaciones unilaterales que fueron vertidas frente al experto, sobre todo cuando éste concluyó que no existen secuelas de la especie. Mucho menos, llegar a tal conclusión en base a la prueba testimonial que menciona. No se trata, entonces, de una interpretación restrictiva del reclamo, sino que el daño cuya indemnización se persigue simplemente no se encuentra debidamente probado. Respecto al planteo recursivo del «Hospital B.» es dable puntualizar que la morigeración del rubro

«incapacidad sobreviniente» que pretende con sustento en la tendencia a remitir de tal daño, no sólo se trata de una especulación, sino que pierde de vista la persistencia del dolor al momento en que fue realizada la pericia (24/04/2022), cuando la intervención quirúrgica en cuestión fue realizada el 24 de mayo de 2017. Por otro lado, vale destacar que en tal renglón indemnizatorio no sólo se indemnizan las repercusiones que las secuelas presentadas tienen en el aspecto laboral tal como se expresa allí, sino también en la vida de relación del damnificado. Asimismo, el cuestionamiento respecto al monto otorgado por «daño moral» traduce un mero desacuerdo, sin que se brinde un argumento concreto que torne revisable lo decidido. El hecho de que en la pericia realizada por el psiquiatra permita descartar el daño psíquico no es suficiente para ello, ya que se omite en el memorial que se tratan de aspectos distintos de la indemnización. En este sentido es que el Tribunal ha tenido oportunidad de expresar en numerosas oportunidades que a fin de determinar el resarcimiento debido a título de incapacidad sobreviniente, las secuelas deben ponderarse en tanto representen indirectamente un perjuicio patrimonial para la víctima o impliquen una minusvalía que comprometa sus aptitudes laborales y la vida de relación en general y, de ese modo, frustren posibilidades económicas o incrementen sus gastos futuros; mientras que mediante el rótulo daño moral se intenta reparar todo sufrimiento o dolor que se padece, independientemente de cualquier reparación de orden patrimonial. En relación a los agravios del codemandado P. -a los que se adhirió «S. M.S.A.»- vale también destacar que al fijar la partida «incapacidad sobreviniente» la jueza consideró la pérdida de chance de someterse o no a la operación en caso de haber contado con información sobre la existencia del riesgo no informado. Es por ello que no resulta relevante aquí que la intervención quirúrgica se haya realizado de conformidad con la *lex artis* médica, cuestión que además fue debidamente considerada por la jueza y no constituye la causa en base a la cual se condenó al médico demandado. Sentado ello, la calificación de imprudente de la cifra fijada por este renglón indemnizatorio deja de lado que, como ya indiqué, la jueza fue sumamente clara al establecer las dificultades para cuantificar esta partida en función de que la responsabilidad debe ser evaluada en términos de pérdida de chance y la ausencia de un porcentaje de incapacidad concreto en los baremos de consulta. Asimismo, el recurrente sostiene que no resulta posible determinar qué parte de la indemnización corresponde al daño psíquico, cuando la lectura de la sentencia permite establecer de manera clara que la jueza descartó ese aspecto del reclamo ante la falta de prueba, con sustento en el dictamen del profesional que designó de oficio. En el mismo, tampoco atiende debidamente este recurrente que la pérdida económica que se indemniza en dicho apartado, no sólo considera el aspecto laboral, sino la afectación en la vida en general del damnificado. Las quejas por la suma fijada para enjugar el daño moral giran en torno a generalidades, que no permiten concluir que la jueza haya ejercido de una manera inadecuada las facultades que le confieren el artículo 165 del ritual. Finalmente, más allá de que se anuncia una crítica a lo decidido en materia de costas, no se esgrime ningún argumento concreto que pueda ser analizado. Por último, en lo que concierne a los agravios de «N. C. de S.S.A.» cabe consignar que aunque sostiene en base a una de las respuestas del perito médico que las secuelas que presenta el actor irán mejorando, incluso en la transcripción que realiza de lo establecido por el médico surge que continúan siendo en cierto grado invalidantes. En el mismo sentido, alude a las mejoras temporales de las que dio cuenta el experto, pero omitiendo aquí que el profesional puso de relieve que luego tales dolencias continuaron. Además, las objeciones presentadas son contradictorias ya que se reconoce implícitamente la secuela, al calificarla de moderada. Vale recordar que en la sentencia no se calificó a la secuela como grave, sino que se la consideró con el alcance que surge del dictamen médico. Frente a ese escenario la queja pierde consistencia y traduce un mero desacuerdo que no puede ser considerado un agravio. Por lo expuesto, propongo al Acuerdo declarar la deserción de los recursos bajo estudio con el alcance indicado. III.