Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 27 de diciembre de 2017.

Y VISTOS; los autos individualizados en el epígrafe, de cuyas constancias, RESULTA:

I. V. C. A. interpuso demanda por daños y perjuicios contra (i) A. F., (ii) el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, GCBA) y (iii) el Hospital General de Agudos “José María Ramos Mejía” (en adelante, hospital “Ramos Mejía”) por un monto de pesos doscientos cinco mil ($205.000) con más sus intereses, suma que sujetó -en definitiva- a lo que en más o menos resulte de la prueba a producirse en autos. Posteriormente, se aclaró que la representación del hospital “Ramos Mejía” corresponde al GCBA (cfr. fs. 168).

Sostuvo que en fecha 14/09/08 fue sometida a una cesárea con motivo del nacimiento de su hijo J. J. F. en el hospital “Ramos Mejía”. Indicó que la referida intervención fue practicada por la Dra. A. F. y que fue dada de alta en fecha 18/09/08. Expresó que a fines de septiembre de 2008, “algunos días después de la cesárea”, volvió a estar internada en el hospital “Ramos Mejía” en razón de un cuadro de infección producto de la cesárea, precisando que sintió un profundo dolor y salía liquido de la sutura, por lo que fue revisada y se le detectó una infección interna en la herida, permaneciendo internada durante aproximadamente diez días.

Manifestó que durante esta última internación fue medicada con un fármaco denominado “vancomicina” que le provocó una reacción alérgica debido a su mala aplicación pues, según refirió, esta prescripto que fuera administrado por goteo y le fue suministrado en una dosis única de una sola vez lo que le trajo también problemas respiratorios y dolores de cabeza.Adujo que fue dada de alta sin habérsele realizado ningún estudio ni ecografía.

Narró que después de ocho meses, aproximadamente a mediados de marzo de “2010”, empezó con nuevos síntomas a consecuencia de la cesárea, padeciendo incontinencia urinaria y un pequeño dolor en la zona vaginal que luego dice haberse agravado. Seguidamente consignó que “nuevamente, para fines de marzo de 2009, me dirigí a ver a la Dra. S. I., doctora de cabecera, quien me revisa y me sugiere hacerme un estudio de orina por urgencia” (cfr. fs. 115 vta.).

Afirmó que el resultado de esos estudios arrojó que tenía un cuadro de infección urinaria y que por ello la medicaron con “ciprofloxacina” durante siete días, calmándose el dolor y la incontinencia, aunque no en forma completa. Precisó que visitó nuevamente a la Dra. I. y se le realizó un cultivo, el cual acudió a retirar luego de

siete días pero, según detalló, no encontró el resultado del referido estudio. La médica, señaló la actora, le sugirió seguir tomando la medicación mencionada anteriormente. En fecha 26/04/09 logró retirar el cultivo, cambiándosele la medicación durante diez días.

Precisó que luego de una mejora temporaria, a los pocos días los síntomas reaparecieron, lo que motivó que volviera a consultar a su médica de cabecera quien le prescribió una ecografía de riñones, vejiga y útero a realizarse en fecha 29/04/09. Arguyó que en esos estudios los ecógrafos “supuestamente” detectaron una imagen tipo pólipo entre el útero y la vejiga. Se le ordenó una nueva ecografía, en este caso intravaginal en el hospital “Ramos Mejía”, pero al no funcionar las máquinas de ese lugar acudió a la obra social de su marido y realizó el estudio en el sanatorio “Gu¨emes”, donde le detectaron el mismo pólipo.Hizo notar que ya había pasado un mes con los síntomas y continuaba con los mismos dolores.

Remarcó que en la ecografía realizada en el sanatorio “Gu¨emes” se visualizó “supuestamente” el mismo pólipo, pero no pudieron definir si se encontraba en el útero o la vejiga, por lo que fue derivada, por decisión de los médicos, al urólogo Dr. J. B., quien le dio un turno para dentro de una semana. Sostuvo que mientras estaba pendiente el turno con el mencionado especialista, empezó a padecer fiebre hasta casi cuarenta y uno grados sin poder bajar la temperatura, padeciendo escalofríos, incontinencia y dolores intensos “como si fuese un parto”. Al segundo día de esos padecimientos, en fecha 20/05/09, debido a que tampoco podía orinar normalmente, fue llevada de urgencia por su suegra a la clínica “Maternidad Nuestra Señora de la Dulce Espera”, con domicilio en la calle Ferrer no 521, Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, donde le detectaron un cólico vesical, fue internada y se le colocó una sonda que le alivió los dolores. Por medio de ese tratamiento se pudo visualizar que por la zona salían coágulos de sangre con orina.

Indicó que permaneció un día internada y que de allí fue trasladada al sanatorio “Gu¨emes” donde se le realizaron estudios con mayor profundidad. El análisis de orina detectó una infección y se visualizó un pólipo cuya procedencia no se encontraba definida. Luego de una breve mejoría decidieron sacarle la sonda, pero aun estando internada se le produjo un cólico vesical. Mientras es atendida a raíz de este problema, las enfermeras no lograron colocarle otra vez la sonda porque al ver “por la parte de la uretra observaron una punta de una gasa” (cfr. fs.116 vta.) y por lo tanto decidieron llamar a los médicos.

Refirió que los médicos intentaron retirar la gasa con unas pinzas pero ello le provocó un “inmenso dolor”, lo que motivó que decidan llamar al urólogo cirujano, mientras tanto se le realizó un drenaje vesical por medio de una aguja por el tórax a efecto de hacer cesar el cólico. Expuso que a la tarde del 28/05/09 fue trasladada al quirófano y el Dr. A. intentó sacar la gasa de la uretra, pero al no lograrlo se procedió a anestesiarla y hacerle una cirugía. Narró que a la noche se presentó el cirujano y le hizo saber que le extrajeron un gran “bodoque de gasa”, preguntándole el médico si tuvo otra intervención aparte de la cesárea, respondiéndole la actora en forma negativa. Según narra la demandante, el Dr. A. le expresó que debía “agradecer que [se] encontraba con vida” porque el cuerpo extraño podía haberse alojado en otro órgano, provocándole daños irreparables.

Concluyó este tramo de la demanda expresando: “[s]oy una mujer de apenas 33 años de edad, que hasta el momento de la cesárea gozaba de buena salud, y pasé a tener una lesión gravísima que no se si alguna vez va a desaparecer, con la humillación que eso provoca ante las relaciones íntimas con mi esposo” (cfr. fs. 117).

Luego la demandante abordó el tema de la responsabilidad (cfr. fs. 117/117 vta.) indilgando aquella tanto a la médica A. F. -quien realizó la cesárea y “olvidó las gasas dentro de mi cuerpo lo que determina una negligencia grave que implica mala praxis”- como a “otros médicos” del hospital “Ramos Mejía” -cuyos nombres, según expuso, surgirían de la historia clínica que oportunamente remitirá dicho nosocomio- pues no investigaron en forma debida el origen de la infección. También consideró responsables:i) a los radiólogos del sanatorio “Gu¨emes”, por haber informado en la radiografía un pólipo que nunca existió; ii) al hospital “Ramos Mejía”, ya que los hechos se registraron en ese lugar y con personal de esa institución; y, iii) al GCBA, por ser de quien depende el hospital “Ramos Mejía” y los profesionales que trabajan allí.

Alegó la existencia de incapacidad sobreviniente generada por la mala praxis médica que le provocó (i) un prolapso con incontinencia urinaria diaria, habitual y permanente en razón de lo cual debe usar toallas higiénicas y femeninas independientemente de encontrarse o no dentro del período menstrual, y (ii) molestias y dolores abdominales con puntadas en forma esporádica pero continua que se intensifican en los días de menstruación, actividad física o relaciones sexuales.

Manifestó que los hechos ocurridos la dejaron parcialmente incapacitada para realizar ciertas actividades físicas, tareas hogareñas y laborales, que han disminuido en casi un 60% su capacidad laborativa, requiriendo asistencia constante para sus necesidades “y en algún momento para desplazarme en forma autónoma” (cfr. fs. 118).

Agregó la existencia de daño moral, originado en un suceso que “ha dejado profundas huellas en [su] personalidad” (cfr. fs. 118/118 vta.). Señaló, como fundamento del presente rubro, el dolor padecido, las incomodidades a las que se vio sometida y aun padece, la falta de deseo sexual, la incontinencia urinaria, temores, inquietud y un estado de postración.

También consideró la existencia de daño psicológico, remarcando que el carácter necesariamente patológico de este rubro lo diferencia del daño moral. Refirió que las vivencias relatadas le generan toda clase de trastornos psicológicos y que ellas deben ser tratadas por especialistas.

En el punto “VI” de la demanda practicó liquidación, desagregando los rubros reclamados en: incapacidad sobreviniente ($130.000), daño psicológico ($20.000), daño moral ($50.000) y gastos de tratamiento ($5.000), con un total de capital reclamado de $205.000 (cfr. fs.72/72 vta.).

Luego ofreció prueba y, finalmente, concluyó con el petitorio de forma.

II. A fs. 123/128 vta., se presentó el GCBA. Planteó la nulidad de la notificación del traslado de la demanda, solicitó rectificación del plazo y subsidiariamente interpuso revocatoria con apelación en subsidio. El juzgado civil interviniente dispuso simplemente ampliar el plazo otorgado al GCBA para contestar demanda (cfr. fs. 129).

III. A fs. 139/149 vta., el GCBA planteó inhibitoria solicitando la radicación de la causa en el fuero Contencioso Administrativo y Tributario de esta Ciudad.

IV. A fs. 150/150 vta., la magistrada que me precedió en el cargo hizo lugar al planteo de inhibitoria declarando la competencia de este tribunal y requiriendo al juzgado nacional de primera instancia en lo civil no 72 la remisión de las presentes actuaciones.

V. A fs. 156/157 el juzgado civil antes mencionado se inhibió de seguir entendiendo en las presentes actuaciones y dispuso su remi sión a este tribunal, las cuales se tuvieron por recibidas en fecha 16/12/11 (cfr. fs. 160).

VI. A fs. 166 el juzgado dispuso correr nuevamente traslado de la demanda al GCBA y a A. F. por el término de sesenta días.

VII. A fs. 172/173 vta., se presentó el GCBA y solicitó la comparecencia en calidad de terceros obligados de R. M. R., M. D. C. S. y S. G. También expresó que para el caso de que la actora desista de la acción y/o derecho respecto de la codemandada A. F. y/o de su aseguradora -en caso de tenerla- o concluyese un acuerdo transaccional parcial con todos y/o algunos de ellos sin intervención del GCBA, hizo reserva de mantenerlos en el proceso como terceros. Asimismo, en el punto “2” de esa presentación desarrolló los argumentos por los cuáles pretende las mencionadas citaciones. Sustanciada esa presentación con intervención de la actora, ésta manifestó su conformidad con las citaciones solicitadas (cfr. fs. 176).

VIII. A fs.177 se dispuso realizar la citación de los terceros mencionados por el codemandado GCBA.

IX. A fs. 179/186 vta., se presentó S. G. quien procedió a contestar su citación como tercero y acompañó documentación (v. fs. 179/181). Realizó una negativa respecto de que la actora haya tenido que volver a estar internada debido a un cuadro de infección que tuviere relación con la cesárea en la que tuvo intervención como instrumentadora circulante y que haya sufrido los dolores que describe en el escrito de inicio. También desconoció los restantes padecimientos descriptos en la demanda y que la Sra. A. no haya tenido otra intervención además de la referida cesárea.

En su versión de los hechos, G. afirmó, luego de aclarar que mantuvo un “limitadísimo” conocimiento e intervención en los hechos narrados en la demanda, que presta servicios en el hospital “Ramos Mejía” como “instrumentadora quirúrgica”. Aclaró que esa tarea consiste en entregar al médico cirujano, a requerimiento de éste, todo el material descartable que utiliza durante el acto quirúrgico y también la recolección de aquello que se descarta tras su uso por parte del mencionado profesional. Precisó que la tarea que desempeña no puede confundirse con la del instrumentista, que es la persona que tiene a su cargo el manejo de los instrumento asépticos utilizados por el médico para llevar a cabo su labor.

Reconoció que el día 14 de septiembre de 2008 intervino en una cesárea que se le practicó a la Sra. A. y que esa intervención comenzó a las 07:50 horas y culminó a las 08:30 horas. Indicó que -“cumpliendo con [su] deber, previo al cierre de la herida” (cfr. fs. 183)- procedió a efectuar el recuento de gasas que arrojó el faltante de una de ellas. Agregó que conforme consta en el “Libro de Quirófanos de Obstetricia (folio 165)” puso en inmediato conocimiento de esa novedad a todo el equipo médico y que el Dr. R.-quien según G., en rigor, llevaba adelante la operación- manifestó haber realizado una revisión de la cavidad sin hallar nada fuera de su lugar.

