

**R. 548.594 - "S., M A. D. y otros c/ García Pollini, Vicente y otros s/daños y perjuicios" - CNCIV - SALA M - 28/10/2010**

MALA PRAXIS MÉDICA. Nacimiento prematuro. Neonato sometido a oxigenoterapia. Desencadenamiento de un cuadro de "Retinopatía." CEGUERA IRREVERSIBLE. DAÑOS Y PERJUICIOS. Imputación de un error en la dosificación de oxígeno como causa exclusiva del daño. RECHAZO. Enfermedad atribuible a diversos factores. Afección propia de la prematuridad. Niño que presenta un estado de salud sumamente delicado. Embarazo de alto riesgo. Relevamiento de antecedentes acerca de la salud reproductiva de la madre. Variedad de complicaciones y anomalías durante gestaciones previas que inciden en la patología del recién nacido. ACCIONAR DILIGENTE DE LOS PROFESIONALES. Desarrollo de la terapia en forma urgente para salvar la vida del niño. Utilización de aparatología adecuada. Suministro de oxígeno en forma racional. RESPONSABILIDAD PARCIAL DE LA CLÍNICA Y DE LOS MÉDICOS, BASADA EN LA FALTA DE MONITOREO OFTALMOLÓGICO POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD. Omisión de tomar los recaudos pertinentes para realizar un tratamiento oportuno y evitar la ceguera. PÉRDIDA DE CHANCE DE TRATAMIENTO Y CURACIÓN. HISTORIA CLÍNICA. Validez probatoria, pese a las irregularidades detectadas. RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL Y DE GARANTÍA DE LA QUE DERIVA UNA CONDENA "IN SOLIDUM"

"Consignaron los peritos que se le brindó un servicio de alta complejidad para la aparatología y equipamiento de la época en que ocurrió el nacimiento. El recién nacido requirió tratamientos agresivos para lograr su sobrevivencia como ventilación asistida y exanguinotransfusión factores que aumentan el riesgo de la retinopatía, cuadro comprobado a los 21 días de vida."

"El Comité Científico del Colegio Médico de Buenos Aires, confirmó en autos que quedó explicitado en ese informe que el oxígeno había sido manejado en forma racional, aunque por el cuadro neumónico tuvo una dependencia de oxígeno en alta concentración. Respecto de la consulta realizada a los 20 días consideraron que cumplió con las normas de control neonatal para seguimiento y control de la ROP."

"No debe perderse de vista -insisto- que la oxigenoterapia suministrada era indispensable para salvar la vida del niño, que resguardada está la obligación médica, lo siguiente era preservar el órgano y finalmente la función."

"La HC de autos, cuestionada y con sus falencias existe como documento de prueba y así se ha considerado a lo largo del proceso, incluso por mandato del Juez interviniente. Adviértase que contiene datos incontrovertibles y hasta registros suscriptos por otros profesionales por lo cual no considero probada la falsificación de aquélla, aunque sí que existen indicios de que al menos parcialmente ha sido confeccionada en un tiempo diferente al tiempo real inmediato al de la revisión y constatación del estado del niño."

"A mi juicio, lo reprochable es: Que el médico no haya dejado constancia de la interconsulta con la oftalmóloga Dra. Galán del 9 de enero y que dado las características del caso y de la familia, previo al alta no se hubiera realizado otra consulta, limitándose a mencionar o insinuar una consulta, consignando "sugiero controles cardiovascular, oftalmológico y hemograma en 10 días." En realidad, debió indicar y prescribir en forma contundente una inmediata consulta. Es también una falta grave que no existan las hojas de indicaciones médicas y de enfermería para el seguimiento exacto de las alternativas que se iban presentando. También lo es no haber volcado los análisis y estudios solicitados, la medicación suministrada y tampoco supone un adecuado control ver una vez por día a un paciente de riesgo."

"A esta altura no se discute que la Retinopatía responde a múltiples factores. El oxígeno puede aumentar el riesgo, pero como se ha visto no es una condición excluyente. Si se hubiera reducido el suministro de

oxígeno se lo podía haber llevado a una situación de hipoxemia, con lesiones severas en órganos vitales que hubieran determinado su muerte."

"Centralizo la responsabilidad que adjudico, no en el suministro de oxígeno que era vital para el niño, sino en las conductas de todos aquellos -médicos y familiares- que en este período pudieron haberlo colocado -al menos- en una situación mejor y no lo hicieron."

"Esta responsabilidad de los demandados que se condenan, no es total del 100%, porque no fue su arte médico puesto al servicio de un paciente en riesgo lo que los responsabiliza como determinante de la ceguera sino no haber puesto toda la diligencia necesaria para que detectada la enfermedad el niño hubiera tenido un mayor porcentaje de chance de no ser ciego."

"Merece reproche que los médicos que vieron al paciente después del alta y antes de la decisiva semana 45ª no hubiera indicado o derivado a una consulta oftalmológica. Los especialistas en el tema saben que pasado el estadio umbral de la enfermedad lo que se pueda hacer debe ser antes del grado III de retinopatía y que después de la semana 45ª nada ya sirve."

"Otro tramo que responsabiliza al Dr. Formoso, continúa con la circunstancia de haber omitido el deber de informar en forma explícita y categórica a los padres, la situación que el niño estaba atravesando. No era un "sugerir", sino haber impuesto como deber llevar a cabo un nuevo control de inmediato. Para eso su conducta debió ser activa, hubiera sido preferible que se hiciera antes del alta, pudo haber otorgado el alta sanatorial derivándolo a inmediata consulta oftalmológica, para lo cual debía ordenar él mismo los estudios necesarios; debía insistir concientizando a los padres de la gravedad del tema y además consignar expresamente en la HC todos estos requerimientos, para evitar el reproche."

"Tampoco fueron eficientes los controles médicos pediátrico posteriores, cuando no asignaron importancia a los antecedentes del niño. En este tramo y hasta la intervención del Dr. Schuster, quien detectó que el cuadro irreversible, también debe considerarse responsables de esta pérdida de chance a quienes integraron el equipo médico del Sanatorio Modelo de Quilmes y por consiguiente, a la institución misma."