- Tanto el codemandado P. y su asegurado, como «N. C. de S. S.A.» cuestionan con argumentos similares que la jueza haya dispuesto que las sumas otorgadas devenguen intereses conforme la tasa activa cartera general (préstamos) nominal anual vencida del Banco de la Nación Argentina desde la fecha de la intervención quirúrgica (24/05/2017) y hasta su efectivo pago. Cuestionan las recurrentes el modo de computar así los acrecidos, cuando los montos fueron fijados a valores actuales, es decir, a la fecha del dictado de la sentencia de grado, generando así un enriquecimiento sin causa a favor del actor. Citan en este sentido el precedente «Barrientos» de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Respecto a los intereses que devengarán las sumas por las que se admite el reclamo, es indiscutible que la reparación acordada debe ser calificada como una deuda de valor en los términos del artículo 772 del Código Civil y Comercial. En este tipo de obligaciones el objeto debido no es el dinero sino un determinado «valor», «utilidad» o «ventaja patrimonial» que debe procurar el deudor al acreedor, pero que en definitiva se satisfará con una suma de signos monetarios destinada a cubrir el valor debido (conf. esta Sala, «Caracciolo, Daniel Roque c. Galeno Argentina S.A. y otros s. daños y perjuicios ? resp. prof. médicos y auxiliares», expte. n° 110.205/2011 del 3 de septiembre de 2020 y sus citas). En tales condiciones, este tribunal sostuvo como regla general a lo largo del tiempo que si una obligación de valor es cuantificada a parámetros monetarios actuales debe fijarse una tasa del 8% anual hasta el momento en el que el crédito quede cristalizado en dinero (conf. «Aguirre Lourdes Antonia c. Transporte Automotores Lanús Este S.A. s. daños y perjuicios», expte. n° 67325/2001 del 17 de marzo de 2009 y sus citas; «Martínez, Eladio Felipe c. Díaz, Hernán Reinaldo s. daños y perjuicios», expte. n° 47114/2001 del 15 de marzo de 2013, entre otros), porque esa tasa pura

resulta suficientemente compensatoria para un capital que hasta entonces es ajeno al deterioro inflacionario. En ese mismo sentido tiene dicho la doctrina que en el caso de las obligaciones de valor es correcto aplicar dos tasas de interés diferentes: una desde que la obligación se hizo exigible y hasta que se determinó el valor de la prestación, y otra desde este último momento hasta su pago. La primera debe ser pura, lo que equivale a decir que no debe contener componentes inflacionarios, ya que el monto de la obligación se determina conforme al valor que ella reviste en el momento de la cuantificación en la sentencia. La restante se aplica cuando la deuda queda finalmente consolidada en dinero, supuesto en el cual cabe aplicar una tasa como la activa que computa la depreciación de la moneda. En definitiva, la tesis contraria reconoce dos veces la desvalorización monetaria operada entre el hecho generador de los perjuicios y la sentencia que cuantifica esos daños a valores actuales, con el consiguiente enriquecimiento sin causa del acreedor (conf. Ossola, Federico Alejandro en Lorenzetti, Ricardo Luis [director], Código Civil y Comercial de la Nación Comentado, Santa Fe, Rubinzal Culzoni, 2015, t. V, págs. 158/159). Así las cosas, si bien durante el último período este colegiado había variado ese criterio con fundamento en el aumento generalizado de los precios de bienes y servicios, como también en la necesidad de ofrecer uniformidad con el resto de las salas que componen esta Cámara de Apelaciones, lo resuelto por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en la causa «Barrientos» (CIV 28577/2008/1/RH1, sentencia del 15 de octubre de 2024) resulta decisivo para retomar el camino trazado con anterioridad. Sobre este punto, cabe recordar que es un principio asentado desde el caso «Cerámica San Lorenzo» de 1985 (Fallos: 307:1094) que los tribunales inferiores deben conformar sus decisiones a las sentencias de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. La propia Corte recordó en «Schiffirin» (Fallos: 340:257, sentencia del 28 de marzo de 2017) -con su integración actual- el deber moral que tienen los magistrados de conformar sus decisiones a las adoptadas por el máximo tribunal cuando no se aportan razones de suficiente entidad argumentativa para modificarlos. Señaló expresamente en el considerando 9º