



NEUQUEN, 7 de abril del año 2021.-

**Y VISTOS:**

En acuerdo estos autos caratulados: **"CARRIZO TERESA DEL CARMEN Y OTRO C/ CLINICA SAN LUCAS S/ D. Y P. DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD POR EL EJERCICIO PROFESIONAL (MALA PRAXIS)"**, (JNQCIA4 EXP N° 518287/2017), venidos a esta **Sala II** integrada por los Dres. Patricia **CLERICI** y José I. **NOACCO**, con la presencia de la Secretaria actuante Dra. Micaela **ROSALES** y, de acuerdo al orden de votación sorteado, **la Dra. Patricia CLERICI dijo:**

I.- La parte actora interpuso recurso de apelación contra la sentencia de fs. 335/354, dictada el día 27 de octubre de 2020, que rechaza la demanda, con costas al vencido.

a) En su memorial de fs. 367/389 -presentación web de fecha 22 de diciembre de 2020-, la recurrente, luego de realizar una reseña de la cuestión litigiosa, refiere que, desde el inicio de estas actuaciones, su parte afirmó que el consentimiento informado para instaurar una vía venosa central, invasiva y riesgosa -como lo confirma la pericia médica-, no existió; no reuniendo -la declaración suscripta a fs. 2 de la historia clínica-, los requisitos mínimos establecidos en el art. 5° de la ley 26.529.

Dice que, al ser un acceso venoso del sistema central -vena yugular-, y aún cuando la intervención era correcta, conforme lo sostiene el perito médico, la ley exige que el consentimiento sea otorgado por escrito y debidamente suscripto, por lo que existe, de parte de la demandada, incumplimiento del deber legal.

Sigue diciendo que esta omisión del deber legal tiene relevancia en el nexo causal, ya que si María Emilia



hubiera sido informada de las graves consecuencias y riesgos que derivan de la instalación de un catéter en la vena yugular, el desenlace no hubiere acontecido. Insiste en que el daño deriva de la falta de información del riesgo que el acceso a una vía venosa yugular acarrea a los pacientes, ya que si se le hubiera advertido el peligro, María Emilia hubiera optado por someterse a un tratamiento menos invasivo (una vía periférica) o, aceptándolo, debió haberse realizado con todas las precauciones y cuidados necesarios.

Cuestiona que la jueza de grado haya entendido que del pobre y escueto escrito de fs. 2 de la historia clínica, que obviamente es preimpreso y no reúne los recaudos legales, pueda inferirse que efectivamente se le hubiera informado de los riesgos que implicaba la práctica.

Destaca que el formulario de fs. 2 está dirigido a los padres cuando los pacientes son menores de edad, por lo que no se refería a María Emilia, quién era mayor de edad.

Califica como carente de sentido común afirmar, conforme lo hace la jueza de grado, que por haberse sometido con anterioridad a tratamientos antibióticos por vías periféricas y centrales -porque así lo declaró el novio, quién la acompañó a todas las internaciones durante la relación sentimental- conocía de los riesgos de la práctica.

Concluye en que en el razonamiento de la a quo, lo que se estuvo realizando como una mala práctica durante años, como deambular y tomar baños, sin la advertencia de los cuidados y riesgos propios, sería la aceptación propia de un riesgo no anunciado.

Recuerda que el perito, en la audiencia de explicaciones, dice claramente que el catéter se desconectó, y la entrada de aire al torrente venoso se produjo por esa



desconexión, y trajo como consecuencia las graves lesiones al sistema neurológico.

Vuelve sobre que la instalación de un acceso venoso central (ACV) es un procedimiento invasivo y riesgoso, lo que quedó probado con el informe pericial, cuando el perito señala que María Emilia sufrió secuelas neurológicas determinadas en 67.10%; que estas secuelas le han modificado su pronóstico de vida; que de acuerdo con una tomografía realizada el día del accidente se reconoce que se produjo una entrada de aire en su torrente venoso: embolia aérea gaseosa, y que el procedimiento realizado era invasivo. Concluye en que los daños tienen nexo causal con la falta de información brindada a la paciente.

Señala que, tratándose de un caso de responsabilidad civil médica, es el profesional médico quién se encuentra en mejores condiciones de producir la prueba exculpatoria, y no el paciente.

Cita jurisprudencia de esta Cámara de Apelaciones.