"Bien saben los profesionales que frente a una afección de esta índole, no es posible sostener que no era visible el problema de los ojos, ya que la madre refería el estrabismo y la falta de fijación de la mirada y el signo es evidente."

"Esta Sala, ha sostenido en distintos precedentes que la responsabilidad de los "coautores" o "copartícipes" de un hecho ilícito es solidaria. Sin embargo en la especie, no se dan los supuestos señalados precedentemente, ya que se trata de una responsabilidad contractual y de garantía de la que deriva una condena no solidaria (sino in solidum); esta categoría excepcional debe emanar del título constitutivo o de una disposición legal (arts. 699/701 del Cód. Civil)."

"La obligación solidaria, es por naturaleza una relación jurídica única, en cambio las obligaciones concurrentes -como en el caso-, también llamadas conexas, indistintas, in solidum o convergentes, son aquéllas que tienen identidad de acreedor y de objeto debido, pero presentan distinta causa y deudor. Estas obligaciones concurrentes o "in solidum" presentan una gran similitud con las obligaciones solidarias, dada fundamentalmente por la razón de que la indemnización puede ser reclamada en su totalidad contra cualquiera de los obligados."

**Citar:** [elDial.com](http://elDial.com) - AA67B3

Publicado el 08/04/2011

Copyright 2011 - [elDial.com](http://elDial.com) - editorial albremaica - Tucumán 1440 (1050) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina

## Fallo Completo

**R. 548.594 - "S., M A. D. y otros c/ García Pollini, Vicente y otros s/daños y perjuicios" - CNCIV - SALA M - 28/10/2010**

En Buenos Aires, a los 28 días del mes de octubre del año dos mil diez, hallándose reunidos los señores jueces de la Sala "M" de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Dres. Mabel De los Santos, Elisa M. Díaz de Vivar y Fernando Posse Saguier, a fin de pronunciarse en los autos "S., M A. D. y otros c/G. P., V. y otros s/daños y perjuicios", la Dra. Díaz de Vivar dijo:

I.- La sentencia de la anterior instancia, dictada por el Dr. Horacio Maderna Echegaray hizo lugar a la demanda promovida por los actores por los daños ocasionados al entonces menor M. S., quien nació el 20 de diciembre de 1989 en forma prematura y debió ser sometido a oxigenoterapia. Como consecuencia de la falta de control del suministro de oxígeno y evaluación oftalmológica, en opinión del sentenciante, sufrió un cuadro de retinopatía -o con su anterior denominación: fibroplasia retrolental- que determinó su ceguera.//-

Los profesionales intervinientes por la actora y parte de los codemandados saben que ya he tenido oportunidad de votar en primer término en una causa análoga sometida a este Tribunal con sus intervenciones, que ha sido citada y transcripta parcialmente en la expresión de agravios de la actora (conf. fs. 734)).-

No llamará pues la atención, que me remita y transcriba argumentos plasmados en aquellas oportunidades en que he tenido que tratar el tema de la retinopatía del prematuro.-

El fallo fue apelado por todas las partes quienes oportunamente, vertieron agravios, que paso a sintetizar a continuación:

1.- Los actores expresaron agravios, atacando muy duramente el fallo en un largo escrito, cuya extensión me inclinan a recordarles la reflexión hecha en aquella otra oportunidad vinculada a lo abusivo y al principio de celeridad y economía procesal (fs. 2256/2333).-

Se invocó fraude procesal y una conducta de la demandada contraria a la ética por introducir una HC confeccionada "ex post facto" que cuando menos, debió ser pasible de sanción por temeridad y malicia.(CMF: fs. 1368 y 1371).-

Omitió el fallo -prosiguió la queja- aplicar la teoría de la causalidad adecuada al arribar sólo al 35% de responsabilidad. Ello porque recurrió a atribuir un tercio a cada uno de los factores de riesgo (prematurez: 32 semanas;; peso: 1.620 gr y dosificación de oxígeno), cuando ninguno de los otros factores distintos del oxígeno tuvieron incidencia. Nacer prematuro obedece a diversas causas y no todos los prematuros padecen ceguera. El peso mínimo de 1250gr que determina un porcentaje de niños que desarrollarían ROP, en el caso estaba superado ampliamente y tenía un 63% de probabilidad de no ( ) padecer cierto grado de ROP.-

Por estar acreditado -continuó la actora-, que el único y de mayor eficacia factor de riesgo, fue la prolongada exposición al suministro y concentraciones altas de oxígeno (prueba que ha sido sustraída llamativamente de la HC), la sentencia debe revocarse y atribuir a la demandada el 100% de culpabilidad (fs. 2285).-

Párrafos enteros ha dedicado la agraviada al tema de la HC, suscripta solamente por el Dr. F. durante toda la internación en terapia intensiva del menor y a la falta de las hojas de indicaciones médicas y de enfermería (fs. 2285/2292). En este aspecto además de pedir la elevación de los montos, solicitó la condena solidaria a todos los accionados con costas (fs. 2301vta).-

También suscitaron agravios el rechazo de la demanda contra G. P. y Federación y, además, la exigüidad que se atribuyó a los montos merecieron un pormenorizado reproche tanto en lo referido a la incapacidad sobreviniente como al daño moral, psicológico y tratamiento (fs. 2313), estético (fs. 2317vta.) y pérdida de chance para sus progenitores (fs. 2227vta).-

Respecto de los daños reconocidos a los padres (daño emergente, daño psicológico) y a los hermanos M., A. y C., como los complementarios de asistencia de una persona ajena al grupo familiar, gastos terapéuticos futuros, elementos para un discapacitado no vidente, fueron todos analizados detalladamente para agravarse de la falta de comprensión del a-quo de la magnitud del problema. El rechazo del reclamo para la adquisición de un vehículo para discapacitado y sueldo de chofer motivó el reclamo de un automóvil 0km, y \$15.000 por 60 años para pagar al chofer. (fs.2327 vta).-

Finalmente los intereses establecidos en el fallo del 6% desde el hecho hasta la sentencia y luego a la tasa activa fueron calificados como arbitrarios e injuriosos.-