que «los precedentes deben ser mantenidos por esta Corte Suprema y respetados por los tribunales de grado, por una importante y evidente razón de seguridad jurídica. La carga argumentativa de modificarlo corresponde a quien pretende apartarse del precedente, debiendo ser excepcional y fundada». En definitiva, los intereses deberán liquidarse desde el día en que se produjo el perjuicio objeto de la reparación (art. 1748 del Código Civil y Comercial) y hasta la sentencia de primera instancia a la tasa del 8% anual, y desde allí hasta su efectivo pago a la tasa activa cartera general (préstamos) nominal anual vencida a treinta días del Banco de la Nación Argentina de conformidad con la doctrina sentada en el fallo plenario «Samudio» dictado el 20 de abril de 2009 por esta Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil. IV.- Por lo expuesto voto porque: 1) se modifique la tasa de interés de conformidad con lo establecido en el apartado III de este voto, 2) se confirme la sentencia en todo lo demás que fue motivo de no atendibles agravios y 3) se impongan las costas de Alzada en un 70% a cargo de las accionadas y el 30% restante a cargo del actor en atención a la existencia de vencimientos parciales y mutuos (artículo 71 del Código Procesal), considerando para ello que los distintos criterios aplicados por las salas que conforman esta Cámara en materia de intereses impiden tener al accionante por vencido en lo que a este aspecto concierne. La Dra. Gabriela A. Iturbide dijo: Voto en igual sentido y por análogas razones a las expresadas por la Dra. Guisado. Con lo que terminó el acto. EZEQUIEL J. SOBRINO REIGSECRETARIO Buenos Aires, 18 de agosto de 2025. Por lo que resulta de la votación que instruye el acuerdo que antecede, por mayoría, el tribunal RESUELVE: 1) Modificar la tasa de interés de conformidad con lo establecido en el apartado III del voto de la mayoría; 2) Confirmar la sentencia en todo lo demás que fue motivo de agravios; y 3) Imponer las costas de alzada en un 70% a cargo de las accionadas y el 30% restante a cargo del actor. En atención a lo precedentemente decidido, de conformidad con lo dispuesto por el art. 279 del Código Procesal y el art. 30 de la ley 27.423, déjense sin efecto las regulaciones de honorarios practicadas en la instancia de grado. En consecuencia, atento lo que surge de las constancias de autos, cabe considerar la labor profesional desarrollada apreciada en su calidad, eficacia y extensión, la naturaleza del asunto, el monto comprometido con más sus intereses, las etapas cumplidas, el resultado obtenido y las demás pautas establecidas en los arts. 1, 16, 20, 21, 22, 24, 29, 54 y concordantes de la ley de arancel 27.423. Teniendo ello en cuenta, régulense en conjunto los honorarios de la dirección letrada de la parte actora Dres. L. A. y A. A. en la cantidad de .UMA que representan al día de hoy la suma de (\$.). Asimismo, régulense en forma conjunta los honorarios de la representante letrada del demandado P., Dres. G. G. P. y P. V. en la cantidad de .UMA que representan a hoy la suma de (\$.). Régulense también los honorarios del letrado apoderado de Hospital B. de Buenos Aires, Dr. F. R. R., en la cantidad de .UMA que representan a la fecha la suma de (\$.). Régulense los honorarios de los letrados apoderados de S. M. SA., Dr. M. A. R. y por N. C. de S., Dr. M. E. U. en la cantidad de .UMA que representan a hoy la suma de (\$.) para cada uno de ellos. Considerando los trabajos efectuados por los expertos, las pautas la ley de arancel precedentemente citada y el art. 478 del Código Procesal régulense los honorarios de los peritos, psiquiatra H. L. M. y médico L. M. G. en la cantidad de .UMA que representan al día de la fecha la suma de (\$.) para cada uno de ellos. Teniendo en cuenta lo establecido en el decreto 2536/15 y lo dispuesto en el punto e), del art. 2º del anexo III del Decreto 1467/11, fíjense los honorarios de la mediadora interviniente Dra. M. E. B. en la suma de (\$.), (UHOM). Por la actuación en la alzada, atento el interés debatido en ella y las pautas del art. 30 de la ley 27.423, régulense los honorarios del Dr. A. A. en la cantidad de .UMA que

representan al día de hoy la suma de (\$.), los del Dr.M. A. R. en la cantidad de .UMA que representan a la fecha la suma de (\$.) y los de los Dres. F. R. R., P. V. y M. E. U. en la cantidad de .UMA que representan a hoy la suma de (\$.) para cada uno de ellos.Regístrese, notifíquese, publíquese en los términos de la acordada 10/2025 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y devuélvase.PAOLA MARIANA GUIADO ? JUAN P. RODRÍGUEZ (en disidencia) ? GABRIELA A. ITURBIDEJUECES DE CÁMARA