En segundo lugar, critica la conclusión de la a quo referida a que no hay ninguna norma que disponga que cuando se elige una vía central, la paciente requiera de una atención diferenciada a juzgar por sus riesgos, ya que entiende que lo que contradice esta conclusión es que hubo una desconexión del catéter, y que dicho accidente le produjo la entrada de aire en el torrente venoso.

Afirma que la desconexión del catéter se produce por un cumplimiento irregular del servicio y un funcionamiento defectuoso del mismo; por la deficiente atención y control; y por la falta de información adecuada, prolija y pormenorizada de los riesgos y complicaciones que entraña un acceso venoso central.



Sostiene que el desvanecimiento y caída de María Emilia fue consecuencia del desprendimiento del catéter, y no a la inversa, como lo postula la demandada.

Manifiesta que surge de autos que María Emilia era atendida por la demandada desde la infancia; que de acuerdo a la historia clínica, al momento en que ingresa para la toilette, el estado general de la paciente era bueno y no requería de cuidados especiales; en tanto que el perito reconoce, en la audiencia explicativa, que no surge de la historia clínica que los días anteriores, ni cuando ingresó, tuviera cuadros de hipotensión o bradicardia.

Cita bibliografía médica acompañada por el perito que -a criterio de la recurrente- hecha por tierra la hipótesis de que primero estuvo la descompensación, ya que la embolia gaseosa provoca determinados síntomas que fueron los padecidos por María Emilia, y que provocaron su pérdida de conciencia y posterior caída.

Considera que la sentencia recurrida ha valorado la prueba en forma parcial, prescindiendo de indicios que, por su número, precisión y gravedad, daban sustento suficiente a la responsabilidad de la demandada.

Pone de manifiesto el testimonio de Gonzalo González, quién declara que ese día le pasaron la medicación por la vía que tenía colocada, él la despertó porque venía la kinesióloga, se levantó y se fue a bañar. Continúa su relato este testigo diciendo que se encontraba hablando por teléfono con su suegra, cuando María Emilia le grita desde el baño, abre la puerta y se encuentra con que se sostenía la vía y le salía sangre, el testigo se da vuelta y comienza a llamar a gritos a enfermería, y María Emilia comienza a agarrarse de la pared y fue allí que se desplomó.



Agrega que en la historia clínica consta que se encontró a la paciente en el piso sin el prolongador del acceso venoso central y que se procedió a colocar tapón Braun, sellando la fuente de entrada de air. Explica que esto quiere decir que la luz del catéter estaba abierta, lo que permitió la entrada de cantidades de aire suficientes para ser la causa fuente de su colapso cardiocirculatorio y paro cardiorrespiratorio, con las secuelas de un accidente cerebrovascular que sometieron a María Emilia al estado de postración con el que finalmente falleció.

Subsidiariamente se agravia por la imposición de costas a su parte, en tanto la actora tiene la garantía de acceso a la justicia, y ello representa la posibilidad de reclamar el efectivo cumplimiento ante un órgano judicial.

b) La demandada y su aseguradora contestan el traslado del memorial a fs. 391/393 vta. -presentación web de fecha 10 de febrero de 2021-.

Dicen que la actora no deja de reiterar argumentos esgrimidos en su demanda para atacar la sentencia definitiva.

Sostienen que en la historia clínica de María Emilia existe un consentimiento informado suscripto por ella. Agregan que el procedimiento (toilette respiratoria) había sido previamente indicado por su médico de cabecera basado en un diagnóstico cierto, ya que María Emilia había sido diagnosticada de fibrosis quística a los 20 meses de vida, resultando necesaria su internación y el tratamiento de toilette respiratorio mediante la técnica de acceso venoso central. Destacan que estos hechos no se encuentran controvertidos.

Siguen diciendo que este procedimiento era rutinario en la vida de la paciente, tal como lo reconoce la



actora en su demanda, encontrándose probado que María Emilia poseía adecuados conocimientos del procedimiento al que se iba a someter, por ya haberlo hecho en otras oportunidades, y por haber sido informada acabadamente por su médico tratante.

En cuanto a la atención médica, sostiene que el perito médico ha dicho que la vía central elegida como técnica para el toilette respiratorio fue adecuada y no existió ningún yerro en la manipulación de la misma, ni que fue mal colocada. Agregan que la sentenciante de primera instancia detalla que una radiografía practicada luego de ser colocado el catéter confirmó la correcta instalación del mismo.

Defiende la imposición de costas de la primera instancia.

II.- Ingresando en el tratamiento del recurso de apelación de autos, entiendo que las críticas vertidas por la apelante no logran conmover los fundamentos del fallo cuestionado.