Alegó que las decisiones que se toman en una operación están a cargo del médico cirujano, respecto de las cuáles ella como “instrumentadora quirúrgica” está en inferioridad jerárquica dentro del quirófano, por lo tanto no pudo hacer nada más al respecto salvo dejar asentado lo acontecido en el libro de quirófanos de obstetricia, el cual, según postuló, todos los profesionales intervinientes suscribieron de conformidad. Además hizo notar que de la lectura completa del mencionado libro surge que ella siempre deja constancia del conteo de materiales incorrecto.

Manifestó que la intervención que tiene durante el acto quirúrgico se limita a la entrega del material requerido por el médico y que éste es quien tiene contacto con el paciente y, en su caso, introduce -o retira- los mismos de aquél, no existiendo nunca contacto entre el circulante y el paciente, ni introducción de materiales dentro del paciente u obligación de retiro por parte del circulante. Adujo que es el profesional médico quien tiene la obligación de revisar que nada quede dentro del cuerpo del paciente, mientras que la intervención de la instrumentadora “y circulante” es de mera colaboración.

En cuanto al marco legal aplicable hizo referencia al decreto no 1148/99 el cuál, en su Anexo I, enumera los deberes del personal instrumentista. Refirió que en el punto “13” del citado decreto se menciona el deber de realizar el recuento del instrumental, agujas y gasas; obligación que sostiene haber cumplido. Alegó que en el punto “20” de la mencionada norma se hace referencia al control y registro que se debe llevar de las actividades quirúrgicas y sus novedades lo que, según refirió, también ha sido cumplido por su parte.

Luego se detuvo a desarrollar argumentos referidos a la imposibilidad de extender las consecuencias del obrar negligente más allá del acto propio de la operación.Seguidamente analizó los presupuestos de la responsabilidad civil, ofreció prueba y, finalmente, concluyó con el petitorio de forma.

X. A fs. 188/194 vta., M. D. C. S. contestó citación y acompañó documentación. Realizó una negativa idéntica a la efectuada por S. G. y en cuanto a la versión de los hechos, marco legal aplicable y evaluación de la responsabilidad que se le indaga, reprodujo los mismos términos que la contestación de citación de G.

Señaló que presta servicios en el hospital “Ramos Mejía” como instrumentadora quirúrgica. Aclaró que dicha tarea consiste en entregar al médico cirujano -a su requerimiento y durante la intervención quirúrgica- todo el material aséptico que utiliza durante el acto quirúrgico. Refirió que quien informó que el recuento de gasas había dado incorrecto fue la instrumentadora circulante G. y que el profesional a cargo del acto quirúrgico -Dr. R.- manifestó haber realizado una revisión de la cavidad sin encontrar nada fuera de lugar, por lo que procedió a cerrar la herida. Añadió que fue G. quien dejó asentado en el correspondiente libro de quirófano el recuento incorrecto de gasas. Luego ofreció prueba y finalizó con el petitorio de rito.

XI. A fs. 216/231 vta., A. S. F. contestó demanda. Luego de realizar una pormenorizada negativa de los hechos alegados en la demanda, dio su propia versión de los eventos que motivan el presente proceso.

Señaló que el día 14/09/08, a las 06:00 horas, la Sra. C. V. A. ingresó al Servicio de Obstetricia sin documentación identificatoria y declarando tener treinta y tres años de edad, domicilio en la localidad de Sarandí y nacionalidad argentina.Manifestó que en ese momento la actora cursaba un embarazo de 35,3 semanas con fecha de última menstruación y ecografía tardía, que presentaba como antecedentes obstétricos “5 gestas, 3 partos y un aborto” y que se encontraba con tratamiento “con kaletra y 3TC complex por serología positiva para VIH”. Indicó que tenía tres controles prenatales tardíos en el hospital “Ramos Mejía” y era seguida infectológicamente por el Servicio de Inmunocomprometidos.

Postuló que personalmente conocía a la actora pues durante ese año había colaborado en la atención de las pacientes en el consultorio de Infecciones y Embarazo a cargo del Dr. H. Refirió que según consta en la historia clínica de la paciente, la Sra. A. presentaba serologías negativas para sífilis, toxoplasmosis y chagas y antecedentes de infección por papilomavirus humano y tabaquismo antes del embarazo.

Precisó que la actora fue internada con diagnóstico de inicio de trabajo de parto y que “[p]resentaba bolsa rota de 2 horas de evolución con pérdida de líquido anmiótico meconial, latidos fetales de 148 por minuto, dinámica uterina de una contracción en 10 minutos de 25 segundos de duración y al tacto vaginal el cuello uterino se encontraba en posición posterior, tenso, con dilatación de 3-4 cm y 1 cm de espesor” (cfr. fs. 217).

Destacó que la paciente se encontraba en buen estado general, tensión arterial de 120/60, una frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto y temperatura axilar de 36 grados. Los exámenes respiratorios y urinarios fueron normales, facies compuesta, conjuntivas y piel normocoloreadas y normohidratadas. Agregó que se realizó la internación, se le indicó extracción de muestra para laboratorio, antibioticoterapia y se comenzó infusión con AZT dosis de carga según protocolo ACTG 076.Consignó que al presentar el monitoreo fetal descensos de la frecuencia cardiaca compatibles con DIPS II y llevar la paciente más de tres horas de bolsa rota, se decidió realizar cesárea abdominal por lo que se llamó al anestesiólogo de guardia (Dr. D.).

Narró que la paciente ingresó al quirófano a las 07:45 horas y se le realizó la cesárea abdominal según técnica junto al Dr. M. R., residente del Servicio de Obstetricia. A las 08:10 horas nació un R. N. de sexo masculino, con un peso de 2600 gramos, 37 semanas por Capurro y Apgar 9/10. Destacó que el Dr. D. realizó anestesia subaracnoidea y que la cesárea se llevó a cabo sin ninguna complicación.

Esbozó que la instrumentadora “se encontró durante toda la cirugía a nuestro lado siguiendo cada paso de la misma y como es habitual se le informó cuando comenzó el cierre del abdomen. La instrumentadora y circulante encargadas del conteo de gasas en ningún momento informaron sobre el recuento incorrecto de las mismas” (cfr. fs. 217; el destacado pertenece al original).

Expresó que al terminar la cesárea se retiró del quirófano y firmó el libro correspondiente (“folio 165”) e indicó en el responde que se hace responsable por lo que figura por encima de su firma. Precisó que al firmar el referido libro no observó ninguna leyenda que le llamara la atención y la paciente fue trasladada “a la sala”. Esbozó que el residente -el cirujano que intervino en la cesárea- confeccionó el parte quirúrgico que ella leyó y firmó a su lado porque, según postuló, se encontraba correctamente realizado. Agregó que “como figura en el parte”, se realizaron los espacios parietocólicos y vesicouterino “como siempre se realiza en todas las cesáreas para u n correcto control de hemostasia” (cfr. fs. 217).

Expuso que se encontraba de guardia desde el sábado 13/09/08 a las 08:00 horas y por ello realizó el pase de guardia a la Dra. T.-quien, según refirió, en ese momento era médica interna de los días domingos- y luego se fue del hospital a su domicilio. Indicó que en ningún momento fue informada sobre el conteo incorrecto de gasas hasta la salida del hospital, pues de lo contrario se hubiera revisado la cavidad durante la cirugía en su búsqueda o de ser informada luego hubiera solicitado una ecografía abdominopelviana o una tomografía de abdomen y pelvis.

Destacó que en el hospital donde se desempeña no se realizan radiografías pues la gasas no se encuentran marcadas con material radiopaco, agregando que como es médica de guardia del hospital “Ramos Mejía” dentro del Servicio de Obstetricia, el puerperino de la paciente fue controlado por los médicos residentes y de planta quienes otorgaron el egreso hospitalario en fecha 17/09/08, citándola para control con buena evolución.

Relató que en fecha 27/09/08 la paciente fue ingresada al hospital a las 20:00 horas por una infección de la herida quirúrgica que drenaba material purulento. Detalló que tomando en cuenta la serología de base y el hecho de que la actora no había concurrido a ningún control obstétrico luego de su egreso hospitalario, consignó que se decidió internarla y se le realizó toma de muestra de material para cultivos y se le efectuó un tratamiento endovenoso antibiótico con ampicilina, metronidazol y gentamicina empíricamente.

Según F., la paciente se mantuvo afebril, hemodinámicamente estable y luego fue seguida por médicos responsables del Servicio de Obstetricia e Infectología quienes le dieron las indicaciones de realizar estudios de laboratorio y de rotar el esquema antibiótico. Agregó que según figura en la historia clínica, en fecha 03/10/08 se le otorgó el egreso sanatorial ante la buena evolución.

Señaló que el examen obstetricio de la paciente mostró siempre un útero retraído acorde al antecedente obstétrico, sin sintomatología urinaria y ginecorragia acorde al día de puerperio en que se encontraba.Consignó que no figura en la historia clínica otro estudio complementario, pues se desconocía el recuento incorrecto de gasas. También alegó que siempre se mantuvo informado al Servicio de Inmunocomprometidos y al egreso de la paciente se la citó por consultorios externos.

Afirmó que nunca se le informó de la sintomatología urinaria que presentaba la paciente ni tampoco acerca de estudios complementarios realizados en el puerperio alejado. Asimismo, sostuvo que la paciente no concurrió al Servicio de Obstetricia para control como fuera citada al egreso y que no tuvo más contacto con la paciente y que ello es habitual en un hospital público que se maneja con médicos de guardia y de planta.

Indicó que la actora continuó consultando por consultorios externos y que en mayo de 2009 se comunicaron del sanatorio “Gu¨emes” para informarle sobre lo ocurrido, lo que le llamó la atención ya que a su entender la cesárea de la Sra. A. había transcurrido sin problemas. Esbozó que solicitó la historia clínica de internación en el hospital “Ramos Mejía” y que en ella no figuraba nada acerca de un recuento incorrecto de gasas en la cesárea.

Expresó que consultó a la licenciada M. C. -coordinadora de instrumentadoras de la maternidad- si podía verificar en el libro correspondiente quienes habían instrumentado la cesárea en cuestión. Señaló que a los “días” la licenciada C. le informó que la instrumentadora y circulante en la cirugía realizada a la actora habían sido S. y G., respectivamente, y que referían haber informado el recuento incorrecto de gasas a lo que la codemandada contestó que ella como responsable del acto quirúrgico no había sido anoticiada de tal suceso. Arguyó que también le preguntó al Dr. R. si él había sido informado de algo, expresándole éste que no recordaba. Agregó que informó lo sucedido al Servicio de Inmunocomprometidos y al Dr.H.

Indico que le pidió “al profesional” del sanatorio “Gu¨emes” con el cual habló -cuyo nombre no se indica- que la “mantuviera remitiera a la paciente al Hospital Ramos Mejía, y el mismo me comentó que la paciente se encontraba bien y hasta el momento sin secuelas” (cfr. fs. 218) y que ello fue informado al Servicio de Inmunocomprometidos “de nuestro hospital que seguía a la paciente” (cfr. fs. 218). Agregó que no fue informada sobre lo ocurrido luego de la externación de la paciente del sanatorio “Gu¨emes”, como tampoco lo fueron el Dr. H. y el Servicio de Inmunocomprometidos.

Destacó que la actora se encontraba incluida desde antes de la cesárea en un protocolo a cargo del Servicio de Inmunocomprometidos para el cual la codemandada recolectaba los datos del control prenatal del nacimiento y que por ese motivo tenía pleno conocimiento de la paciente antes de su ingreso al hospital en fecha 13/09/08.

Luego agregó que a fines del año 2009 se desvinculó del Consultorio de Infecciones y Embarazo por razones personales, pero continuó siendo médica de guardia de Obstetricia del hospital “Ramos Mejía”. Adujó que recién el 1o de julio de 2011 se enteró que la señora A. continuaba siendo atendida en el hospital y de los problemas de incontinencia de orina que padecía, desconociendo la causa de esa complicación pues su origen podría ser variado. También consignó que luego de la citación a este proceso pidió ver el libro de quirófano en donde observó la siguiente leyenda en el sector de observaciones: “’Bolsa rota de 3 hs 30’ de evolución. Recuento incorrecta. Se revisa cavidad sp” (cfr. fs.218 vta.); observación que, según manifestó, se encuentra escrita por debajo de su firma y de lo cual no tenía conocimiento.

Impugnó la liquidación realizada por la actora, cuestionando la totalidad de los rubros que componen el reclamo del frente actor, fundó en derecho su defensa, citó jurisprudencia y doctrina, ofreció prueba, manifestó desinterés -conforme los términos del artículo 385 inciso 2o del CCAyT- en la pericia psicológica-psiquiátrica ofrecida por la actora, denunció como aseguradora a Seguros Médicos S.A. (a la que citó en garantía) y, finalmente, concluyó con el petitorio de forma.