2.- El codemandado Sanatorio Modelo Quilmes S.A. expresó agravios a fs. 2241. Consideró que el fallo no ha tratado sus defensas referidas a la responsabilidad médica, dando escuetos argumentos para atribuir culpa médica sin analizar la historia clínica (HC) y conclusiones periciales. Luego de un análisis del dictamen del Cuerpo Médico Forense se quejó del apartamiento del Juez de tan concluyentes afirmaciones sobre la conducta de los médicos que atendieron al niño. También agravó a la parte, la valoración de los testigos A. y A., entre otros que refiere.-

3.- A fs. 2335 y sgtes. expresó agravios el Dr. G. F..-

Sostuvo que ninguno de los embarazos y partos de la madre fueron naturales, el de autos tampoco lo fue por una severa infección en curso. La señora había tenido nueve embarazos, sólo cuatro hijos vivos y tres partos de pretérmino, lo cual debe ser considerado en esta instancia. Consideró nula la sentencia por el error en que ha incurrido el fallo en contra de la opinión de los expertos, del Comité Científico y del Juez penal, pues no hay una sola prueba en contra suya.-

4.- A fs. 2349 y sgtes. expresó agravios la Obra Social (OSPSA). El primer agravio giró en torno a las fallas e irregularidades de la HC, que no pueden elevarse a la categoría de prueba de la mala praxis, porque la pericias realizadas consideraron adecuado el proceder médico-asistencial. El recién nacido tuvo desde el inicio un delicado estado de salud que pudo haber determinado su muerte y de ahí, la necesidad vital de suministrarle oxígeno. Su supervivencia es prueba elocuente de la buena atención médica recibida.-

Entre los controles realizados al niño, estuvo el oftalmológico y más allá de las imputadas falencias de la HC, -sostuvo- que la oftalmóloga declaró en autos sobre la atención brindada (fs.1320: ¿?). Por otro lado en la época del nacimiento no existía en el país tratamiento para revertir la enfermedad e impedir el avance hacia la ceguera.-

Hoy se sabe que la prematurez es condición "sine qua non" de la retinopatía, inclusive existen casos sin que se haya suministrado al recién nacido oxígeno. Pero al estado patológico del menor cabe considerar como factor agravante la sepsis provocada por cándida (candidiasis).-

El segundo agravio, consistió en que se derive la responsabilidad médica por la ceguera del RN de la forma irregular en que se completó la HC. Luego se quejó de lo excesivo de los valores asignados en cada concepto y beneficiario de las indemnizaciones.-

5.- A fs. 2360 y sgtes. expresó agravios la Clínica Brandzen en términos y argumentos análogos a los desarrollados por el Dr. F., hasta el punto de expresarse como si fuera el médico mismo quien escribió las quejas.-

La actora replicó los diversos traslados a fs. 2365, 2388, 2342 y OSPSA contestó a fs. 2462.-

II.- Por una cuestión metodológica cabe comenzar por el planteo de nulidad del fallo.-

El recurso de nulidad no tiene autonomía formal dentro de nuestro ordenamiento procesal, habiendo dejado de ser una vía de impugnación autónoma en el ordenamiento adjetivo vigente (conf., Morello, A., "Códigos Procesales...", t. III, pág. 256). Se encuentra comprendido en el de apelación y sólo procede cuando el pronunciamiento adolece de vicios o defectos de forma que lo descalifican como acto jurisdiccional válido, es decir, cuando se ha dictado sin sujeción a los requisitos de tiempo, lugar o forma prescritos por la ley adjetiva (arts. 34, inciso 4º, 163 y 253 del Código Procesal), más no en la hipótesis de errores en la interpretación y aplicación del derecho sustancial que deben ser cuestionados mediante los recursos pertinentes.-

Teniendo en cuenta que la sentencia apelada cumple con los requisitos establecidos por el Código Procesal y además los agravios pueden en su caso ser reparados por el conocimiento del recurso de apelación, la nulidad debe ser desestimada.-

III. A).- Historia de la enfermedad y las investigaciones.-

En orden a lo que he explicitado analizaré el caso fundando mi opinión sobre el tema.-

a) En la historia médica de los avances realizados en las distintas etapas, cuando en 1953 se consideró demostrado el efecto nocivo del oxígeno sobre los vasos retinianos inmaduros, se determinó la reducción del suministro de O<sub>2</sub>, pero simultáneamente se incrementaron los casos de muerte por "distress" cardiorrespiratorio. Por lo cual frente a ello los neonatólogos encaminaron sus esfuerzos al uso racional del oxígeno, adaptando su administración a los requerimientos concretos de cada prematuro. Esta circunstancia impuso la necesidad de un prolijo y constante control de gases en sangre, llegándose con posterioridad al monitoreo continuo transcutáneo de la Pa O<sub>2</sub> (presión arterial de O<sub>2</sub>). Es decir, a partir de allí la prevención se basó en el estricto análisis de la cantidad de oxígeno que se suministraba.-

La fibroplasia retrolental (F.R.L) fue observada en 1937. En 1942, T.L. Terry mediante su publicación en el American Journal of Ophthalmology identificó la enfermedad y la llamó "fibroplasia retrolental" debido a que la forma de presentación clínica cuando termina en ceguera es el crecimiento de una membrana fibrosa detrás del lente cristalino.-

En 1950 se aisló su etiología, concluyéndose por entonces que la causa de la enfermedad era el oxígeno. En 1956, se realizó el control de la oxigenación lográndose una disminución de los casos, pero se observaron una gran proporción de niños que presentaban síntomas de autismo y debilidad mental, mientras que había otra proporción de niños normales.-

Estudios posteriores revelaron que la red de vasos sanguíneos que nutre el lente en el embrión, desaparece cuando éste está a término. En cambio, en el prematuro persiste formando una membrana filosa. Un bebé que nace a los siete meses de gestación tiene la porción anterior de la retina sin vasos y así la vascularización se realiza extraútero.-

La vascularización completa en el recién nacido a término lo hace indemne al oxígeno, mientras que en el prematuro existe sensibilidad a la oxigenación excesiva, de donde la prematurez sería un factor constante de ROP.-