En efecto, el memorial de la recurrente -y en esto presenta déficits en los términos del art. 265 del CPCyC- parte de la propia versión de los hechos que tiene la parte, sin hacerse cargo de los argumentos brindados por la jueza de grado para rechazar la demanda; argumentos que refieren principalmente a que el tratamiento dado a la señorita María Emilia Brondo fue el correcto y adecuado a su enfermedad, que la colocación de un catéter por vía central para suministrar antibióticos y otra medicación era una opción indicada para la toilette respiratoria que requería la enfermedad de base de la paciente; que la colocación de este catéter no requería de cuidados especiales durante la internación y que el hecho que desencadenó el daño neurológico sufrido por la actora -hoy fallecida- es una complicación de carácter excepcional, cuál es el ingreso de aire por las venas hasta llegar al cerebro.



No resulta un hecho controvertido en esta instancia que, conforme lo indica el perito médico en su informe de fs. 148/158, la señorita Brondo tenía una enfermedad de base -fibrosis quística-, que le fue diagnosticada cuando contaba con 20 meses de edad. El experto explica que la enfermedad provoca cuadros de descompensación respiratoria por los que la actora fallecida debía ser internada, siendo siempre asistida por el equipo médico del centro médico demandado. Justamente el 11 de diciembre de 2013, contando ya con 24 años de edad, María Emilia Brondo requirió de internación, presentando un cuadro que no necesitó de cuidados intensivos, por lo que fue asistida en sala común.

Como parte del tratamiento brindado se le colocó un catéter venoso central desde la vena yugular derecha hasta la vena cava superior, realizándose placas radiográficas que confirmaron la correcta colocación del catéter, y siendo utilizada esta vía para la infusión de líquidos y antibióticos.

El día 18 de diciembre de 2013 la paciente se trasladó al baño, en compañía de su novio, momento en que sufre una descompensación, por lo que fue derivada a terapia intensiva, siendo su diagnóstico de ingreso traumatismo encéfalo craneano con pérdida de conocimiento y bradicardia severa. Ese mismo día se le realiza una TAC, que no mostró la existencia de fracturas. Presentó episodios convulsivos, y el 24 de diciembre de 2013 se le realizó una resonancia magnética que informa isquemia aguda en ambos hemisferios, a predominio de la corteza, tálamo y tronco.

El 26 de diciembre de 2013 fue derivada a sala general y el día 29 de enero de 2014 se le otorgó el alta domiciliaria.



El perito sigue diciendo que la paciente quedó con secuelas neurológicas, por lo que debió sobrellevar su existencia hasta el fallecimiento con dificultades para deambular, ataxia (alteración en la coordinación de los movimientos), trastornos en la memoria, y paresia (disminución de la motilidad). Todo ello, indica el perito, es consecuencia del episodio ocurrido el día 18 de diciembre de 2013.

Sobre la mecánica del dicho episodio las partes no acuerdan.

Para la parte actora la paciente sufrió un ACV isquémico provocado por burbujas de aire que taponaron el flujo sanguíneo, e interpreta que el aire ingresó al encéfalo a través del catéter colocado en su vena, con fundamento en que cuando el personal de la clínica ingresa al baño, la señorita Brondo se encontraba con el catéter desconectado y había un charco de sangre a su lado, lo que provocó un shock hipovolémico. Para esta parte, la desconexión del catéter fue anterior a la descompensación, y el ingreso de aire provocó el accidente cerebro vascular. Imputa también a la demandada que inmediatamente a la descompensación la paciente fue atendida por traumatismo de cráneo, cuando en realidad sufría un ACV.

Para la parte demandada, María Emilia Brondo sufrió un síncope (pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural), provocado por una extrema bradicardia. Como consecuencia de ello, en versión del centro asistencial, se cayó desde su propia altura y padeció un traumatismo de cráneo. La demandada afirma que el personal médico que constató el hecho advirtió cianosis y paro respiratorio por bradicardia, siendo la encefalía isquémica secundaria al paro respiratorio. Para la accionada la caída de la paciente provocó la desconexión del catéter.



De acuerdo con el informe pericial de autos, el estado de la paciente cuando ingresó a la clínica de la demandada no requería de cuidados especiales, por lo que su internación en sala general no es incorrecta.

Señala también el perito la existencia de un consentimiento informado suscripto por la paciente para recibir el tratamiento realizado (acceso venoso).