XII. A fs. 242/243 contestó oficio el Registro Nacional de las Personas.

XIII. A fs. 247/265 contestó demanda R. M. R., realizando una pormenorizada negativa de varios hechos en los que se sustenta la demanda. Así, negó que la Sra. A. presentara una infección interna, que tuviera diez días internada, que no se le realizara ningún estudio, que presentase incontinencia a raíz de la práctica médica ocurrida en el hospital “Ramos Mejía” y que su intervención no se ajustase a las reglas del arte de curar.

En su versión de los hechos comenzó manifestando que no puede dar mucho detalle de lo sucedido pues no recuerda a la paciente, la cirugía ni las circunstancias en que se desarrolló la atención dispensada y que su defensa se basa en lo que consta en la historia clínica.

Expresó que el día de la “fecha en cuestión”, se encontraba cursando la residencia de “la especialidad” y que hacia su segundo año del Servicio de Obstetricia en el hospital “Ramos Mejía”. Detalló que la paciente A. ingresó por guardia a las seis horas cursando un embarazo de 35,3 semanas y que en ese momento cumplía la función de residente de guardia. Indicó que la actora se encontraba con trabajo de parto con bolsa rota de dos horas de evolución y aerología positiva, razón por la cual la paciente es internada por la Dra. A.F. (médica interna) quien decide realizarle una cesárea dada las condiciones obstétricas y serológicas de la paciente.

Indicó que según surge del parte quirúrgico la cirugía se desarrolló con normalidad, sin presentar inconveniente alguno. Agregó que antes de proceder al cierre de la cavidad se procedió a revisar ambos espacios parieto cólicos y vésico uterino en busca de elementos extraños para control de hemostasia y no se constató la presencia de ningún elemento extraño. Señaló que luego se procedió al cierre de la pared abdominal, momento en el cual el equipo de instrumentadoras debe informar sobre el resultado del recuento de gasas. Según R. “[e]n ningún momento el equipo de instrumentadoras informó que el conteo fuera incorrecto, conforme ello se procedió a finalizar la intervención” (cfr. fs. 248).

Manifestó que según consta en la historia clínica ni él ni ningún otro integrante del equipo quirúrgico fueron informados del supuesto recuento incorrecto de gasas y que de haberlo informado figuraría en el parte quirúrgico de la historia clínica y que -en ese caso- los pasos a seguir habrían sido otros.

Alegó que era importante “destacar que, al momento de la cirugía revestía la calidad de médico residente, es decir me encontraba en proceso de formación bajo la estricta supervisión de los profesionales con más experiencias” (cfr. fs. 248). Luego pasó a describir las funciones del médico residente, impugnó la liquidación realizada por la parte actora, fundó en derecho su defensa, ofreció prueba, se opuso -conforme los términos del artículo 385 inciso 2o del CCAyT- a la pericia psicológica-psiquiátrica ofrecida por la actora y denunció como asegurada a Seguros Médicos S.A. (a quien citó en garantía). Por fin, concluyó con el petitorio de forma.

XIV. A fs. 271/295 vta., Seguros Médicos S.A. se notificó espontáneamente y contestó citación en garantía respecto del asegurado y codemandado R. M.R.

Reconoció que a la época de los hechos que se denuncian como fundamento de la pretensión de la actora se encontraba vinculado con el Sr. R. mediante un contrato de seguro por responsabilidad profesional médica, con número de póliza 800.172, vigencia desde las 12:00 horas del día 01/09/08 hasta las 12:00 horas del día 01/10/08, siendo renovable en forma automática -de acuerdo a la documentación acompañada- hasta el 01/03/09 (cfr. fs. 271), con un monto asegurado de $150.000 y una franquicia de $15 .000. Acompañó el certificado individual de cobertura para probar tal circunstancia (cfr. fs. 271/285). Asimismo, contestó la citación adhiriendo a la contestación de demanda realizada por el asegurado R.

Como documental ofreció la indicada precedentemente, adhirió a la prueba ofrecida por la parte citante y manifestó desinterés -en los términos del artículo 385 inciso 2o del CCAyT9- en la prueba pericial médico psicológica-psiquiátrica, fundó en derecho su oposición y, finalmente, concluyó con el petitorio de forma.

XV. A fs. 298/337, contestó demanda el GCBA.

Realizó una pormenorizada negativa de los hechos en que se funda la demanda, quedando desconocidos todos los presupuestos de la responsabilidad en que apoya la pretensión el frente actor (cfr. fs. 325/327).

PODER JUDICIAL DE LA CIUDAD AUTóNOMA DE BUENOS AIRES

En su versión de los hechos, expresó que conforme surge de la historia clínica no 399.151 de fecha 14/09/08 la Sra. A. se internó en el hospital “Ramos Mejía” con un embarazo de “35,3 semanas e inicio de trabajo de parto”.

Indicó que la actora presentaba como antecedentes obstétricos cinco gestas, tres partos y un aborto y que se encontraba en tratamiento con kaletra y 3TC complex por serología positiva para VIH. Refirió que la Sra. A.había realizado tres controles prenatales tardíos en el hospital “Ramos Mejía” y era seguida infectológicamente por el Servicio de Inmunocomprometidos.

Señaló que al momento del ingreso hospitalario la actora presentaba bolsa rota de dos horas de evolución con pérdida de líquido amniótico meconial, latidos fetales de ciento cuarenta y ocho por minuto, dinámica uterina de una contracción en diez minutos de veinticinco segundos de duración y al tacto vaginal el cuello uterino se encontraba en posición posterior, tenso, con dilatación de “3-4 cm. y 1 cm. de espesor” (cfr. fs. 327).

En rigor la descripción en este aspecto coincide con la realizada por la codemandada F. Según narra más adelante, con apoyo en la historia clínica, la actora ingresó al quirófano a las 07:45 horas, oficiando el Dr. M. R. de cirujano, la Dra. A. F. de primera ayudante, el Dr. D. estuvo a cargo de la anestesia “subaracnoidea”, siendo la instrumentadora la Sra. M. D. C. S. y enfermera circulante la Sra. S. G.

Indicó que se le realizó a la paciente una cesárea abdominal según técnica y sin ninguna complicación. Detalló que a las 08:10 horas nació un niño de sexo masculino y que no surge del parte operatorio un conteo incorrecto de gasas. Agregó que la paciente tuvo una buena evolución posoperatoria y que se le otorgó el alta hospitalaria junto con su hijo el día 19/08/08 para ser reinternada el día “27/09/2009” con un diagnóstico de infección de herida quirúrgica por la que drenaba material purulento. Con motivo de ello se tomaron muestras para cultivo y se inició tratamiento endovenoso antibiótico con ampicilina, metronidazol y gentamicina.

Precisó que la paciente se mantuvo afebril y que fue controlada por el Servicio de Obstetricia y de Infectología y dada la buena evolución fue dada de alta el 03/10/08.Agregó que el examen obstétrico de la paciente mostró siempre un útero retraído acorde al antecedente obstétrico, sin sintomatología urinaria y ginecorragia acorde al día de puerperio en que se encontraba.

También apuntó que no se le realizaron estudios distintos a los efectivamente practicados debido a que no existió signos o simantologia que lo justificara.

Manifestó que el 28/04/09 la actora consultó con la Dra. S. I. en el Servicio de Inmunocomprometidos del hospital “Ramos Mejía” por síntomas compatibles con infección urinaria, pues presentaba sedimento cubierto de leucocitos y hematíes y dolor en hipogastrio, por lo que se solicitó ecografía renal y abdominal y urocultivo.

Refirió que como hallazgo ecográfico se encontró imagen cálcica en proximidad del cuello uterino, indicándosele antibioticoterapia y ecografía ginecológica transvaginal para evaluar imagen.

Esbozó que al 18/05/09, estando aún pendiente la realización de la ecografía, los síntomas habían cedido un poco y se ajustó el antibiótico al antibiograma del urocultivo, agregando que “creció un stafilococo aureus resistente a ciprofloxacina”. Por último, sobre este aspecto de la contestación, indicó que la paciente informó haberse operado en otra institución donde le habrían encontrado un oblito quirúrgico.

En el punto “1.IV.” el codemandado se explayó acerca de las consideraciones médico legales del caso. Señaló que no se encuentra en discusión que a la Sra. A. se le realizó una cesárea con fecha 14/09/08 en el hospital “Ramos Mejía”, pero hizo notar que conforme surge de las distintas contestaciones obrantes en autos, según los cirujanos, jamás se les hizo saber la existencia de algún faltante en el conteo de gasas, mientras que, según la instrumentadora y la enfermera circulante -“a cargo del conteo”- esta circunstancia fue informada y registrada en el libro de quirófano.En razón de ese hecho, indicó que se solicitó la instrucción de un sumario administrativo el cual, según refirió, al momento de contestar la demanda se encuentra en etapa presumarial y lleva el número 1172436/12.

También cuestionó los daños reclamados tanto en su existencia como cuantía. Ofreció prueba, solicitó la designación del Servicio de Medicina Legal del Poder Judicial de la CABA, manifestó desinterés -en los términos del artículo 385 inciso 2o del CCAyT- en la prueba pericial contable y, finalmente, concluyó con el petitorio de rigor.

XVI. A fs. 343/365 vta., se presentó Seguros Médicos S.A. y contestó la citación en garantía realizada por A. F. expresando que era su asegurada a través de la póliza no 800.175, con vigencia entre las 12:00 horas del 01/09/08 hasta las 12:00 horas del 01/10/08, siendo renovable en forma automática -de acuerdo a la documentación acompañada- hasta el 01/03/09 (cfr. fs. 343), con un monto asegurado de $150.000 y una franquicia de $15.000.

Contestó citación y adhirió a la contestación de demanda realizada por F. Ofreció como prueba el contrato de seguro de responsabilidad civil y el certificado individual de cobertura. Adhirió a la prueba ofrecida por su asegurada, manifestó desinterés -conforme los términos del artículo 385 inciso 2o del CCAyT- en la prueba pericial psicológica-psiquiátrica ofrecida por la actora, fundó en derecho y, finalmente, concluyó con el petitorio de rigor.

XVII. A fs. 384/387 vta., obra constancia escrita del registro de la audiencia prevista en artículo 288 del CCAyT.

XVIII. A fs. 389/395 vta., se remitieron al juzgado copias certificadas del expediente administrativo no 1172436/12, en 204 fojas, siendo reservadas en Secretaría (cfr. fs. 396).

XIX. A fs. 405/406 vta., obra el acta por la cual en fecha 05/12/14 declaró como testigo M. E. C., manteniéndose la totalidad del contenido del acto mediante registro audiovisual y soporte digital.Asimismo, en la misma fecha, declaró como testigo la litisconsorte S. E. L. G., manteniéndose -también- la totalidad del contenido del acto mediante registro audiovisual y soporte óptico. Además, en ese acto se desistió de la declaración de la testigo M. D. C. S. También allí se citó a las partes para una audiencia a fin de dar explicaciones sobre el objeto del proceso, con excepción de la Sra. A. debido a que su declaración no aportaría elementos técnicos que pudieran contribuir a la cuestión. Luego se ordenó la reserva del correspondiente registro audiovisual de la citada audiencia testimonial (cfr. fs. 415).

XX. A fs. 420 luce el acta dejando constancia de la comparecencia de las partes, en fecha 15/12/14, a la audiencia fijada a fs. 406, obrando la totalidad del contenido del acto en registro audiovisual y soporte óptico. Posteriormente se ordenó la reserva del correspondiente registro audiovisual de la mencionada audiencia (cfr. fs. 429).

XXI. A fs. 430/432 el GCBA acompañó, en copia, foja de libro de quirófano de obstetricia correspondiente a la actora; documentación perteneciente al hospital “Ramos Mejía”.

XXII. A fs. 452/470 vta., contestó oficio sanatorio “Gu¨emes”, enviando copia de la historia clínica de internación de la paciente A. de fecha 20/05/09.

XXIII. A fs. 478/481 la perito psicóloga presentó su informe y otro tanto hizo el perito médico a fs. 493/501 vta.

XXIV. A fs. 510/628 vta., el GCBA presentó copia de la historia clínica de la Sra. A. en el hospital “Ramos Mejía”.

XXV. A fs. 631/631 vta., la codemandada F. solicitó explicaciones sobre la pericia médica y otro tanto hizo el codemandado R. a fs. 632/633. Luego las codemandadas G. y S. -en forma conjunta- impugnaron el dictamen médico forense (cfr. fs. 634/638 vta.). El Dr. E. M. -médico del Cuerpo Médico Forense de la CABA- respondió las impugnaciones realizadas al informe pericial oportunamente presentado (cfr. fs. 668/668 vta.).

XXVI. A fs.649/654 vta., el GCBA informó que el Dr. R. al 14/09/08 no poseía designación en el hospital “Ramos Mejía” (cf. fs. 653). Posteriormente, contestó oficio el GCBA remitiendo información de la cual surge (v. fs. 678) que el hospital “Ramos Mejía” informó que -de acuerdo con sus registros- el Dr. R. se desempeñó como rotante de Tocoginecología entre el 15/03/07 y el 31/05/10 (cfr. fs. 671/681 vta.).