En la década de los 80' el trabajo de los Dres. Manzitti, Damel, Stoliar, Julio y Edgardo Manzitti (h), publicado en "Archivos de Oftalmología de Buenos Aires" (vol.57, enero-marzo de 1982), refiere que el "factor tóxico" para la retina es la presión parcial arterial de oxígeno en la arteria central (Pa O<sub>2</sub>) y no la concentración de oxígeno (FiO<sub>2</sub>) que el paciente respira. En el acápite "Estudio Prospectivo", se puede leer una estadística elaborada por los autores, sobre la base de los datos recogidos en la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Municipal "R. Sardá" y en una institución privada (Sanatorio Otamendi), que anuncia de los casos registrados de retinopatía en prematuros:

a) de 45 casos de niños con peso entre 1,5 y 2,5 Kg., de 30 a 35 semanas de gestación, expuestos a oxígeno entre 12 hs. y 8 días, 22 de ellas con registros de Pa O<sub>2</sub> superiores a 100 mm/hg hubo un solo caso de retinopatía;

b) sobre 14 pacientes, con peso de 1,25 a 1,5 Kg., de 30 a 34 semanas de gestación, expuestos a O<sub>2</sub> entre 12 hs. y 5 días, 8 de ellos con registros de Pa O<sub>2</sub> superiores a 100 mm/hg., no hubo ningún caso de retinopatía;

c) 14 recién nacidos, con peso de 1 a 1,25 Kg., de 25 a 32 semanas, expuestos entre 12 hs y 30 días a O<sub>2</sub> de 135 mm/hg y 91 mm/hg y finalmente el grupo;

d) de menos de 1 Kg., de 28 a 31 semanas de gestación, expuestos entre 48 hs. a dos meses de O<sub>2</sub>, con registros de Pa O<sub>2</sub> superiores a 100 mm/hg, con una máxima de 184 mm/hg, se registró un caso.-

Como conclusiones los autores sostenían que la baja aparición de casos graves, confirmaban que un estricto monitoreo de O<sub>2</sub>, es esencial para la prevención de la ROP., así como presencia del oftalmólogo para examinar al paciente durante su internación y una vez de alta.-

Cronológicamente, apareció luego un trabajo del Dr. Larguía y colaboradores, sobre "Procedimientos Neonatológicos", publicado por editorial Ergón, de donde se extrae que en pocas áreas de la neonatología

existen tantas controversias como las relaciones con el uso del O<sub>2</sub>, sus indicaciones y la manera más adecuada de controlar su administración.-

En esa época, se establecía que cuando no era posible determinar el Pa O<sub>2</sub>, el uso del oxígeno debía basarse en signos clínicos y exámenes de laboratorio al alcance del médico tratante. Algunos recién nacidos pretérminos presentan un marcado espasmo de los vasos retinianos como respuesta a la hiperoxia, pero el examen del fondo de ojo es un recurso diagnóstico reservado a un oftalmólogo con gran experiencia, con el que difícilmente se cuenta en la práctica. En el apéndice se transcriben las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (ed. 1971), para uso terapéutico del O<sub>2</sub>, entre las que se señala que debe tenerse en cuenta que el O<sub>2</sub> es tóxico para otros órganos además de la retina y que estos, pueden ser afectados aun cuando se cumplan las recomendaciones enumeradas. Una persona con experiencia en el diagnóstico de FRL debería examinar los ojos de todos los recién nacidos que hubieran recibido oxígeno, especialmente aquellos con edad gestacional menor de 36 semanas o peso inferior a los 2.000 gr., en el momento del alta y nuevamente a los 3 o 6 meses de edad.-

Por el año 1979, un trabajo sobre el tema publicado en el "Year Book de Pediatría", hace referencia a un trabajo conjunto de cinco instituciones (Universidad de Columbia, Universidad John Hopkins, Universidad McGill, Universidad Vandervilt y Universidad de Washington), en el cual se concluye en la inseguridad en el campo científico de los recaudos para prevenir la FRL. Sin embargo, dice el artículo, esto no quiere decir que no se deba al oxígeno sino que lo más probable es que signifique que con el muestreo intermitente de Pa O<sub>2</sub>, no se detecta bien el daño que se está produciendo y también, que es probable que existan una enorme cantidad de factores adicionales que establecen que determinada Pa O<sub>2</sub> produzca FRL.-

Es evidente que hay factores que acrecientan el riesgo: el bajo peso, la escasa edad gestacional, sepsis, ventilación con bolsas, duración de la oxigenoterapia, hiperalimentación y exanguinotransfusión (cambio de sangre). En la publicación que reseño, se vuelve a establecer que es probable que la hiperoxemia no sea el único factor que produce la enfermedad, sino que se trataría de la combinación del oxígeno y de un factor distinto, capaz de producir alteraciones retinales.-

En cuanto al oxígeno administrado y su control, son dos cosas distintas la concentración de oxígeno que se ofrece al recién nacido y el contenido real de oxígeno en sangre llamado presión parcial arterial de oxígeno. Para medir la PaO<sub>2</sub> se comenzó utilizando la medición de gases en sangre, realizada en sangre arterial obtenida por punción de la arteria del brazo o la muñeca. Actualmente se utiliza un método menos cruento que mide la saturación de oxígeno en sangre por medio de un dispositivo de contacto con la piel, pero que no se practicaba a la fecha del nacimiento de este niño.-

Fue a fines de la década del 80 -recuérdese que el nacimiento del menor fue en 1989 -, que un grupo internacional de especialistas del Comité Internacional de Retinopatía del Prematuro, la llamó de este modo (ROP) fundado en que la prematurez es una condición necesaria para padecer esta enfermedad debido al desarrollo incompleto de la retina en los recién nacidos antes del término del embarazo. Según las conclusiones del grupo de trabajo ("Prevención de la ceguera en la infancia por retinopatía del prematuro" publicado en Archivos Argentinos de Pediatría 2006; 104(1):69-74) "la creciente sobrevida de prematuros de muy bajo peso al nacer se acompaña lamentablemente de un aumento rápido del número de niños afectados".-

Cabe señalar como primera consideración que las investigaciones sucesivas y el mayor relevo de pacientes, determinaron que existen casos de oxigenoterapia sin retinopatías y casos de prematuros a los cuales no les fue suministrado tal tratamiento y que, sin embargo, presentaron esta patología.-