Las conclusiones del perito médico refieren a que María Emilia Brondo sufrió un incidente que comprometió su sistema nervioso central, dejando secuelas neurológicas irreversibles; y que una tomografía computada realizada el día del evento reveló aire en el sistema venoso cerebral, explicando que la embolia aérea venosa constituye una temida y rarísima complicación, a la vez que informa sobre su mecánica y las causas de su producción.

En definitiva, el perito entiende que probablemente la paciente haya padecido hipotensión con bradicardia extrema, paro respiratorio con hipoperfusión cerebral que ocasionó el síncope y posterior caída con desconexión de la vía que permitió el ingreso de aire al sistema venoso con la consiguiente embolia gaseosa.

Descarta la existencia de un shock hipovolémico por pérdida de sangre a través del catéter, con fundamento en el resultado del análisis de hematocrito realizado una hora después del accidente; y sostiene que durante la internación en sala común y hasta el 18 de diciembre no existieron criterios para sospechar una complicación como la observada en la paciente, que requieran adecuar medidas tendientes a evitarla o mitigarla. Agrega que el tratamiento -ya sea que se tratara de una embolia, o una encefalopatía isquémica provocada por paro respiratorio, o una combinación de ambas-



es el mismo y se corresponde con el recibido por la paciente mientras se encontró en terapia intensiva.

Aclara el perito que la actora falleció a los 29 años de edad como consecuencia de un neumotórax, complicación frecuente de la fibrosis quística.

La pericia médica fue cuestionada por la parte actora, quién requirió explicaciones, las que fueron brindadas por el experto en audiencia convocada a tal fin.

Tal como lo pone de manifiesto la jueza de grado, en el transcurso de dicha audiencia, el perito justificó la utilización de la vía venosa por la yugular, sosteniendo que las vías venosas pueden ser las periféricas de los brazos, los pies o las manos, o las centrales -como en el caso de autos-, y que cuando se trata de pacientes con internaciones recurrentes, los accesos venosos periféricos se tornan difíciles y por eso se usa el central que es más cómodo, no se infiltra, no requiere cambios y tiene menos posibilidades de infectarse, de tener flebitis.

El perito insiste en que, de la historia clínica no surge que antes del hecho la paciente hubiera presentado hipotensión o bradicardia, ni ninguna dolencia relacionada con la tensión arterial o cardíaca que hiciera prever lo que ocurrió.

El experto también explicó en la audiencia que cuando un catéter se desprende, en general, no pasa nada, que larga sangre hacia el exterior pero que no ingresa aire al interior, y si entra, es poco y las venas tienen válvulas que lo impiden; que la entrada de aire porque se sale un catéter es un hecho muy raro y excepcional y que, por eso, hay muy poca descripción en la literatura. Afirma que lo seguro es que la entrada de aire e isquemia cerebral provocó la bradicardia y la hipotensión.



Agrega que para que ingrese aire al salirse un catéter tiene que haber condiciones tales como que las venas tengan deficiencias en sus válvulas; y señala que no sabe si la caída provocó la bradicardia o si ésta provocó aquella, y que ambas hipótesis son válidas, siendo lo importante que el aire en el cerebro entró por la vía venosa, porque no fue producto del traumatismo de cráneo.

Hasta aquí lo que surge de la prueba aportada a la causa.

Cabe aclarar que los cuestionamientos que hace la recurrente respecto de los intereses del perito médico, en atención a su actividad privada, no solamente carecen de prueba que los avale, sino que no es esta la oportunidad para formularlos. En todo caso, debieron ser manifestados ante la jueza de primera instancia, al conocer sobre su desinsaculación.

III.- Ahora bien, la actora ha demandado al centro asistencial, imputándole un cumplimiento irregular del servicio y funcionamiento defectuoso; deficiente atención y control; y falta de información adecuada, prolija y pormenorizada de los riesgos y complicaciones que entraña un acceso venoso central, y no efectuar un seguimiento adecuado de la paciente (fs. 14 vta.).

En este sentido cabe destacar que la accionante no imputa mala praxis a profesional alguno, sino que denuncia el incumplimiento de deberes a cargo del centro asistencial.

Félix A. Trigo Represas y Marcelo López Mesa sostienen que: "...en general existe coincidencia en el sentido de que la responsabilidad de los sanatorios o clínicas, por los perjuicios sufridos por los pacientes en ellos internados, en razón de una defectuosa atención médica, habrá de existir siempre que asimismo medie responsabilidad profesional de los facultativos y demás personal interviniente.