XXVII. A fs. 685 la Sala II de la Cámara del fuero -en fecha 16/12/15- solicitó el expediente ad effectum videndi, siendo remitido a esa Sala en fecha 22/12/15 (cfr. fs. 687) y devuelto a este juzgado en fecha 16/03/16 (cfr. fs. 688 vta.).

XXVIII. A fs. 696 la parte actora desistió del pedido de informe dirigido al “Sanatorio de la Dulce Espera”.

XXIX. A fs. 697 se dispuso que las partes alegasen, siendo ejercido este derecho únicamente por la parte actora (cfr. fs. 749/758).

XXX. A fs. 741/744 la parte actora acompañó el pago de la tasa de justicia, la cual, posteriormente, se la tuvo por oblada (cfr. fs. 747).

XXXI. A fs. 763/765 produjo su dictamen el Misterio Público Fiscal. Seguidamente, se pasaron los autos a sentenci a (cfr. fs. 766).

Posteriormente, en uso de los poderes-deberes conferidos en los incisos 1o y 2o del artículo 29 del CCAyT, se dispuso como medida para mejor proveer que la Dirección de Sumario de Régimen General dependiente de la Procuración General de la CABA, remitiese al juzgado el original del expediente administrativo no 1172436/12 o, en su caso, copias certificadas de las actuaciones que se hubieran labrado con posterioridad a la obrante en el folio no 203 del expediente administrativo indicado (cfr. fs. 767/767 vta.). Asimismo, en el referido proveído se ordenó suspender el llamado de autos a resolver.

Luego, se ordenó librar nuevo oficio por Secretaría a la dependencia aludida precedentemente, a los mimos fines y efectos que el ordenado a fs. 767/767 vta. (cfr. fs.778). Se remitieron al juzgado copias certificadas del expediente administrativo no 1172436/12 -siendo reservadas en Secretaría (v. fs. 781/781 vta.)- y, asimismo, se informó que el Sr. C. A. D. no compareció a prestar declaración testimonial en el marco del sumario que se instruyó en el citado expediente administrativo (cfr. fs. 780/780 vta.). En atención a lo informado por el GCBA, respecto a la no comparecencia a declarar en sede administrativa por parte del Sr. C. A. D., se dispuso, por resolución fundada y en uso de los poderes-deberes conferidos en los incisos 1o y 2o del artículo 29 del CCAyT, citar al Sr. D. a prestar declaración testimonial (cfr. fs. 781/781 vta.).

El GCBA interpuso recurso de revocatoria con apelación contra la resolución obrante a fs. 778 (cfr. fs. 785/787 vta.), siendo rechazado -mediante resolución fundada- por inadmisible debido a la falta de interés en su desarrollo (cfr. fs. 788).

Se dejó constancia que la audiencia fijada para el 06/11/17 no se celebró debido a la incomparecencia del testigo D. (cfr. fs. 800/801 vta.). También allí (i) se fijó nueva audiencia, (ii) se ordenó citar al Sr. D. a prestar declaración testimonial, (iii) se hizo saber que los comparecientes quedaban notificados del presente proveído en ese acto y (iv) se dispuso librar cédula por Secretaría a los no comparecientes.

Ulteriormente, obra el acta escrita que da cuenta de la comparecencia y declaración del testigo C. A. D. el día 23 de noviembre del corriente año, manteniéndose la totalidad del contenido del acto mediante registro audiovisual y soporte digital (cfr. fs. 817/817 vta.). En el referido acto procesal, se consideró cumplida la medida para mejor proveer ordenada en autos a fs. 767/767 vta. y, asimismo, se ordenó que una vez que todas las partes se encuentren notificadas del contenido de la presente acta, se reanudase el llamado de autos a sentencia dispuesto a fs. 767/767 vta., lo que aconteció en fecha 28/11/17 (cfr. fs. 824).

CONSIDERANDO:

I.Ley aplicable.

En primer término, corresponde definir el ámbito temporal de vigencia de la ley aplicable al caso. En razón de que las cuestiones que se debaten en el presente expediente, es decir, los supuestos hechos jurídicos constitutivos, modificativos y extintivos que sustentan la pretensión y la oposición responden, según el propio relato de ambos frentes, a situaciones jurídicas consolidadas con anterioridad al 1o de agosto de 2015 -fecha de entrada en vigencia del Código Civil y Comercial de la Nación (cfr. art. 1, ley no 27077)- los presupuestos de la responsabilidad se analizarán según las normas jurídicas vigentes al 31 de julio de 2015 (cfr. art. 7, CCyC).

II. Composición de los frentes.

El frente actor está compuesto por V. C. A. El frente demandado se desglosa en: (i) demandados originarios, y se halla integrado por el GCBA y por A. S. F.; (ii) las personas citadas como terceros litisconsorciales por el GCBA, es decir, R. M. R., M. D. C. S. y S. G.; por último, (iii) se integró al frente demandado, en su carácter de citada en garantía por los asegurados R. y F., Seguros Médicos S.A.

III. Hechos probados.

Las historias clínicas de la actora del hospital “Ramos Mejía” (v. fs. 510/628 vta.) y del sanatorio “Gu¨emes” (v. fs. 452/470), como así también las declaraciones del frente pasivo en las audiencias del 05/12/14 y del 15/12/14, confirman los dos sucesos médicos más importantes de la causa. Así, surge que la actora fue intervenida quirúrgicamente el 14/09/08 para realizarle una cesárea en el hospital “Ramos Mejía”. En dicha intervención, F. participó como médica tocoginecóloga de planta y otro tanto hizo R. como médico residente. En el caso de las codemandadas G. y S., en base al (i) parte quirúrgico obrante a fs. 431, (ii) las declaraciones de G. y S. en el sumario administrativo, (iii) las contestaciones de demanda de F., G.y S., (iv) las declaración como testigo de M. C. y G., y (v) lo expresado por las partes en la audiencia del día 15/12/14, tengo para mí que en la mencionada operación quirúrgica S. se desempeñó como instrumentadora quirúrgica o aséptica y G. como instrumentadora circulante.

Asimismo, de la historia clínica de la actora labrada en el sanatorio “Gu¨emes”, surge que la Sra. A. -una vez concluidos los procedimientos previos de diagnóstico- debió ser intervenida quirúrgicamente el 28/05/09. En la referida intervención, luego de constatarse una “salida parcial de cuerpo extraño (gasa) por útero” (v. fs. 453), que por el gran tamaño de ese cuerpo no pudo extraerse, se decidió el procedimiento de extracción del oblito por vía abierta.

IV. Daño.

No hay responsabilidad civil sin daño causado (art. 1067 del Cód. Civil). En tal sentido el daño constituye uno de los presupuestos de hecho en los que la parte actora fundó su pretensión y, por lo tanto, su carga probatoria, entre otras, consistía en

demostrar la existencia de tal elemento (art. 301, CCAyT). Dicho de otro modo, el daño es un elemento inherente de la causa fuente de obligación reclamada (cfr. art. 499, Cód. Civil) y aspecto basal que sustenta la pretensión deducida. De tal manera que existen razones metodológicas para analizar ante todo si se han acreditado, con sustento en la relación jurídica base que unió a las partes, la existencia de daños.

V. Daños no probados.

La pericia médica (v. fs. 492/501 vta.) y la pericia psicológica (v. fs. 478/481) descartaron la existencia de incapacidad física y daño psíquico. Las impugnaciones a la pericia médica por parte de F. y R. -las cuales son, en lo sustancial similares, aunque R.realiza aclaraciones sobre cuál era su rol en el marco del equipo médico- carecen de espesor critico pues se demoran en discutir cuestiones fraseológicas que no inciden en las conclusiones de la pericia (v. fs. 631/631 vta. y fs. 632/633). No ocurre lo mismo con la realizada por G. y S. (v. fs. 634/638 vta.), quienes correctamente señalan la extralimitación de la pericia en cuanto se extiende en cuestiones de derecho ajenas al campo del experto, quien advierte opiniones sobre la prueba documental o sobre cómo debería ser la legislación o reglamentación para las prácticas quirúrgicas y los conteos de gasas, etc.

Ahora bien, a pesar de que esos señalamientos son correctos y el suscripto comparte que la pericia es en ese campo desprolija y fuera de su rango, esas circunstancias no conmueven el dato central y eje de la pericia: la ausencia de lesión o incapacidad física. De allí que tomaré en cuenta exclusivamente ese dato como elemento de evidencia.

VI. Daño probado. El daño moral.

El daño moral debe tenerse por configurado por la sola producción del episodio dañoso, ya que se presume -por la índole de la agresión padecida por el abandono de un elemento extraño en el interior del cuerpo- la inevitable lesión de los sentimientos de la demandante. Está debidamente acreditado con las historias clínicas y por las diferentes consultas y tratamientos médicos que debió realizar la actora luego de su cesárea, y que culminaron con la intervención quirúrgica extractiva del oblito el 28/05/09 en el sanatorio “Gu¨emes”, que la Sra. A.sufrió como consecuencia del cuerpo extraño que fue dejado durante la intervención en el hospital “Ramos Mejía”, una serie de aflicciones y padecimientos que aunque no le provocaron un trauma permanente en su psiquis, sí indudablemente la afectaron emotivamente y le generaron una comprensible angustia e intranquilidad.

Sobre el daño moral, resulta oportuno decir que esta clase de daños comprende el menoscabo o lesión a intereses no patrimoniales provocado por el hecho o acto antijurídico (conf. Zannoni, Eduardo, “El daño en la responsabilidad civil”. 3a ed., p. 149. Ed. Astrea. Buenos Aires, 2005) y resulta resarcible en atención a lo establecido en el artículo 1078 del Código Civil. Aun cuando el dolor no puede medirse o tasarse, ello no impide justipreciar -dentro de lo humanamente posible- las angustias, inquietudes, miedos, padecimientos y tristeza propios de la situación vivida por la Sra. A.

VII. Ahora bien, corroborada la existencia de daño, se impone determinar la concurrencia de los demás elementos de la responsabilidad estatal, esto son, el nexo causal, la antijuridicidad y el factor de atribución.

VIII. Diferentes planos de responsabilidad.

En razón de los distintos sujetos que integran el frente demandado, calidad de éstos y circunstancias del desarrollo de la relación jurídica base, existen diferentes factores de atribución de responsabilidad derivados: uno, la llamada falta de servicio, subespecie de la responsabilidad objetiva y, otros, basados en la responsabilidad subjetiva con sustento en un posible obrar negligente de los profesionales de la salud aquí demandados y citados como terceros.

Corresponde establecer en este punto sí existe un nexo jurídico relevante entre el daño moral sufrido la actora y algún factor de atribución respecto del frente demandado (falta de servicio y culpa). Para abordar este aspecto de la controversia es preciso establecer cómo se produjo el daño.

IX. Responsabilidad del GCBA.

IX. 1. El hospital “Ramos Mejía” es un organismo desconcentrado de la administración, sin personería propia.El actuar dañoso de esa área administrativa vinculada con la prestación de la atención de la salud pública debe ser imputado directamente al GCBA. El daño moral constatado esta causalmente conectado con una falta de servicio imputable al Estado. En efecto, es ostensible y no requiere demasiado esfuerzo intelectual apreciar que en el caso de la cesárea que se le practicó a la Sra. A., el acto médico no siguió el curso normal y habitual sino que generó un daño ajeno a toda cuestión fortuita o azarosa. Un bodoque de gasa dejado dentro del útero de la actora habla por sí mismo y con mayor énfasis que cientos de páginas de doctrina y jurisprudencia. Extenderse demasiado en este punto sería menospreciar el sentido común.

IX. 2. El Estado, garante de la efectividad del derecho a la salud de la actora, incumplió mandatos convencionales y constitucionales expresos a través de una omisión a deberes de cuidado básicos que se hallan conectados con un resultado externo, aquí denominado daño moral. Para no abrumar con las citas de normas,

mencionaré solamente los artículos 20 y 22 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires.

En particular se advierte la ausencia de un protocolo específico para proceder al conteo del material de uso en quirófano (v.gr.: gasas, compresas), la ausencia de material radiopaco, pintado del campo estéril, procedimiento por recuento discrepante, anotación de medidas de búsqueda y reglas claras para la confección del libro de quirófano. Esos procedimientos estuvieron librados a la práctica y la costumbre y no a aspectos deónticos expresos que los regulasen, así surge de las declaraciones de los codemandados en las audiencias realizadas en autos y de lo expuesto por el Dr. D. en el sumario administrativo (v. fs. 173/173 vta. del expediente administrativo no 1172436/12, reservado en Secretaría cfr. fs. 396). Por ejemplo, F. en la audiencia del 15/12/14 (v. 19 min. 10 s. aprox.del registro audiovisual) indicó que a raíz de los problemas con el libro de quirófano -motivados por este juicio- se cambió el procedimiento en el hospital, pero es claro que ese cambio es producto de una directiva verbal y no de reglamentaciones específicas.