De esto se desprende la importancia de la prematurez en el origen de la enfermedad como condición absolutamente necesaria. Esto es, la ciencia ha verificado que no existe una infalible relación causa efecto entre uno y otro factor y en general, hoy se apunta a la existencia de factores múltiples.-

Inclusive a partir de estudios realizados en el año 2000, se encuentra en plena revisión el tema de si es factible la existencia de una transmisión genética de la enfermedad, porque se han certificado casos de retinopatías previas al nacimiento.-

También se han reportado casos de RPO de muy temprana aparición que plantea una forma rápida de progresión de la enfermedad ("rush disease") y se suele asociar con extensas o de un crecimiento muy agresivo de los vasos sanguíneos anormales. En estos casos el profesional podría encontrarse que de un control a otro ha surgido la enfermedad.-

El Cuerpo Médico Forense aludió a la evolución científica a través del "Ensayo multicéntrico de crioterapia en la retinopatía del prematuro" cuyas primeras conclusiones fueron publicadas en 1988, pero los resultados definitivos recién aparecieron en 1996. En 1997 American Academy of Pediatric, American Academy of Ophthalmology y American Association for Pediatric Ophthalmology normalizan la pesquisa de la afección que fueron perfeccionadas en 2001.-

El grado III con signos plus ocurre en un periodo ventana que varía en los distintos niños de acuerdo a la edad gestacional al nacer y las características propias de las enfermedades concurrentes, así como de características genéticas intrínsecas de cada individuo (conf. mi voto en Dupuy c/ Sanatorio, L n°456.380 del 18/12/ 2007).-

Según los Dres Palmer, Flynn y Ardí (Revista Ophthalmology 1991; 98: 1628-1640) es extremadamente excepcional que se alcance en grado III con signos plus antes de la semana 32<sup>a</sup> o después de la semana 48<sup>a</sup> de edad postconcepcional. Ese es el periodo "ventana" en el que se puede alcanzar el punto en que corresponde iniciar el tratamiento. Ni antes ni después.-

El primer estudio internacional que sentó las bases para el tratamiento de esta enfermedad, fue el estudio CRYO-ROP (crioterapia en retinopatía del prematuro). Comenzó en 1986 y sus resultados con un año de seguimiento fueron publicados en 1990.-

Así se estableció que el punto de inflexión se encuentra en el grado III con el agregado de signos de actividad aguda, llamados "signos plus". Cuando un ojo alcanza el grado III con signos plus, tiene 51% de chance de evolucionar al grado V que significa ceguera. En el caso se investigó con la indicación del Dr. S. de julio de 1990 y el resultado del estudio es del que da cuenta el certificado del 4 de septiembre siguiente.-

El CRYO-ROP demostró que en estos casos destruyendo deliberadamente la mitad anterior de la retina mediante congelación, sólo quedaron ciegos el 31% de los casos, contra el 51% de los ojos sin tratamiento y esta es la chance que perdió M..-

En la ROP se desarrollan vasos retinianos anormales sobre todo en una zona donde los vasos normales todavía no han crecido. La mayoría (95%) de los bebés que requieren láser o crioterapia desarrollan la enfermedad de umbral entre 32 y 42 semanas después de la concepción. El tiempo es uno de los factores importantes que hacen al éxito del tratamiento, porque la enfermedad puede avanzar muy rápidamente y si el tratamiento se retrasa con frecuencia reduce las posibilidades de éxito.-

La clasificación internacional de ROP se hace según la localización, severidad, extensión y presencia o ausencia de enfermedad Plus. En cuanto a la localización: se distinguen tres zonas según se ubique en el círculo de la zona central (zona I); media, desde el borde de la zona I hacia afuera y zona III desde zona II hacia la periferia. Por la severidad: Se consideran 5 etapas por la extensión que se mide según los 12 husos horarios comprometidos. Finalmente la enfermedad Plus es la dilatación vascular progresiva y tortuosidad de vasos retinales posteriores. Constituye factor de mal pronóstico y rápida progresión de las alteraciones vasculares. Son de mayor gravedad los casos de inicio precoz (5- 9 semanas), en zona I, con evolución a enfermedad Plus y desprendimiento retinal. También se ha descrito una forma de aparición precoz y muy rápida evolución (enfermedad Rush) que se presenta cuando en zona I, en cualquier etapa, se asocia enfermedad Plus.-

Esto evidencia 1) la importancia de detectar cuándo se produce el estadio III con signos plus; 2) la utilidad del tratamiento, que brinda una reducción del riesgo de ceguera de 51% a 31% y 3) la demostración de que aunque con buenos resultados, el tratamiento realizado en forma oportuna y correcta no evita la ceguera en casi un tercio de los casos.-

En definitiva, por un lado el factor genético está siendo investigado y por el otro, las investigaciones llevan a un cuestionamiento permanente de las conclusiones anteriores.-

"Ya no se trata solamente de salvarle la vida a un prematuro, sino de proteger también su derecho a crecer con la menor cantidad de secuelas posibles [en su desarrollo]. Queremos que los indicadores de mortalidad infantil se reduzcan aún más en la Argentina y eso se logra con medidas como una mayor participación de la mamá, el papá y los hermanos en la atención de estos bebés", dijo ante periodistas el representante de Unicef Argentina, Andrés Franco (Diario La Nación del 1 de octubre de 2010).-

b) De lo cual se deriva la necesidad de tener en cuenta todas estas consideraciones a la hora de ensamblarlas con la teoría de la causalidad adecuada que recoge el texto del actual artículo 906 del Código Civil.-

En efecto, la causa de un resultado dañoso es una condición "sine qua non", vale decir aquella que entre todas las que concurren ha influido decisivamente en la dirección del resultado. No todas las condiciones necesarias para operarlo son equivalentes, sino de eficacia distinta, de modo que sólo cabría calificar como "causa" a la más eficaz o activa, dotada de la mayor fuerza productiva, al punto de que la relación de causalidad jurídica relevante es la que media entre el daño ocasionado y el antecedente que lo produce normalmente, conforme al curso natural y ordinario de las cosas (CNC, sala A del 18 de marzo de 2003: González Frutos c/ Radaelli; id. voto del Dr. Molteni en L. N° 200.871 del 21/10/96; J.A. T° 1990-IV, pág. 464/67; Orgaz, "El daño resarcible", n° 18, pág. 70; Llambías op. cit. T( I, pág. 372/74, n( 286 al 288).-