“Para una tendencia ello es así por tratarse de una responsabilidad indirecta del establecimiento, que sólo habrá de existir en razón del hecho dañoso cometido por él o sus dependientes o subordinados; de forma tal que si el mismo no fuese ilícito o no les fuera imputable, no habiendo responsabilidad directa de los causantes materiales del daño, desaparecería en su consecuencia el fundamento de la responsabilidad indirecta del principal, y éste no se vería por lo tanto obligado a resarcimiento alguno...Empero, si el contrato de prestación médico asistencial se ha concluido directamente entre el establecimiento y el paciente, parece claro que, ante todo, debe existir una responsabilidad contractual igualmente directa de aquél para con este último. Para la corriente mayoritaria en nuestra jurisprudencia, que se ha inspirado esencialmente en las propuestas de los Dres. Bustamante Alsina y Bueres, esa responsabilidad del establecimiento asistencial surge de una previa estipulación en favor de tercero –el enfermo-, concluido entre aquél como estipulante y el médico como promitente; de la cual resulta asimismo una responsabilidad contractual directa de la institución frente al paciente, la que descansaría en la existencia de una obligación tácita de seguridad que funciona con carácter accesorio de la obligación principal de prestar asistencia por medio de los facultativos del cuerpo médico; deber de seguridad que a su turno encuentra adecuado fundamento en el principio de la buena fe del art. 1198, primera parte, del Cód. Civil, base de la confianza que se deben inspirar recíprocamente las dos partes contratantes, y que en lo que atañe al paciente habrá de consistir en su creencia de que el cuidado y la previsión de la otra parte lo pondrán al resguardo de daños que pudiera ocasionarle a su persona la ejecución del contrato, y tanto más cuanto que se trata precisamente de actuar sobre el cuerpo y la salud de ésta.

“...Otra tendencia en cambio, que sigue los lineamientos de la llamada teoría de la estructura de la relación obligacional del profesor italiano Acchille Giovine, entiende que como el establecimiento asistencial se vale de la actividad ajena de los médicos para el cumplimiento integral de su obligación, habrá de responder por la culpa en la que incurran sus sustitutos, auxiliares o copartícipes, en razón de la irrelevancia jurídica para el acreedor de tal sustitución, a quién no le interesa que el cumplimiento se efectivice por el obrar del propio deudor o por el de un tercero del cual éste se valga: o sea que a su respecto resultan equivalentes el comportamiento del obligado o el de alguno de sus sustitutos o asociados, atento que la actuación de cualquiera de estos últimos es considerada como si proviniese del mismo deudor.

“Por nuestra parte preferimos esta última interpretación, por entender que cuando un tratamiento médico es concertado por el paciente directamente con un hospital o establecimiento similar, es esta institución la que se obliga contractualmente a prestar el servicio de salud; razón por la cual debe cumplir por sí o por terceros contratados al efecto. Lo cual, en cuanto



genera inter partes un deber, es evidentemente algo muy distinto que un mero ser parte en las relaciones indirectas (de valor o valuta) que resultan entre el estipulante y el beneficiario del contrato a favor de tercero...Pero, sin perjuicio de lo expuesto, aclaramos que ello no importa excluir la existencia de un previo contrato a favor de terceros entre el sanatorio como estipulante o promisorio y los médicos que en él habrán de desempeñarse como promitentes, concluido precisamente en miras de las futuras convenciones a celebrarse entre el primero y los pacientes futuros beneficiarios de tal estipulación..." (cfr. aut. cit., "Tratado de la Responsabilidad Civil", Ed. La Ley, 2004, t. II, pág. 462/466).

Ricardo Luis Lorenzetti cita un fallo de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires ("Echegaray c/ PENSA"), en el cual dicho tribunal sostuvo: "para atribuir responsabilidad a la entidad asistencial, la prueba de la culpa del médico es indispensable, no porque la responsabilidad de éste se refleje en la entidad de la cual depende, en una responsabilidad indirecta, sino porque la prueba de aquella culpa es la demostración de la violación del deber de seguridad, que como obligación tácita se halla comprendida en el contrato asistencial, y cuya omisión genera la responsabilidad directa de la entidad contratante, además de la concerniente directa y personalmente al profesional" (cfr. aut. cit., "Responsabilidad civil de los médicos", Ed. Rubinzal-Culzoni, 2016, T. II, pág. 65).