IX. 3. De lo expuesto en el punto precedente, surgen omisiones del Estado en adoptar medidas específicas para el conteo de gasas, con protocolos sobre el particular.1 La omisión señalada resulta antijurídica porque incumple mandatos específicos vinculados con la prevención de daños a la salud, obligación convencional, constitucional y legal inclaudicable del Estado. No es suficiente que se realice “el recuento de gasas” -de haber ocurrido-, porque de la evidencia adquirida tengo para mí que, sí el recuento lo fue en la versión de los médicos, o si lo fue en la versión de la instrumentadora quirúrgica y la circulante, en cualquier caso, se realizó de manera superficial, mal documentado y demostrando una cultura organizacional desprolija y sin una efectiva, eficiente y eficaz comunicación entre el equipo médico y donde advierto incoordinación, ya que los médicos y las instrumentadoras demandadas no se ponen ni siquiera de acuerdo en saber si estaban o no estaban todos presentes hasta terminar el acto. Asimismo, las numerosas respuestas de los demandados vinculadas con la confección y firma del parte quirúrgico2 señalan un laxo costumbrismo antes que un rigor profesional en la prestación de un servicio esencial por agentes del Estado (cfr. art. 22, CCABA).

IX. 4. La ausencia de normas claras y concisas sobre la materia (protocolo de conteo de material descartable) y de aplicación en los centros de salud pública, es decir, la falta de un estándar deóntico plasmado a través de un acto administrativo de alcance general y obligatorio, es una omisión antijurídica.Por ejemplo, al momento de la intervención quirúrgica realizada a la actora en el hospital “Ramos Mejía” no estaba plasmado reglamentariamente qué se debe contar, quién o quienes deben hacerlo, cuándo y cómo. No existía una forma clara de documentar el conteo ni -sobre todo- qué conducta seguir en caso de recuentos discrepantes. Es obvio que este aspecto no sólo abarca a la política hospitalaria en general sino a médicos, enfermeros, instrumentadores y, hasta el personal administrativo encargado del mantenimiento del instrumental e insumos quirúrgicos y de su adquisición. La necesidad de tal marco regulatorio está impuesto por la ley no 153 la que, al establecer las funciones de la autoridad de aplicación en cabeza del nivel jerárquico superior del Gobierno (cfr. art. 8), define entre las funciones de la autoridad de aplicación: la capacitación del personal de la salud, el control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud y la evaluación en la calidad de atención, la regulación y control de la tecnología sanitaria y la regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud (cfr. art. 12). En especial, en lo que aquí interesa, la autoridad de aplicación tiene por función conducir, controlar y regular el sistema de salud e impulsar la jerarquización de los programas y acciones de promoción y prevención en los sectores vinculados con prestaciones relativas a la salud [cfr. inc. b) art. 12].

IX. 5. De lo argumentado, se vislumbra la ausencia de un responsable institucional que, ante un recuento discrepante o incorrecto de gasas, realice un seguimiento del paciente después de la intervención.Asumiendo que el dato del conteo incorrecto que obra en el parte quirúrgico no fue asentado después de la operación de cesárea, aspecto poco claro, lo cierto es que en orden a la responsabilidad del Estado, ese asiento no generó ninguna actividad estatal (por ejemplo, reflejar ese dato en la historia clínica o realizar un chequeo periódico a la actora) destinada a analizar la situación y a realizar un seguimiento del caso, conducta omisiva claramente antijurídica por vulnerar obligaciones convencionales y constitucionales de garantía efectiva del derecho a la salud de la Sra. A.

El Estado tiene una obligación de prestar un servicio, garantizando prestaciones vinculadas con el derecho a la salud en condiciones adecuadas; tiene el deber de que esa garantía resulte efectiva y es responsable de los perjuicios que causare su incumplimiento o su ejecución irregular (cfr. CSJN, considerando no 14, Fallos, 329:2688 ).

IX. 6. Es conveniente recordar que la falta de servicio, según la doctrina de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, se refiere a una responsabilidad de tipo objetiva y directa, no subsumible en la responsabilidad indirecta que fluye del artículo 1113 del Código Civil, toda vez que la actividad o inactividad de los órganos o funcionarios del Estado realizada para el desenvolvimiento de sus fines, debe ser considerada propia de éste, por lo que debe responder de modo principal y directo (cfr. artículo 1112, Cód. Civil y CSJN in re “Vadell, Jorge Fernando c/ Provincia de Buenos Aires”

Tal criterio ratificado y precisado en Fallos 321:1124 ; 325:1279; 330:563 , entre muchos, constituyen una doctrina coherente y racional para abordar la responsabilidad del Estado.

IX. 7. La responsabilidad del Estado por su actividad ilícita exige, en principio, la reunión de los siguientes requisitos: a) el Estado debe incurrir en una falta de servicio (art. 1112, Cód.Civil); b) la actora debe haber sufrido un daño cierto, y c) debe existir una relación de causalidad directa entre la conducta estatal impugnada y el daño cuya reparación se persigue (CSJN, “Ramos, Graciela Petrona c. Córdoba, Provincia de s. daños y perjuicios” , Fallos 328:2546 ).

La falta de adopción de medidas concretas y positivas de control y cuidado para el conteo de gasas, su deficiente documentación y el incorrecto análisis y seguimiento del caso, configuran una inobservancia en la regular prestación de un servicio esencial a cargo del Estado. Como ya dije, la relación causal entre el daño moral y la conducta antijurídica del Estado es patente, y no existen elementos probatorios que demuestren que el curso causal fue interrumpido por fuerza mayor, por culpa de la víctima o por un tercero respecto del cual el Estado no deba responder.

X. Responsabilidad de los profesionales demandados, terceros citados y citada en garantía.

X. 1. La complejidad de vínculos y circunstancias que aglutinan a la codemandada A. S. F. con los citados como terceros R. M. R., M. D. C. S. y S. G. y, por fin, con la citada en garantía Seguros Médicos S.A, requiere ciertas precisiones.

Desde el punto de vista de la relación jurídica base, todos los sujetos se encuentran ligados con la actora desde el campo obligacional, sea por obligaciones concurrentes o solidarias, según el caso. F., S., G. y R. pueden ser pretendidos en razón de que podrían tener una obligación solidaria (como equipo médico) respecto de A. en virtud de una causa única: su actuación como equipo médico durante el acto quirúrgico de la cesárea. En cuanto a la citada en garantía, su obligación es de carácter concurrente con la de R.y F.

Desde el marco de la relación jurídica procesal todo citado como tercero o en garantía resulta parte, están legitimados para obrar en su faz pasiva y esta sentencia los afecta como a los litigantes principales (cfr. art. 90, CCAyT). En cuanto a la citada en garantía, ella resulta alcanzada por esta sentencia de acuerdo con el artículo 90 del CCAyT y según las prescripciones de la ley no 17418.

X. 2. ¿Cuál fue la actuación de los profesionales médicos demandados?, ¿son ellos susceptibles de algún tipo de responsabilidad por negligencia en relación a la forma en que obraron en el quirófano durante la operación que se realizó a la Sra. A.?, ¿resultó correcta la actuación de las instrumentadoras G. y S. en el quirófano y luego de finalizado el acto médico? Para responder estos interrogantes, debemos partir de una evidencia incontrastable: a la actora se le dejó adentro de su humanidad un bodoque de gasa que puso en peligro su salud, su vida y le causó aflicciones jurídicamente relevantes. El problema a partir de este punto es definir si es posible adjudicar a alguno o a todos los demandados físicos algún tipo de responsabilidad. Para definir esto examinaré la prueba de testigos y los debates que en audiencia tuvieron lugar entre los integrantes del frente demandado.

XI. Declaración de la testigo M. C.

La testigo es instrumentadora quirúrgica y al momento de su declaración se encuentra jubilada. Fue ofrecida por el frente demandado integrado por G. y S. Se le exhibió a la testigo la documentación obrante en el expediente a fojas 179/181 (v. 04 min. 30 s. aprox.del registro audiovisual). La testigo reconoció su firma en la referida documentación y detalló que la misma se compone de (i) la nota en donde ella solicitó que se realice el correspondiente descargo, una vez informada del “problema”; (ii) el descargo que realizó la instrumentadora circulante y (iii) la fotocopia del libro de cirugía donde consta la intervención quirúrgica y el recuento de gasas.

Expresó que no se encontraba en el hospital al momento del acto quirúrgico en cuestión (v. 06 min. aprox. del registro audiovisual), el cual, según postuló, aconteció un domingo por la mañana. Indicó que al momento de la intervención realizada a la actora, se encontraba a cargo del “área Quirúrgica del Centro Obstétrico” del hospital “Ramos Mejía” (v. 06 min. 25 s. aprox. del registro audiovisual). Precisó que supervisaba la tarea de las instrumentadoras y realizaba la distribución de las guardias, quedando “siempre dos instrumentadoras quirúrgicas por día de guardia de 24 horas” (v. 06 min. 40 s. aprox. del registro audiovisual). Describió el protocolo que siguen las instrumentadoras quirúrgicas en una cesárea, detallando que en dicho acto quirúrgico debe haber dos (2) instrumentadoras, una instrumentadora aséptica “que es la que está en la mesa atendiendo directamente al cirujano” y una instrumentadora circulante “que es la que se ocupa de todo el movimiento y el manejo externo (.) a la mesa de operaciones” (v. 07 min. 15 s. aprox. del registro audiovisual).

Preguntada sobre la contabilidad y registro del material e instrumental que ingresa y egresa de la mesa durante una intervención quirúrgica, la testigo expresó que dicha labor lo realizan en forma conjunta la instrumentadora aséptica y la instrumentadora circulante (v. 07 min. 38 s. aprox. del registro audiovisual).

Detalló que la instrumentadora circulante le entrega a la instrumentadora aséptica el material e instrumental a utilizar durante el acto quirúrgico y ésta última lo cuenta en número y le dice la cifra resultante a la instrumentadora circulante, quien lo anota.Refirió que en el momento del cierre “cuando se dice que se va a cerrar cavidad, se hace el recuento de todo lo que se fue entregando y entre lo que está en la mesa y lo que está afuera que se ha ido desechando, tiene que dar la cantidad que había sido entregada en un principio” (v. 08 min. 15 s. aprox. del registro audiovisual). Seguidamente refirió que el procedimiento descripto anteriormente es un protocolo establecido “desde hace tiempo” en el hospital “Ramos Mejía”.

Preguntada sobre quién debe dar la novedad ante el faltante de material quirúrgico, la testigo respondió que es una responsabilidad conjunta entre la instrumentadora aséptica y la instrumentadora circulante, pero aclaró que la que “dice” es la circulante porque es quien termina de realizar el conteo final (v. 08 min. 42 s. aprox. del registro audiovisual).

Señaló que la instrumentadora aséptica “dice -en el caso específico de las gasas- las gasas que ella tiene en la mesa, más todas las gasas que han sido desechadas -que en ese momento las cuenta la circulante-, la sumatoria de esas tiene que dar el total; en caso de que ese total no dé, la instrumentadora circulante en ese momento lo avisa de viva voz, se revisa normalmente la cavidad o se busca la gasa y se anota en el libro de cirugía” (v. 09 min. aprox. del registro audiovisual). Detalló que el mencionado aviso se le realiza al cirujano. Precisó que durante la intervención quirúrgica el libro de cirugía en el cual se registran las novedades se encuentra a cargo de las instrumentadoras, porque son quienes lo completan y una vez finalizada la cirugía el cirujano y el anestesista deben firmar de conformidad lo que se encuentra escrito (v. 09 min. 45 s. aprox. del registro audiovisual). Me permito destacar que un aspecto controversial de la causa es la firma de los profesionales médicos R. y F. (y la firma del anestesista, Dr.D.) que se hallan en tal documento por encima de la leyenda donde se informa sobre el conteo incorrecto de gasas.

XII. Declaración de la litisconsorte S. G. como testigo.

Antes de proceder a la declaración como testigo de la Sra. G., el suscripto estableció las condiciones y modalidad en que se realizaría la adquisición de su testimonio. (v. 13 min. 08 s. aprox. del registro audiovisual).

Preguntada sobre su proceder como instrumentista en el acto quirúrgico que constituye el eje central de análisis en este proceso, expresó que “una vez que se empieza a cerrar la cavidad [abdominal] de la paciente, se realiza el recuento de gasas, lo cuenta la instrumentadora [sic] y la instrumentadora circulante” (v. 17 min. 10 s. aprox. del registro audiovisual). Afirmó que ella fue la instrumentadora circulante en la intervención quirúrgica en cuestión y que “una vez que hacemos el conteo y es incorrecto, pasamos a decírselo al cirujano, éste revisa la cavidad de la paciente y nos informa que no encuentra ninguna gasa, yo anotó que se revisa la cavidad y no se encuentra la gasa” (v. 17 min. 40 s. aprox. del registro audiovisual).