B.- Controles prenatales y factores de riesgo.-

Es indiscutible y así está normalizado y recomendado por organismos oficiales de salud y sociedades científicas, que el control prenatal (CP) debe cumplir con ciertos requisitos básicos: ser precoz -primera consulta en el primer trimestre, periódico, completo y de cobertura global, con no menos de cinco consultas totales (conf. Normas de la Maternidad Sardá de Buenos Aires, entre otros documentos).-

Los objetivos de los controles prenatales en lo que al caso en examen interesan, tienden a la prevención y diagnóstico de complicaciones en el embarazo (sífilis, chagas, hepatitis, toxoplasmosis, HIV, enfermedades urinarias, etc.) y a la detección de enfermedades (conf. Althabe Fernando y colaboradores. Centro Latinoamericano de Perinatología, Servicio de Obstetricia, Unidad de Medicina Familiar y Preventiva, del Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay, Revista Panamericana de Salud Publica, junio de 1999). En fin se trata de vigilar el crecimiento y vitalidad fetal.-

En el caso en estudio llamativamente no existe otra prueba sobre cuáles fueron los controles, ecografías, estudios y antecedentes de la madre, más allá de los datos que consigna la HC reservada en sobre: fecha de la última menstruación: incierta, medicaciones: no; ecografía: 1; Rto Blancos 22.500; ERS 80mm (registro muy alto que algo está indicando), abortos e hijos prematuros nacidos con anterioridad, situación esta última que de por sí ya constituye un antecedente importantísimo.-

Advierto que la testigo A. dijo que la señora trabajaba con ella en la Clínica del Niño, por lo cual resulta menos explicable la situación.-

Para la maduración de la membranas del por nacer pretérmino está indicado suministrar corticoides para estimular el proceso y poder encarar el nacimiento en las mejores condiciones posibles. Sin embargo a pesar de sus antecedentes de embarazos de riesgo no estaba medicada (o quizá no controlada debidamente).-

Entre los factores de riesgos prenatales que consignan los Dres. S. C., G. L. S. y colaboradores (Guía de control prenatal: embarazo normal, Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, págs. 51-62, 2002), figuran la muerte perinatal en gestación anterior y abortos, amenaza de parto pretérmino y entre otros, madre con factor RH negativo. De ahí, que la presencia de algunos de estos factores califican a la embarazada como de alto riesgo y no cabe duda de que la actora encuadraba en este rango.-

El nacimiento pretérmino trae aparejado el bajo peso del nacido y necesidades especiales en el período neonatal. La OMS y luego la Academia Americana de Pediatría a través de su Comité del Feto y Recién Nacido, subdividieron los pesos de nacimientos independientemente de la edad gestacional en 2 grupos: Bajo peso de nacimiento (<2.500g) y peso de nacimiento adecuado (2.500g). Calculándose así que los niños de bajo peso al nacer tienen 40 veces más el riesgo de morir que infantes de peso normal al nacer y los de muy bajo peso al nacer (

La prematurez y bajo peso al nacer, determinan una dificultad de adaptación a la vida extrauterina debido a la inmadurez de órganos y sistemas que conducen a complicaciones respiratorias, neurológicas, cardiovasculares, hematológicas, renales, inmunológicas, etc.- El niño pretérmino presenta problemas respiratorios que derivan justamente de su etapa de desarrollo (inmadurez) y las dificultades que presentan, lo cual exigen ventilación asistida para su manejo.-

En autos, el Comité Científico designado por el Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires, dictaminó a fs. 919 y sostuvo que un antecedente destacable en la madre era la alta probabilidad de



corioamnionitis (gérmenes en el líquido amniótico), enumerando en la respuesta n°31 los factores que inciden en el desarrollo de la enfermedad: infecciones maternas, ruptura prematura de membranas, prematuridad, infecciones congénitas, exanguinotransfusiones, oxigenoterapia, falta de maduración de la retina, etc. (conf. Pto. 32 de fs. 924).-

El CMF refirió los 9 embarazos, un feto muerto al quinto mes, 3 abortos, 3 partos pretérmino y una cesárea; ruptura espontánea de membranas con una gestación de 32 semanas quince horas antes del parto vaginal y alta probabilidad de corioamnionitis (fs.1317). La Dra Tomasa agregó el documento de Recomendaciones para el control de la saturación de oxígeno óptima para prematuros, del Ministerio de Salud, octubre de 2003 (fs. 1476) al serle propuesto el punto de la relación de causalidad entre el oxígeno y la enfermedad fue clara: no se puede afirmar que sea el único factor responsable, la retina vascularizada en forma incompleta del prematuro y la alta probabilidad de corioamnionitis, son los más importantes además de los factores secundarios que refiere a fs. 1486, punto 9.-

Estos datos son de suma relevancia en el caso porque se trata de pruebas que trascienden las constancias de la cuestionada Historia Clínica.-

IV.- Prueba anticipada (Expte. 109.425/1999). Expediente penal y prueba de autos.-

La denuncia penal por el delito de lesiones a la persona del hijo iniciada por los padres, se basó en el posible mal suministro de oxígeno y falta de tratamiento en la etapa oportuna, además del ocultamiento a los padres de la situación.-

De la Historia Clínica agregada, surge que el niño nació de una gestación de 32 semanas, presentó apnea secundaria con respuesta lenta a la reanimación, necesitó bolseo con O<sub>2</sub>. Dificultad respiratoria después de la misma, cianosis y depresión manifiesta. Pasa a terapia para su control y tratamiento.-