Dado las características de la responsabilidad de los centros asistenciales, el caso de autos presenta la dificultad de la falta de individualización de la conducta o conductas, de la omisión u omisiones configurativas de mala praxis, que permitan analizar si los médicos, enfermeros y, en general, subordinados de la demandada han actuado respecto de la actora hoy fallecida conforme la *lex artis*.

No obstante ello, y ciñéndome en el análisis a los aspectos abordados por la jueza de grado, en tanto la recurrente no cuestiona que ellos son los constitutivos de la supuesta mala praxis, advierto que de la pericia médica surge que los tratamientos brindados a la paciente fueron los adecuados a su situación.



En efecto, la internación ocasionada por su patología de base fue necesaria; la vía de acceso venoso central era una de las técnicas que se podían utilizar en el caso de la señorita Brondo, entendiéndose el experto que fue la adecuada y justificando tal conclusión en los inconvenientes que suscitan las vías periféricas en casos de internaciones recurrentes -como fue el de autos-; una vez colocado el catéter se constató su correcta ubicación. No se advierte aquí existencia de mala praxis o negligencia en el accionar de los profesionales que atendieron a María Emilia Brondo.

El tratamiento brindado con posterioridad a su caída también fue el correcto y adecuado a las circunstancias del caso, en tanto el perito sostiene que ya sea que se trate de un traumatismo de cráneo o de una encefalopatía, es el mismo, y fue el que recibió María Emilia Brondo. Tampoco se advierte aquí la existencia de mala praxis o negligencia en el actuar de los profesionales.

Lo que sucedió dentro del baño no lo podemos conocer, por lo que no se sabe si el desprendimiento del catéter provocó el síncope o si el síncope provocó el desprendimiento del catéter. Lo que sí se sabe es que fue por el catéter -como consecuencia del desprendimiento de una sección- que ingresaron las burbujas de aire al sistema venoso y obturaron la circulación sanguínea, produciendo el daño neurológico por el que se reclama. No paso por alto que la declaración testimonial del novio de la paciente da cuenta de que el catéter se desprendió antes de que María Emilia perdiera el conocimiento y se cayera, pero es la única prueba que afirma esta secuencia, y los dichos del testigo no generan una plena convicción dado su relación afectiva con la persona hoy fallecida y cercana con sus familiares (el mismo testigo declara que en el momento en que María Emilia estaba en el baño, él hablaba telefónicamente con su suegra).



Pero, aún suponiendo que los hechos hubieran sucedido del modo en que los relata el testigo, tampoco se ha acreditado la existencia de mala praxis o negligencia en el actuar de los profesionales que atendían a la paciente.

El perito ha dicho que oportunamente se constató que el catéter estaba correctamente colocado, no conociéndose las causas por las cuales pudo haberse desprendido. Pero, si entendiéramos que el personal de enfermería de la demandada no verificó las condiciones de la vía, o no advirtió que tenía fallas en la colocación, de todos modos no puede entenderse que esta omisión constituya una mala praxis que genere responsabilidad de la demandada. Ello así, en tanto el perito ha señalado que el solo desprendimiento de la vía no causa el ingreso de aire, que la consecuencia de tal desconexión es la expulsión de sangre, pero que las venas tienen válvulas que impiden el ingreso de aire, si ello sucediera.

Esto quiere decir que hubo una condición del organismo de María Emilia que permitió el ingreso del aire.

En oportunidad de fallar las causas "Moyano c/ U.C.A.S.A." (expte. n° 280.412/2002, 29/9/2015), "Maureyra c/ Provincia del Neuquén" (expte. n° 430.766/2010, 27/10/2016) y "De Armas c/ Provincia del Neuquén", expte. n° 443.274/2011, 7/11/2019), entre otras, señalé -con cita del precedente "Lagos" del Tribunal Superior de Justicia (sentencia del 12/5/2006) - que, "...es criterio dominante en la doctrina y la jurisprudencia considerar que la obligación que asume el médico frente al paciente, implica, como regla, un deber de medios y no de resultados.

"El médico se obliga a utilizar de manera apropiada para lograr la curación poniendo toda su ciencia, diligencia y prudencia en el tratamiento del enfermo, no está obligado al restablecimiento de la salud, sino solamente a procurar y proporcionar todos los cuidados que requiera ese paciente según el estado de la ciencia y la denominada *lex artis ad hoc*, aplicando todo su conocimiento y diligencia. Allí se encuentra el límite de su deber. Al respecto el Dr. Bustamante



Alsina apunta: la actividad o trabajo profesional consiste en la prestación de una curación diligente e idónea sobre la base de las reglas del arte de la medicina y su evolución (cfr. Aut. Cit. “Responsabilidad Civil de los médicos en el ejercicio de su profesión”, nota a fallo L.L. 1976-C-65).