Indicó que informó “a viva voz” y, en concreto, al cirujano la novedad de que faltaba una gasa (v. 18 min. 10 s. aprox. del registro audiovisual). Precisó que la cavidad fue revisada por el Dr. R. (v. 18 min. 42 s. aprox. del registro audiovisual). Preguntada sobre quienes fueron las personas que se encontraban en el quirófano al comienzo y al final de la cesárea, mencionó a (i) la instrumentadora S., la Dra. F. (médica de planta), el Dr. R., el Dr. D. (anestesiólogo) y el neonatólogo (v. 18 min. 50 s. aprox. del registro audiovisual). Posteriormente, se le pregunta a la testigo sí todas las personas mencionadas anteriormente habían permanecido en el quirófano hasta el final de la intervención quirúrgica, respondiendo en forma afirmativa con excepción del neonatólogo quien, según alegó, se retiró cuando nació el bebé. (v. 19 min. 40 s. aprox.del registro audiovisual).

Señaló que el Dr. R. se desempeñaba como médico residente, siendo segundo ayudante de la Dra. F. Manifestó que los trabajos de cirugía eran realizados por la Dra. F. y el Dr. R. y señaló, nuevamente, que en la cesárea fue el Dr. R. quien revisó la cavidad (v. 19 min. 20 s. aprox. del registro audiovisual).

XIII. Audiencia de pedido de explicaciones a las partes del 15/12/14.

La Dra. F. expresó que durante la cesárea que se le realizó a la actora estuvieron presentes todas las personas físicas que integran el frente pasivo, junto con un anestesiólogo y un neonatólogo (v. 02 min. 38 s. aprox. del registro audiovisual). La litisconsorte G. manifestó que una vez realizado el recuento de gasas, fue ella la que informó “de viva voz” que faltaba una gasa “grande” (v. 03 min. aprox. del registro audiovisual). Puntualizó que le “avisó” al Dr. R. quien, según aclaró, “en ese momento estaba cerrando la cavidad”.

El Dr. R. sostuvo que se remitía a la historia clínica de la actora y puso en duda que la litisconsorte G. recuerde después de “tantos años” que había existido un faltante de gasa (v. 03 min. 15 s. aprox. del registro audiovisual). Remarcó que no recuerda el hecho en sí, ni la cara de la paciente. Esbozó que luego de tomar conocimiento que existía una acción en su contra, solicitó la historia clínica de la actora a fin de “enterarse” como había sido la cirugía en cuestión. Precisó que en el parte quirúrgico no figura “de que la instrumentadora, ni la Dra. A. F. ni yo estuviésemos al tanto de que faltaba una gasa” (v. 04 min. 12 s. aprox.del registro audiovisual).

Manifestó que una gasa es un oblito que “se puede mezclar entre la sangre y a veces no poder verse fácilmente”. Aclaró que si el cirujano es informado de que existe un faltante de una gasa, no cierra cavidad, sino que (i) se procede a buscarla, (ii) se le informa a la paciente de lo sucedido, (iii) se anota en la historia clínica, (iv) se informa al “Servicio” y (v) se solicitan los estudios complementarios en busca del cuerpo extraño (v. 04 min. 47 s. aprox. del registro audiovisual). Remarcó que no se encuentra escrito en la historia clínica que se haya informado el faltante de una gasa.

La Dra. F. manifestó que conocía a la paciente, siendo “en ese momento” la médica interna de los días sábados (v. 07 min. 05 s. aprox. del registro audiovisual). Postuló que la actora ingresó en la madrugada del día domingo y que tenía conocimiento de las condiciones médicas en las que ingresó la paciente. Puntualizó que permaneció en el hospital para operar a la Sra. A. y que en ningún momento se le informó de un recuento incorrecto de gasas. Expresó que firmó “el libro” y no observó ninguna leyenda y de haber tenido conocimiento del faltante hubiese solicitado una tomografía (v. 08 min. 14 s. aprox. del registro audiovisual). Manifestó que “dejó su guardia” el domingo a las 10:30 de la mañana y la paciente quedó a cargo del Servicio de Obstetricia.

Indicó que “a la semana siguiente” la paciente fue internada en el hospital por una infección en la herida quirúrgica y se le realizaron las curaciones pertinentes, quedando en manos del Servicio de Obstetricia y sin solicitarse ningún estudio complementario por no haber elementos que hicieran suponer la presencia de un oblito. Indicó que en el año 2009 tomó conocimiento -por me dio de un colega médico- que la actora había sido operada en el sanatorio “Gu¨emes” (v. 09 min. 45 s. aprox.del registro audiovisual). Señaló que acudió al Hospital “Ramos Mejía” y le informó de lo acontecido a la Dra. M. C. quien, según afirmó, era la Jefa de Instrumentadoras del Sector de Maternidad; asimismo, refirió que le solicitó el libro de quirófano de la actora a fin de saber quién había instrumentado la cesárea. Agregó que “más o menos a la semana” la Dra. C. le entregó el referido libro y puntualizó que al observar la leyenda “recuento incorrecto de gasas” le dijo a la Dra. C. que la mencionada leyenda “no estaba” porque si no “ella se acordaría” (v. 10 min. 35 s. aprox. del registro audiovisual).

Manifestó que se comunicó con el Servicio de Inmunocomprometido que se encontraba tratando a la actora con sintomatología de origen urinario y le informaron que no pudieron advertir que la imagen que se visualizaba en la ecografía realizada a la paciente se trataba de una gasa debido a que no estaban advertidos que en la cesárea había habido un recuento incorrecto de gasas (v. 10 min. 52 s. aprox. del registro audiovisual).

Refirió que observó el contenido de lo que firmó y se presentó ante el Jefe de Servicio “con el libro” y le avisó al Dr. H. quien, según indicó, era el médico encargado del sector de pacientes inmunocomprometidos, refiriéndole que el libro estaba “mal” porque “yo firmé y todo lo que está abajo lo pueden haber agregado el mismo día, después de que yo salí del quirófano” (v. 12 min. 10 s. aprox. del registro audiovisual). Expresó que el libro de quirófano está a cargo de la “Jefa de Quirófano de la Jefa de Instrumentadoras” y que al momento de la cesárea la referida Jefa era M. C. (v. 12 min. 55 s. aprox. del registro audiovisual).

El Dr. R.manifestó -en forma retórica- que si tal como refirió la litisconsorte G., ella avisó a viva voz que faltaba una gasa y se revisó cavidad, por qué tal circunstancia no fue anotada en la historia clínica de la paciente (v. 13 min. 38 s. aprox. del registro audiovisual). R. destacó que no se buscó la gasa porque “no sabíamos que potencialmente existía la posibilidad de una gasa faltante” y que de haberlo sabido él o la Dra. F., lo hubiesen anotado en el parte quirúrgico.

La litisconsorte S. manifestó que no recuerda lo acontecido durante la cesárea, pero se acata a lo que “dice el libro [de quirófano]” (v. 15 min. 25 s. aprox. del registro audiovisual). Me permito anticipar que S. en su contestación de demanda dijo que G. informó a R. sobre un recuento incorrecto de gasas y que el citado profesional manifestó haber realizado una revisión de cavidad sin hallar nada fuera de su lugar, por lo que cerró la herida.

La Dra. F. reconoce su firma en el documento obrante a fs. 181 (v. 15 min. 35 s. aprox. del registro audiovisual). Indicó que ella firmó como responsable del acto quirúrgico porque “si bien el que operaba era el Dr. R., que era residente en ese momento, somos dos personas y yo soy la que tiene el título de tocoginecologa”. Remarcó que al momento de firmar el libro de quirófano la leyenda que luce en el apartado “Observaciones” no se encontraba (v. 17 min. 15 s. aprox. del registro audiovisual). Manifestó que “a partir de este hecho” se empezó a dejar constancia -en el libro de quirófano- del conteo correcto de gasas (v. 19 min. 10 s. aprox. del registro audiovisual).

La litisconsorte G. manifestó no recordar si la Dra. F. se encontraba en el quirófano al momento en que el Dr. R. cerró la cavidad (v. 20 min. 35 s. aprox.del registro audiovisual). Tal afirmación se contradice con su declaración como testigo, cuando en ese momento indicó que, salvo el neonátologo, el resto del personal médico (la dicente, S., F., R. y el anestesista D.) había permanecido en el quirófano hasta el final de la intervención quirúrgica.

La Dra. F. expresó que le “llamaba la atención” que no se le haya avisado al “Servicio” que había una paciente con un recuento incorrecto de gasas, incluso cuando la actora es internada nuevamente con una infección de la herida quirúrgica (v. 23 min. 55 s. aprox. del registro audiovisual). Indicó que la segunda internación de la actora se produjo una semana después de la cesárea, que ella la atendió y vio la historia clínica pero no el libro de quirófano; agregó que en la historia clínica no había referencia de un conteo incorrecto de gasas (v. 24 min. 40 s. aprox. del registro audiovisual).

El Dr. R. detalló la ubicación y distancia del equipo médico dentro de un quirófano y lo asombroso que le resulta el hecho de que si medio un aviso de ausencia de una gasa, la Dra. F. no lo haya escuchado (v. 24 min. 55 s. aprox. del registro audiovisual).

La litisconsorte G. vuelve a sugerir que la Dra. F. se retiró antes de que finalice la intervención quirúrgica (v. 25 min. 30 s. aprox. del registro audiovisual). Reitero que esta manifestación se contradice con la declaración, como testigo, de G.

La letrada de la parte actora intentó introducir un hecho que no fue alegado en la demanda, lo que fue aclarado en la audiencia (v. 25 min. 50 s. aprox. del registro audiovisual).

Preguntada la litisconsorte S. si escuchó que la litisconsorte G. dijo que faltaba una gasa, respondió que no recordaba el día de la cirugía (v. 31 min. 50 s. aprox. del registro audiovisual).

El letrado de la parte actora le solicitó a la litisconsorte G. que brinde detalles de la intervención quirúrgica (v.32 min. aprox. del registro audiovisual). G. manifestó que avisó que faltaba una gasa grande y afirmó no recordar haber visto a la Dra. F. en el quirófano al momento de cerrar la cavidad, remarcando que ella permaneció hasta el final del acto quirúrgico (v. 32 min. 25 s. aprox. del registro audiovisual). Preguntada la litisconsorte G. por el abogado que la patrocina sobre que “otra cosa” podía hacer frente a un conteo incorrecto de gasas aparte de avisar a viva voz dicha circunstancia y dejar constancia en el libro de quirófano, manifestó que “nada”, que ella como instrumentadora le da aviso al cirujano quien revisa la cavidad, ella deja constancia en el libro de quirófano del recuento incorrecto y “después se supone que el médico tiene que anotarlo en la historia clínica o hablarlo con la médica de planta o en algún lugar dejarlo registrado” (v. 33 min. 15 s. aprox. del registro audiovisual).

El Dr. R. implícitamente reconoció su firma en la hoja de quirófano y se preguntó retóricamente cómo pudo la Dra. F. firmar el parte quirúrgico si no se encontraba presente en el quirófano, a lo que la litisconsorte S. manifestó que “lo firmó antes” y G. expresó que “lo pudo haber firmado antes de irse o cuando llegó” (v. 34 min. 12 s. aprox. del registro audiovisual). La Dra. F. afirmó que el parte quirúrgico fue realizado después de la cirugía y está firmado por ella y agregó que resulta “imposible realizarlo durante la cirugía” (v. 34 min. 25 s. aprox. del registro audiovisual). En mi opinión resulta convincente esta manifestación toda vez que es difícil representarse que los cirujanos, además de estar involucrados con el acto médico y en condiciones de asepsia deban, simultáneamente, cumplir con las tareas administrativas inherentes a la operación quirúrgica. No imagino dejar un escalpelo para tomar una lapicera y luego retomar la operación.

El letrado de la parte actora le preguntó a la litisconsorte S.si recordaba quien había confeccionado el parte quirúrgico, respondiendo “no sabemos, un residente, pero no era la letra del Dr. R.” (v. 36 min. aprox. del registro audiovisual). El mencionado letrado le preguntó a S. cómo sabía que no era la letra del Dr. R., en ese instante S. le consultó a G. cómo se habían enterado ellas que no era su letra, a lo que G. respondió que “yo creo que lo comentaron cuando surgió después todo este caso que no estaba confeccionado por el Dr. [R.]” (v. 36 min. 20 s. aprox. del registro audiovisual).