Examen físico de ingreso: Regular- Grave, frecuencia respiratoria: 66 por minuto. Edad gestacional 32 semanas. Diagnosticado con distress respiratorio, neumonía, poliglobulia y alteraciones metabólicas Mal estado general y hemodinámico que se atribuye a su inmadurez, falta de respuesta vascular, cuadro infeccioso. El 22 de diciembre ante la dificultad respiratoria hubo necesidad de continuar con oxígeno al 60%. Los registros del servicio de laboratorio de ese día indicaron que el O<sub>2</sub> en sangre sufrió altibajos que era necesario compensar. A ls 8hs: 76 mm, 12:10: 58.0 mm; 16:00: 32.6 mm y 22:50: 76.0 mm. Continuaron luego las evaluaciones y seguimiento diario sólo del Dr. F. (que es lo que ha hecho dudar de la confección de los mismos).-

A partir de esto es necesario formular una advertencia, porque las conclusiones de los distintos equipos médicos que se expidieron sobre el caso, tomaron como base las constancias de la HC. Estas registraciones han sido cuestionadas por la actora aduciendo que presentan irregularidades en su confección, al haber sido escritas y firmadas por un solo médico, adjudicándole haberla confeccionado "ex post facto".-

Por ello -aprovecho a decir-, los agravios de los demandados asignando un valor absoluto a los dictámenes médicos producidos, por la circunstancia de haberse tomado como documento indubitado la HC. tildada de irregular y hoy sometida a juzgamiento, no tienen el alcance que los agraviados pretenden porque requiere de un riguroso análisis y comparación con otros elementos como para ser tenidos como prueba concluyente.-

1.- El médico oculista Dr. E. A. N. a fs. 122, informó al Juzgado penal los antecedentes del caso y sostuvo que desde el punto de vista oftalmológico la atención fue correcta, habiendo sido examinado a los pocos días de nacido - el 9 de enero de 1990 -, por la reconocida oftalmopediátrica Dra. G. - del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata y miembro de la Sociedad Platense de Oftalmología -, quien aconsejó control a los 15 días (fs.28).-

2.- Los Dres. Morano y Cusminsky presentaron su dictamen al Juzgado Correccional interviniente, señalando entre otras cosas que la ruptura de membranas de la madre se produjo 15 horas antes del parto, lo que implica riesgo inminente de infección para el por nacer (fs.145). Presentó paro respiratorio y posterior distress por lo cual ingresó en grave estado al servicio de terapia intensiva. Le practicaron exanguinodilución, presentó una importante hipoxia (déficit de oxígeno en sangre. 16:30: 40 mm; 19:00: 46.9 mm y 22:30: 50.3 mm) y un cuadro compatible con neumonía neonatal.-

Siguieron informando los peritos que el paciente se comportó como séptico con necesidad de apoyo respiratorio, gran compromiso hemodinámico, tendencia a la hipotensión y aún shock. Hipertensión

pulmonar, isquemia miocárdica transitoria, hiperbilirrubinemia precoz y elevada, infección por *Candida albicans*.-

Es decir, existió una agresión tóxico-infecciosa importante, que fue detallada en el informe médico y luego ya en estos autos, el CMF agregó que el cuadro clínico pudo haber evolucionado al óbito (pto. 4 de fs. 1315). Dentro de este cuadro el 9 de enero, es decir a los 20 días de vida, la Dra. G. diagnosticó la retinopatía en grado 1, en zona 2 e indicó control en 15 días (24 de enero). Fue dado de alta el 20 de enero es decir que eran los padres quienes debían llevar al niño a la consulta prescripta (ellos sostuvieron que no se les dio tal indicación y así lo comentaron a los testigos).-

En las conclusiones consignaron los peritos que se le brindó un servicio de alta complejidad para la aparatología y equipamiento de la época en que ocurrió el nacimiento. El recién nacido requirió tratamientos agresivos para lograr su sobrevivencia como ventilación asistida y exanguinotransfusión factores que aumentan el riesgo de la retinopatía, cuadro comprobado a los 21 días de vida.-

Los tratamientos para evitar su progresión son considerados por la mayoría de los autores como ineficaces para lograr la remisión o detención de la enfermedad por lo que concluyeron que había recibido el tratamiento adecuado en tiempo y forma, sin poder advertir que existiera impericia o negligencia médica (fs.150).-

3. El Comité Científico del Colegio Médico de Buenos Aires, confirmó en autos que quedó explicitado en ese informe y que el oxígeno había sido manejado en forma racional, aunque por el cuadro neumónico tuvo una dependencia de oxígeno en alta concentración (fs.920). Respecto de la consulta realizada a los 20 días consideraron que cumplió con las normas de control neonatal para seguimiento y control de la ROP (fs. 922).-

La causa penal fue ofrecida como prueba por la actora a fs. 603 de estos autos y a fs. 161 del expediente penal, el 11 de febrero de 1998, las partes y sus letrados habían pedido la expedición de fotocopias de la totalidad de la causa.-

Este expediente civil, fue iniciado en diciembre de 1999, no obstante que invocaron las falencias de la HC el Juez estaba habilitado para tomar en cuenta sus constancias valorarlas y habilitarlas como lo hizo al ordenar la peritación sobre esa base.-

V.- La testigo A. dijo que la madre trabajaba con ella en la Clínica del Niño y que después de un tiempo se dio cuenta de que no atendía a sus juguetes (fs. 757; Affatato, fs. 761 vta; Orquera fs.765). Ubicó el conocimiento de la ceguera en la consulta que efectuaron con el Dr. S., pero agregó confundiendo en el tiempo que en ese momento el bebe tendría unos 15 días (fue a los 7 meses).-

El Dr. S. (fs. 768) trabajó en el Sanatorio Modelo de Quilmes y el 24 de julio de 1990, vio al niño comprobando su cuadro de leucoria bilateral que a los 7 meses era irreversible. Dijo que generalmente en tales casos, deriva al paciente a un establecimiento de mayor complejidad para comprobar el cuadro. El estudio requiere anestesia general y aparatos de alta complejidad.-

Esto me lleva a reflexionar sobre la valoración de una conducta médica sin riesgo de vida, si el niño tenía problemas respiratorios y se presentaba cianótico, debía ser alimentado por sonda nasogástrica porque su succión era nula y necesitaba de oxigenoterapia. ¿Cuáles eran los estudios o tratamiento que en tales condiciones se podían realizar veinte años atrás, sin descuidar el peligro de muerte de M.? Adviértase que los médicos concluyeron que no podía ser estabilizado sin el soporte de oxígeno, porque el retiro ponía en peligro su vida (fs. 923, punto 27).-