“Todo tratamiento médico cuenta con un margen de imprevisibilidad que tradicionalmente se denomina alea, de modo que aun tomando todos los recaudos necesarios, el resultado puede ser diverso al buscado, circunstancia que no siempre es reprochable al facultativo. De allí la importancia de la prudencia al momento de evaluar la conducta médica.

“En esta materia no resulta procedente la objetivación de la responsabilidad, como tampoco una presunción legal general de culpa que cargue, sin mas, al médico con la prueba de su liberación (cfr. Elena I. Highton de Nolasco, Malamud Oscar, “Responsabilidad médica en pro de la teoría de la culpa”, en la obra colectiva Responsabilidad por daños en el tercer milenio, en homenaje al profesor Atilio Alterini, Ed. Abeledo Perrot, Bs. As, 1997, pág.689)”.

Entiendo que en autos se encuentra presente ese alea, que no fue posible prever la producción del síncope y el ingreso de aire al sistema venoso, a la vez que no existen pruebas de que la desconexión del catéter y el ingreso de aire tengan relación causal adecuada con omisiones o impericias de parte del personal de la demandada, sean éstos profesionales médicos o de enfermería.

IV.- Resta por analizar si ha existido o no consentimiento informado por parte de la paciente y, en su caso, la influencia que la inexistencia de dicho consentimiento ha tenido en el acaecimiento del daño sufrido por María Emilia Brondo.

El formulario de consentimiento informado suscripto por la paciente se encuentra en la hoja 2 de la historia clínica y ciertamente tiene algunas irregularidades.

En primer lugar se trata de un consentimiento informado elaborado para personas menores de edad, no solamente porque su encabezamiento así lo indica, sino también por la redacción de su texto. De todos modos puede entenderse que el contenido del formulario se corresponde con la



información brindada a la paciente, la que por ser mayor de edad, no requirió de la asistencia de sus padres.

Luego, el consentimiento informado se refiere genéricamente al "plan teórico de diagnóstico y tratamiento", y lo que él puede producir.

Tratándose de un tratamiento invasivo, debió dejarse constancia en el texto del consentimiento sobre su realización y los riesgos y beneficios que él implicaba, como así también sobre la existencia de alternativas menos gravosas -si es que ellas existían-, conforme lo prescriben los arts. 5° y 7° inc. c) de la ley 26.529, en su redacción vigente al momento del hecho dañoso. Esto no quiere decir que no se le haya brindado tal información a la paciente, pero al no constar en el texto escrito aquella circunstancia no se puede probar.

Ahora bien, ¿de todos modos puede entenderse que la paciente estaba en conocimiento del tratamiento por acceso venoso? De las constancias de la causa, principalmente del hecho que María Emilia Brondo había tenido otras internaciones por similares motivos, razonablemente puede deducirse que sabía que la aplicación de antibióticos y otros líquidos se haría por vía venosa.

Sobre lo que existe duda es si fue informada que ese acceso venoso iba a ser por el sistema central, por la vena yugular.

No obstante ello, lo importante en autos, aún considerando la existencia de fallas en el consentimiento brindado por la paciente, son las consecuencias de ese déficit.

Ricardo Luis Lorenzetti explica con relación a este tema: "Cuando el tratamiento es prestado con culpa, normalmente es irrelevante la



discusión sobre el deber de informar, porque la responsabilidad existe con la demostración del primer aspecto.

“En cambio, cuando la prestación es correcta y no se informó, la cuestión es relevante. También lo es cuando no se puede probar claramente que hubo culpa en el incumplimiento de la prestación principal.

“En estos casos hay que discriminar tanto la culpa como el nexo causal.

“La culpa surge por no haber informado, o por haberlo hecho defectuosamente, lo que se juzga conforme a los modelos predescritos. No es necesario negligencia en el tratamiento. En cuanto al nexo causal, la víctima debe demostrar que el daño proviene de un riesgo que debió ser avisado. Si el peligro hubiera sido advertido, la víctima no se habría sometido al tratamiento y el daño no hubiera ocurrido.

“Este perjuicio debe ser mayor que el que hubiera sufrido de haber rehusado el tratamiento. Hay casos en que si no se somete al tratamiento la enfermedad le causará mayores consecuencias, y por ello es irrelevante la cuestión.