El Dr. R. manifestó que el parte quirúrgico lo puede confeccionar “cualquier médico residente, la médica interna, el médico que operó con la médica interna” y refirió que dicho instrumento se encuentra firmado por él y por la Dra. F. (v. 36 min. 45 s. aprox. del registro audiovisual). Se le exhibió al Dr. R. la documentación obrante a fs. 316/316 vta. del expediente principal, sobre la cual expresó que no era su letra la correspondiente al contenido del documento pero reconoció que a fs. 316 vta. luce su firma y sello y la firma de la Dra. F. (v. 38 min. 40 s. aprox. del registro audiovisual). A solicitud del letrado de la parte actora, el Dr. R. procedió a leer el documento referido precedentemente donde consta que hubo revisión de “ambos espacios parietocólico y besico uterino anexo sin particularidad” (v. 39 min. 05 s. aprox. del registro audiovisual).

Seguidamente la litisconsorte G. expresó que “siempre las gasas quedan en besico uterino, la mayoría de las veces que falta una gasa, a veces se revisa y no se encuentra” (v. 40 min. 50 s. aprox. del registro audiovisual). La Dra. F. brindó aclaraciones relativas a la revisión de los espacios parietocólico y besico uterino.

XIV. Declaración del testigo C. A. D.

La declaración del médico anestesiólogo D., como surge del registro audiovisual, no ofrece elementos de convicción relevantes para dilucidar la cuestión de autos.

XV.Llegados a este punto, de acuerdo a la valoración que tengo por mi intervención en las diferentes audiencias realizadas, la conducta de las partes durante esos actos procesales y sus respuestas, las distintas versiones sobre el conteo de gasas y el controversial documento de fs. 431 (copia del folio no 165, correspondiente al libro de quirófano) donde se registró un conteo incorrecto de gasas y revisión de cavidad, debo realizar las siguientes reflexiones.

XVI. Hipótesis.

Cualesquiera que sean los supuestos que analicemos, tengo para mí que existe responsabilidad en la actuación de F., R., G. y S. En efecto, estableceré tres hipótesis posibles: a) Para el caso de que G. efectivamente haya avisado de viva voz que existía faltante de gasas, es decir, el conteo de gasas no cerraba, se abren varias sub- hipótesis. La primera (i) es que no se la haya escuchado, por lo que G. debió insistir en que se tomara conocimiento de esto y verificar fehacientemente que el aviso que se daba fuera tomado en cuenta. La segunda (ii) subhipótesis es que el aviso fue oído y no se hizo nada. En este caso, G. y S. como profesionales de la salud debían dar aviso fehaciente a su jefa (M. C.) o a las autoridades del hospital “Ramos Mejía”, para que institucionalmente se decidiera un curso de acción frente a la omisión de los médicos de revisar la cavidad ante el conteo incorrecto de gasas. En cualquier caso, G. y S.con sus conductas infringieron normas específicas que regulan su actividad.

En efecto, según el decreto no1148/GCBA/99 que aprueba las normas de organización y funciones del personal de instrumentación quirúrgica y centros obstétricos y que rige la actividad específica de los establecimientos hospitalarios dependientes del GCBA, define la instrumentación quirúrgica como aquella que “tiene como misión, asistir, controlar, supervisar y evaluar en lo que atae a su tarea específica, el proceso de atención del paciente desde su ingreso al área quirúrgica hasta su egreso de la sala de recuperación post-anestésica”. La norma establece que la instrumentadora quirúrgica asume una responsabilidad laboral de una manera ética y profesional, que integra activamente el equipo técnico-profesional que realiza su tarea en el centro quirúrgico.

Es decir, la instrumentadora quirúrgica no cumple una mera función de constatación pasiva, sino que tiene un rol clave en el quirófano tal como el artículo 4 del referido decreto detalla con relación al paciente y con relación al acto quirúrgico en sí mismo. Claramente, el inciso b) del artículo 4 del decreto en cuestión hace responsable a la instrumentadora quirúrgica del recuento del instrumental, agujas y gasas. Además establece su dependencia estructural y funcional de la autoridad máxima médico quirúrgica del establecimiento asistencial (inc. c, art. 4), es decir, que si bien durante el acto quirúrgico se encuentra subordinada a quien dirige la intervención, su responsabilidad no se agota en ese acto y debe dar cuenta de cualquier inconveniente a su jefe máximo. Además, la instrumentadora quirúrgica es quien organiza, controla, y lleva los registros de las actividades quirúrgicas diarias y novedades, para su correspondiente documentación (inc. c, art.4). Pero además, y he aquí lo relevante del tema, según la normativa antes citada, la instrumentadora quirúrgica tiene el deber de hacer “[d]enuncia por la vía Jerárquica de aquellos hechos de carácter defectuoso, accidentes de trabajo, enfermedades o cualquier otra circunstancia que pudiera aumentar el riesgo de los pacientes o comprometer la salud del personal del centro”. Las instrumentadoras G. y S., según consta en el expediente, no formularon ninguna denuncia a las autoridades sobre lo que, en sus confusas versiones, habría sido un conteo “incorrecto de gasas”; denuncia que de haberse realizado hubiera permitido a las autoridades realizar un seguimiento inmediato de la paciente para establecer la posibilidad de la existencia de un oblito. Se trata de una falta grave. G. y S. se desentendieron en forma absoluta de sus obligaciones. Sólo después de casi tres años y ante el requerimiento de su jefa (M. C.), G. informó la existencia de un recuento incorrecto de gasas (v. fs. 179/180). b) En cuanto a la situación de los médicos R. y F., puedo señalar que: i) Para el supuesto que no se les avisara del conteo incorrecto, igualmente son responsables porque el conteo es un protocolo médico de refuerzo de seguridad, pero no un mecanismo excusatorio de los deberes médicos de actuar con el mayor celo y cuidado respecto de la salud del paciente. La responsabilidad médica no se neutraliza por un problema de suma y resta, el médico cirujano debe examinar por sí mismo la cavidad en que se está operando a fin de constatar, con el debido detenimiento y riguroso escrutinio en qué condiciones se procede y cómo se realiza su cierre. Se trata de un procedimiento visual insustituible, primero porque se realiza por observación directa y, segundo, porque lo hace quien supuestamente se halla más calificado y, además, porque es quien tiene registro histórico (nemotécnico) de la secuencia seguida (apertura, examen, intervención y cierre). En tal caso, R.es responsable por no haber revisado en forma diligente y, F., por no haber supervisado en la misma forma la actividad del médico residente. La tarea de F. no era pasiva, era de control de quien se estaba formado como experto. ii) Para el supuesto de que se haya informado un faltante de gasas, la responsabilidad de los profesionales mencionados precedentemente tiene los mismos fundamentos que los expuestos en el punto i), solo que resulta más evidente por estar prevenidos de realizar un mayor esfuerzo de control. En cualquier caso, F. y R., en razón del carácter de coordinación vertical que se asume entre cirujanos e instrumentistas, tienen especiales deberes de vigilancia y control sobre todo el desarrollo del acto en razón de su especial formación. El reparto de roles dentro del equipo médico, no releva al jefe del equipo de su función de garante del adecuado funcionamiento del equipo y de que la división de roles sea en beneficio del paciente y no un peligro para el mismo (cfr., De La Fuente, Javier Esteba; Salduna, Mariana; “Tendencias actuales de la legislación y jurisprudencias argentinas sobre Derecho penal y médico”, en Romeo Casabona, Carlos María; “El médico y el Derecho penal”, T II, – Vol. 1., Ed. Rubinzal Culzoni, Santa Fe, 2011, p.530).

En esta línea de análisis resulta oportuno señalar que la Corte Suprema de Justicia ha entendido que “si bien el parte operatorio no describe si hubo o no recuento de gasas tal como se destaca en la pericial, la fuerza de los hechos demuestra que existió un descuido en el retiro de las gasas que es imputable al cirujano, quien es el encargado de remover los objetos que quedan dentro del cuerpo del paciente, respondiendo además como jefe del equipo por la conducta de los componentes de este, cuyas actividades debe orientar y coordinar” y que “la existencia de dependientes o auxiliares en el acto quirúrgico, no puede actuar como factor de dilución de la responsabilidad del cirujano frente a la víctima.” (CSJN, Fallos, 329:2688). Las consideraciones anteriores diluyen las apreciaciones del perito médico legista, Dr. M., cuando ingresó en un campo ajeno a su disciplina, al referirse a la falta de normas y al estado de la jurisprudencia en materia de responsabilidad.

XVII. Graves y notorias contradicciones que presenta la defensa de las codemandadas G. y S.

Se encuentra probado que en la operación quirúrgica realizada a la actora en fecha 14/09/08, las instrumentistas G. y S. desempeñaron una tarea coordinada y conjunta -entre ambas- en el manejo y conteo del material descartable. Por tal circunstancia, las omisiones a las previsiones del decreto no1148/GCBA/99 le son imputables a ambas.

Las diferentes alegaciones de G. y S. exhiben una notable inconsistencia, pues estas codemandadas ofrecen versiones incompatibles entre lo que han narrado en sede administrativa, en la contestación de demanda, en la declaración de testigo de G. y en las explicaciones que ésta y S. brindaron en la audiencia del día 15/12/14. Estas llamativas divergencias se extiende a la confección del parte quirúrgico (v. fs. 431) sobre el cual también corresponde realizar algunas consideraciones. Veamos qué elementos relevantes deben tomarse en cuenta para demostrar la endeblez de la posición defensiva de las instrumentadoras demandadas.

XVII. 1. Confección del parte quirúrgico.

a) S.expresó en fecha 29/05/14 en sede administrativa (v. fs. 188 del expediente administrativo no 1172436/12, reservado en Secretaría cfr. fs. 396) “que el libro de quirófano fue completado por la agente S. G. al momento de finalizarse la cirugía tal como es el procedimiento habitual” y aclaró que forma parte del procedimiento típico el hecho de que la circulante sea quien efectúa los asientos en el libro de quirófano, destacando que “es correcto que en el caso el Libro lo haya completado la agente G.”. Indicó que presenció el momento en que G. completó el libro de quirófano con las constancias que allí figuran, cuya copia le fue exhibida. La versión expresada por S. en el sumario administrativo, coincide con la que realizó al momento de contestar demanda (19/09/12).

Por su parte, G. en fecha 29/04/14, en sede administrativa, declaró que el parte quirúrgico de fs. 36 del citado expediente administrativo, que le fue exhibido, fue realizado íntegramente por ella “en el momento mismo del acto quirúrgico”. Agregó que “la circulante se hace cargo de los asientos en el libro ya que es la única persona que está fuera del acto quirúrgico (.) mientras se comienza la cirugía el circulante va completando el libro con los datos de la paciente, de los médicos y demás; por otra parte las observaciones las va volcando en el momento en que se van produciendo”. Cuando se le preguntó en qué momento asentó el conteo incorrecto de gasas, contestó “que apenas se detectó el faltante y se revisó la cavidad con resultado negativo, quien declara efectuó la anotación”. También señaló que los profesionales intervinientes firmaron el libro una vez efectuada la anotación acerca del faltante de la gasa. En la contestación de demanda presentada en fecha 31/08/12, G.refirió -en coincidencia con lo manifestado en sede administrativa- que las decisiones que se toman en una operación están a cargo de un médico cirujano, respecto de las cuales ella está en inferioridad jerárquica dentro del quirófano, por lo tanto no puede hacer nada más al respecto, salvo dejar asentado lo acontecido en el libro de quirófano de obstetricia. b) Ahora bien, en la audiencia en sede judicial, realizada en fecha 15/12/14, S. manifestó no recordar lo acontecido durante la cesárea, pero se acató a lo que “dice el libro [de quirófano]” (v. 15 min. 25 s. aprox. del registro audiovisual). Es llamativo que entre mayo y diciembre de 2014, a S. se le haya esfumado ese recuerdo. Sobre todo, cuando en la mencionada audiencia, el letrado de la parte actora le preguntó a la litisconsorte S. si recordaba quien había confeccionado el parte quirúrgico, respondiendo “no sabemos, un residente, pero no era la letra del Dr. R.” (v. 36 min. aprox. del registro audiovisual). Además, el mencionado letrado le preguntó a S. cómo sabía que no era la letra del Dr. R. y en ese instante, S. le consultó a G. cómo se habían enterado ellas que no era su letra, a lo que G. respondió que “yo creo que lo comentaron cuando surgió después todo este caso que no estaba confeccionado por el Dr. [R.]” (v. 36 min. 20 s. aprox. del registro audiovisual). Como se observa, se trata de una contradicción crucial y grave. Primero se sostiene que el parte quirúrgico fue confeccionado por G. y, luego, que no lo fue. Deseo detenerme y remarcar un punto sustantivo de la audiencia a partir del minuto 36, aproximadamente. En ese momento, cuando el Dr. O. R. á. por la parte actora le pregunta a S. acerca de quién confeccionó el parte quirúrgico, aquella que está sentada al lado de G., como ya señalé, expresó: “no sabemos, un residente, pero no era la letra del Dr.R.”. Pero lo interesante de ese momento, además de la declaración, es que G. gira la cabeza hacia S., la mira y consiente lo que ésta está diciendo. Y lo que está diciendo, está en franca contradicción con las declaraciones de ambas en sede administrativa y en sus correspondientes contestaciones de demanda. Se trata de una conducta procesal jurídicamente relevante y que me convence de que no es verdad que G. haya confeccionado el parte quirúrgico. Es más, en ese momento de la audiencia G. ratifica que el parte fue hecho por otra persona, pues luego de un silencio y de mirarse entre las instrumentistas (min. 36:23 exacto del registro audiovisual), agregó “Yo creo que lo comentaron cuando surgió después todo este caso que no estaba confeccionado por el Dr. [R.]” (v. 36 min. 20 s. aprox. del registro audiovisual). ¿Pero no era que lo había confeccionado la propia G.? La contradicción es manifiesta.