“Debe demostrar que una persona común hubiera rehusado el tratamiento de haber sido informada.

“La Corte de los Estados Unidos, en la causa “Canterbery”, ya citada, estableció un standard objetivo, en términos de que habría hecho una persona prudente en la posición del paciente si hubiera estado debidamente informada; aunque si el paciente en el caso particular pudo haber rehusado el tratamiento después de la información, la Corte niega la indemnización si una persona razonable lo hubiera aceptado bajo las mismas circunstancias” (cfr. aut. cit., op. cit., T. I, pág. 293).

Veamos. Pretende la parte recurrente que la paciente no fue informada sobre los cuidados que debía tener al colocársele la vía de acceso venoso central.

Se ignora si la paciente fue informada sobre estos cuidados, si es que ellos existen, ya que la parte actora no ha indicado de que cuidados se trata.

Sin perjuicio de ello, al no conocerse debidamente si fue la caída la que provocó la desconexión del catéter, o la secuencia fue a la inversa, mal puede entenderse



que exista nexo causal adecuado entre la omisión de información y el daño sufrido.

En cuanto a la información sobre los riesgos que conllevaba la técnica utilizada (acceso venoso central), tampoco encuentro que haya tenido una relación causal sobre el daño sufrido por la paciente. En primer lugar, porque el ingreso de aire al sistema venoso es un hecho extraordinario, que rara vez sucede -conforme lo ha explicado el perito médico-, a la vez que requiere de una falla en el organismo de la paciente.

En segundo lugar, entiendo que el conocimiento de dicho riesgo, en atención a la remota posibilidad de concreción, no hubiera determinado el rechazo del tratamiento por parte de la paciente. Arriba a esta conclusión en tanto el acceso venoso es una técnica usual en todo tipo de internación, aún las de corta duración; María Emilia Brondo había tenido otras internaciones por el mismo motivo que la que aquí nos ocupa, siendo razonable suponer que en ellas también se había aplicado la vía venosa para suministrar antibióticos y otros medicamentos, incluida la central.

Conforme lo dicho es que considero que la omisión de brindar información sobre el acceso venoso central - cuestión dudosa en atención al texto del consentimiento informado- tampoco es suficiente para generar la responsabilidad de la demandada.

V.- Resta por analizar el agravio referido a la imposición de costas.

La sentencia de primera instancia ha impuesto las costas del proceso a la parte actora, en su condición de vencida (art. 68, CPCyC).

En tanto que los argumentos que esgrime la recurrente no son suficientes para modificar tal decisión.



Si bien es cierto que los actores tenían el derecho de acudir al Poder Judicial para hacer valer el derecho que entendían les asistía, ello no quiere decir que no deban asumir los costos de tal proceso cuando su resultado les ha sido adverso.

Consecuentemente corresponde confirmar la resolución adoptada en primera instancia en lo que refiere a las costas procesales.

VI.- Por lo hasta aquí dicho, propongo al Acuerdo rechazar el recurso de apelación de la parte actora y confirmar el resolutorio recurrido.

Las costas por la actuación en la presente instancia son a cargo de la apelante vencida (art. 68, CPCyC).

Regulo los honorarios profesionales por la labor ante la Alzada, en el 4,7% de la base regulatoria para la Dra. A. L. F.; 3,52% de la base regulatoria para el Dr....; y 3,2% de la base regulatoria en conjunto para los Dres. ...., .... y ....., todo de conformidad con la manda del art. 15 de la ley 1.594.

**El Dr. José I. NOACCO dijo:**

Por compartir los fundamentos vertidos en el voto que antecede, adhiero al mismo.

Por ello esta **Sala II**

**RESUELVE:**

**I.-** Confirmar la sentencia dictada en fecha 27 de octubre de 2020 (fs. 335/354).

**II.-** Imponer las costas generadas en esta instancia, a cargo de la apelante vencida (art. 68, CPCyC).

**III.-** Regular los honorarios profesionales por su desempeño ante la Alzada, en el 4,7% de la base regulatoria para la Dra....; 3,52% de la base regulatoria para el Dr.....; y



3,2% de la base regulatoria en conjunto para los Dres.....,  
..... y ....., todo de conformidad con la manda del art. 15  
de la ley 1.594.

**IV.-** Regístrese, notifíquese electrónicamente, y en  
su oportunidad, vuelvan los autos a origen.

**Dra. PATRICIA CLERICI -Dr. JOSÉ I. NOACCO**

**Dra. MICAELA ROSALES - Secretaria**