XVII. 2. El conteo de gasas.

S. refirió al declarar en fecha 29/05/14 en sede administrativa “que mientras se estaba en la cirugía y al momento de efectuar el recuento de gasas quien declara junto con G. constataron el faltante de una gasa grande, por ello y siguiendo el procedimiento que corresponde le dieron aviso al cirujano Dr. R., quien al momento hizo una revisión al campo quirúrgico pero no visualizó la gasa faltante”. En cuanto al procedimiento del conteo de gasas, señaló que se efectúa “antes de cerrar el peritoneo y del siguiente modo:la instrumentadora cuenta las gasas que quedaron sin uso en la mesa de quirófano mientras que la circulante hace el conteo de las gasas que fueron arrojadas al recipiente de residuos, luego de ello se verifica que la suma de ambos lugares coincida con la totalidad de gasas que había al momento del inicio de la intervención, las que figuran en una constancia informal que tiene la circulante”. En su contestación de demanda de fecha 19/09/12, señaló que quien informó que el recuento de gasas había sido incorrecto fue la instrumentadora circulante G. Sin embargo, en la audiencia del día 15 de diciembre de 2014 expresó, al ser preguntada si escuchó que la litisconsorte G. dijo que faltaba una gasa, que no recordaba el día de la cirugía (v. 31 min. 50 s. aprox. del registro audiovisual). Esto resulta inexplicable: S. en el mismo año, en sede administrativa pudo dar una narración pormenorizada del conteo de gasas, incluso hasta calificó como “grande” la gasa supuestamente faltante, mientras que unos meses después, en sede judicial, no recordaba nada.

Por su parte, G. declaró en el proceso como testigo y, también, brindó explicaciones como parte. Al declarar bajo juramento y preguntada sobre su proceder como instrumentista en el acto quirúrgico del día 14/09/08, expresó que “una vez que se empieza a cerrar la cavidad [abdominal] de la paciente, se realiza el recuento de gasas, lo cuenta la instrumentadora [sic] y la instrumentadora circulante” (v. 17 min. 10 s. aprox. del registro audiovisual). Afirmó que ella fue la instrumentadora circulante en la intervención quirúrgica en cuestión y que “una vez que hacemos el conteo y es incorrecto, pasamos a decírselo al cirujano, éste revisa la cavidad de la paciente y nos informa que no encuentra ninguna gasa, yo anotó que se revisa la cavidad y no se encuentra la gasa” (v. 17 min. 40 s. aprox. del registro audiovisual). Agregó que informó “a viva voz” y, en concreto, al cirujano la novedad de que faltaba una gasa (v. 18 min.10 s. aprox. del registro audiovisual). Precisó que la cavidad fue revisada por el Dr. R. (v. 18 min. 42 s. aprox. del registro audiovisual). Llama la atención, que siendo una tarea conjunta de gran responsabilidad, una de las instrumentistas -G.- recuerde haber realizado el conteo y dar la noticia a viva voz del faltante de una gasa, mientras que la instrumentadora “aséptica”, refiera recordar y dar detalles del caso, y luego -a los pocos meses- no recordar el evento.

XVII. 3. Tarea conjunta y coordinada.

Por último, cabe señalar que la tarea del conteo de gasas era conjunta, tal como ya lo indicó S. en sede administrativa y G. al declarar como testigo, y como fuera confirmado por la testigo C. en su declaración testimonial (v. considerando XI de la presente).

XVIII. Bajo el análisis precedente se logra establecer un campo de referencia plausible para formular imputaciones concretas, sin la necesidad de detenerse a valorar el documento de fs. 431, o al menos sin otorgarle una función dirimente, pues su valor convictivo se ha desdibujado en razón de que no existe certeza en fijar cuál fue el modo de confección y la línea temporal en que fueron realizada las atestaciones y dispuestas las firmas que constan en esa pieza instrumental. Nótese que F. y R. han reconocido sus firmas pero no reconocen como contemporáneo a ese acto la constancia de un conteo incorrecto. Por otro lado, el referido instrumento tiene un valor muy escaso pues la leyenda que consigna el conteo incorrecto de gasas obra por debajo de la firma de todos los intervinientes, con lo que resulta inadmisible conceder, sin más, que esa leyenda haya sido aceptada por una voluntad jurídica libre. En efecto, por principio, en su forma de manifestación la firma de un documento avala el contenido que la precede y no, a la inversa. Una interpretación contraria facilitaría todo tipo de desinteligencias y maniobras.Desde la suscripción de los contratos, la firma de los recibos, hasta los endosos -para dar algunos ejemplos- la manifestación de voluntad a través de la firma ológrafa se realiza al pie o final del documento. Por eso, la observación al pie del parte quirúrgico resulta ser una simple manifestación que no puede considerarse como parte esencial del instrumento y, por lo tanto, puede ser desvirtuada por simple prueba en contrario. En ese marco, el mencionado documento no tiene más que un valor insular e indiciario.

XIX. Establecida la infracción a deberes concretos de cuidado (antijuridicidad) por parte de R., F., S. y G., infracción causalmente conectada con un resultado externo, el oblito; corresponde imputar tal infracción a una conducta negligente (culpa) y atribuir el máximo de las consecuencias de la obligación reclamada por tal conducta (cfr. art. 902 del Cód. Civil).

En tanto Seguros Médicos S.A. ha reconocido la cobertura de seguro respecto a los codemandados R. y F., la citada en garantía resulta responsable según los límites establecidos en las pólizas correspondientes (v. fs. 271/285 y fs. 343/357).

XX. Daños y cuantificación.

XX. 1. Daño psicológico.

La pericia descartó la existencia de daño psicológico. De acuerdo con las conclusiones elaboradas por la perito psicóloga -Licenciada P. M.-, no se observaron en la actora al momento del examen la existencia de patologías reactivas de índole psíquica. El dictamen no fue objeto de observaciones y resulta fundado en elementos inherentes a la disciplina y consistente en sus datos y conclusiones. En consecuencia, habré de rechazar el reclamo por daño psíquico y los gastos por tratamiento reclamados por la actora.

XX. 2. Daño material. Incapacidad.

La pericia médica descartó la existencia de incapacidad física derivada de la existencia del oblito (v. fs. 496). La pericia no fue objetada en este punto, y el principal debate entre el perito y distintos integrantes del frente demandado tuvo un rumbo marginal al debate central que la causa presenta.En este sentido, habré de rechazar el reclamo por incapacidad sobreviniente.

XX. 3. Daño moral.

El daño moral está acreditado. La actora debió convivir con un bodoque de gasa en su interior desde el 14 de septiembre de 2008 hasta el 25 de mayo de 2009 en que, luego de intensos y continuos malestares y padecimientos, fue detectado y extraído por vía quirúrgica en el sanatorio “Guemes”. Durante ese itinerario temporal, la Sra. A. peregrinó en busca de un diagnostico por diferentes instituciones ante los malestares que padecía (fiebre, cólico vesical, etc.). Ingresó en ambulancia al sanatorio “Guemes” en condiciones delicadas. Incluso, cuando se intentó retirar la gasa, una vez detectada, esa intervención le provocó gran dolor por lo que se debió recurrir a cirugía para la extracción (cfr. copia de la historia clínica labrada en el sanatorio “Guemes”, obrante a fs. 452/470, en particular ver fs. 453/454 en donde el parte quirúrgico refiere la extracción de un cuerpo extraño).

Como el capítulo de la demanda (v. fs. 39/39 vta.) destinado a liquidar los rubros reclamados l a parte actora sometió el monto definitivo de los conceptos allí solicitados a “la prueba a rendirse en autos” y a lo “que Vuestra Señoría determine en aquellos rubros sujetos a la prudente estimación judicial”, considero ajustado otorgar una indemnización por daño moral en la suma de pesos noventa mil ($90.000) con más intereses a computar desde el día 14 de septiembre de 2008 y hasta su efectivo pago.

XXI. En razón de los diferentes plexos obligaciones que involucran a quienes integran el frente demandado, el GCBA y los codemandados R., F., G. y S. resultan responsables “in solidum” o en forma concurrente. A su turno, la responsabilidad al interior del equipo médico es solidaria. En el caso de Seguros Médicos S.A, como ya se señaló, resulta responsable “in solidum” o en forma concurrente respecto de los codemandados F. y R.y con los alcances y límite establecidos en la respectivas coberturas (cfr. 271/295 vta. y 343/365 vta.).

XXII. Intereses.

Sobre las sumas adeudadas se calcularán intereses desde que cada suma es debida aplicándose una tasa de interés promedio que resulte de las sumas líquidas que se obtengan de (i) la tasa activa cartera general (préstamos) nominal anual vencida a 30 días del Banco de la Nación Argentina y de (ii) la tasa pasiva promedio que publica el BCRA (comunicado 14.290), ello conforme la doctrina plenaria fijada en los autos “Eiben Francisco c/ GCBA s/ empleo público (no cesantía ni exoneración) Expte. 30370/0”.

XXIII. Costas.

Las costas, ante la existencia de vencimientos parciales, recíprocos y la entidad de los rubros rechazados, se imponen en un sesenta por ciento (30) a la parte actora y en un cuarenta por ciento (70%) a la parte demandada, teniendo en cuenta que se logró éxito en establecer las responsabilidades.

XXIV. Honorarios.

Atañe primeramente señalar que por tratarse la presente acción de un proceso ordinario, resulta de aplicación lo establecido en el artículo 60 de la ley no 5134 que determina en diez (10) UMA -Unidad de Medida Arancelaria- el mínimo para regular honorarios en procesos de conocimiento susceptibles de apreciación pecuniaria. El valor vigente de la UMA fue establecido por el Consejo de la Magistratura de la CABA mediante Resolución de Presidencia no 1000/2017 (art. 2o) en pesos.($.), de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 20 de la ley no 5134.

En virtud de lo expresado y teniendo en cuenta la naturaleza del asunto, calidad, eficacia y extensión de la labor profesional desarrollada (cfr. arts. 15, 16, 17, 24 29, 60 y ctes. de la ley no 5134), corresponde regular los honorarios: (i) por el patrocinio letrado de la parte actora en la suma de pesos.($.); (ii) por el patrocinio letrado de A. F.en la suma de pesos.($.); (iii) por la representación y el patrocinio letrado del GCBA en la suma de pesos.($.); (iv) por el patrocinio letrado de S. G. en la suma de pesos.($.); (v) por el patrocinio letrado de R. M. R. en la suma de pesos.($.); (vi) por el patrocinio letrado de M. D. C. S. en la suma de pesos.($.); y, (vii) por la representación y el patrocinio letrado de Seguros Médicos S.A. en la suma de pesos.($.).

Asimismo, regúlense los honorarios de la Dra. N. C. K. D. G. (v. fs. 3/3 vta.) por su actuación como mediadora interviniente en la instancia de mediación previa al inicio de la presente litis, en la suma de pesos.($.). La presente regulación se efectúa considerando la calidad jurídica de la labor desarrollada, lo dispuesto en el artículo 35 de la ley no 26589, los artículos 28 del Anexo I y artículo 2, apartado H) del Anexo III del decreto no 1467/11 (modificado por decreto no 2536/15) y teniendo en cuenta la última publicación de los valores de Unidad de Honorarios de Mediación (UHOM) realizada por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos según la cual desde el 01/08/17 el valor de la UHOM es de pesos.($.).

Por lo expuesto, RESUELVO:

1) Hacer lugar parcialmente a la demanda interpuesta por V. C. A. contra A. F. y el GCBA y extender los efectos de esta decisión a R. M. R., M. D. C. S., S. G. y Seguros Médicos S.A. (cfr. art. 90 o in fine, CCAyT y según las prescripciones de la ley no 17418).

2) Condenar a A. F., el GCBA, R. M. R., M. D. C. S., S. G. y Seguros Médicos S.A. (cfr. lo expuesto en los considerandos XXI), a abonar a la actora la suma de pesos noventa mil ($90.000) en concepto de daño moral (cfr. considerando XX.3). El referido rubro devengará intereses según lo previsto en el considerando XXII.

3) Imponer las costas conforme lo dispuesto en el considerando XXIII.

4) Regular los honorarios de acuerdo con lo indicado en el considerando XXIV.

Fiscal, oportunamente, archívese.

Regístrese, notifíquese a las partes y, previa vista al Ministerio Publico