Por otra parte, los tratamientos de láser eran inconcebibles en esa época y prueba de ello es lo que respondieron los miembros del Comité Científico del Colegio Médico de Buenos Aires, cuando aludieron a que incluso con crioterapia en 1990 había tímidos intentos de tratamiento porque no se conocían los resultados y eran pocos los que en el país se arriesgaban a practicarla en estas patologías (fs.923, pto. 29).-

El Cuerpo Médico Forense emitió su dictamen a fs. 1309 y sgtes. y a fs. 1311 confeccionó un cuadro sobre los registros diarios de PO2 extraído de los informes del servicio de laboratorio. Sintetizó seguidamente los aspectos relevantes para la resolución de la causa.-

Aún a la fecha del dictamen -noviembre de 2005- sostuvieron la imposibilidad de realizar una medición de la tensión ocular porque al requerir anestesia el riesgo era sumamente alto en relación con el beneficio

(fs. 1309 punto 2). Ni entonces ni a la fecha un neonatólogo de cuidados intensivos está preparado para hacer fondo de ojo. La Dra. G. efectuó un oportuno control y recomendó acertadamente uno nuevo en 15 días, que se cumplieron el día 24, es decir después de dado de alta sanatorial. En oportunidad del egreso tuvieron expresa indicación de controles cardiovascular, oftalmológico y hemograma en 10 días, que se cumplieron el 30/1/90 (ptos. 9, 10 y 23 del cuestionario de la actora y 3 de la Clínica Brandzen; fs. 1320, pto. 21; fs. 1327: pto. 24).-

Es decir que entre el 24 o a lo sumo el 30 de enero los padres debían cumplir con dos recomendaciones médicas específicas de control oftalmológico y no se ha aportado prueba de su cumplimiento (pto. 33; 34; 41; 42 de fs. 1322).-

Repito que sostuvieron en cambio, que no habían recibido indicación médica al respecto, pero lo cierto es que llevaron al médico pediatra al recién nacido al mes del alta sanatorial. Es decir que existió la posibilidad de que se les insistiera con una consulta al conocer los antecedentes del niño, como de hecho ocurrió meses después S..-

En efecto, en el Sanatorio Modelo de Quilmes hay cinco evoluciones (consultas) a partir del 28 de febrero hasta el 24 de julio de 1990 y fue en esta última fecha que se hizo la consulta oftalmológica cuando ya el niño era ciego (fs. 1328, pto. 35; informe de Sanatorio Modelo de Quilmes de fs. 1364/65).-

Por lo dicho anteriormente es que no se puede pasar por alto situaciones como la ocurrida en el Sanatorio Modelo el 28 de febrero de 1990. El niño en consulta, presentaba cólicos e hidrocele y fue atendido por la médica Dra. Somma, quien consignó en la HC que se trataba de un recién nacido pretérmino, internado durante 45 días (¿? Fueron 30), medicado por infección, pero nada escribió, indicó o le llamó la atención sobre el tema oftalmológico. Un obrar diligente imponía detenerse en esto, máxime cuando la madre ha referido lo del estrabismo y al contestar su empleadora Sanatorio Modelo rotundamente afirmó, que cuando comenzó la atención por consultorios externos el niño ya estaba ciego (fs. 442 vta./443 y fs. 446). Otro tanto ocurrió con la revisión del 5 de marzo o la del 12 de abril ante un cuadro de bronquitis siendo atendido por la Dra. Goytea y Cusumano (declaración de fs. 767 y fs.1872).-

El 17 de julio el Dr. Humberto Cusumano pidió un estudio prequirúrgico por el tema de hidrocele pero no lo volvió a ver "no sé qué pasó", dijo a fs. 766. Finalmente, como ya señalé fue recién con la intervención del Dr. S. -quien declaró a fs. 768-, que el 24 julio se diagnosticó la leucoria bilateral. Es decir, en la semana 43ª de gestación corregida, la ceguera estaba instalada.-

La medición de oxígeno en sangre fue efectuada según tabla que el CMF elaboró a fs. 1311/12, sobre la que no recae duda porque los datos no surgen de la HC, sino de los informes de laboratorio. Por eso, cuando los Médicos Forenses sostuvieron que de los informes periciales de la causa penal no se extrae error en el manejo del oxígeno o de los profesionales, hay que entenderlo con aquel alcance es decir que es incuestionable que con aquellos registros de laboratorio, sin duda necesitaba oxígeno pero lo que no se puede asegurar es que el % registrado en la HC sea al que efectivamente fue sometido M. (fs. 1315, ptos. 6 y 10). Tampoco han descartado que se hubiere producido una aparición rápida de la enfermedad (rush disease; fs. 1327, pto. 25). Además, el comportamiento como séptico hizo decir a los forenses que el feto pudo haber sufrido hipoxia intrauterina o una infección -de hecho requirió varios días de antibióticos- y además transitó un cuadro de hiperbilirrubinemia.-

Hubo factores patológicos obstétricos (muy alta probabilidad de infección materna; antecedentes de abortos previos, hijos prematuros, etc; se carece de datos completo y precisos sobre el control de su embarazo, etc.); el menor nacido con 32 semanas de gestación, relativo bajo peso, séptico, con cuadro neumónico, exanguinotransfundido, con hiperbilirrubina necesitó oxigenoterapia hasta los primeros días de enero de 1990 para evitar su muerte (fs. 1320, pto. 17).-

En la historia familiar de la Escuela n°515 (reservada en sobre), aparece una encuesta social en la que la madre aludió a su presión alta con control médico, su facilidad para dilatar y romper bolsa, durante el embarazo no tenía buen estado físico, molesta con mucho dolor de cintura y piernas. En los demás embarazos estuvo internada por peligro de parto prematuro, con excepción de M. (ver de la carpeta el ítem "A.Educ."-)

Todo lo anterior demuestra una situación de altísimo riesgo. No debe perderse de vista -insisto- que la oxigenoterapia suministrada era indispensable para salvar la vida del niño, que resguardada esta la obligación médica, lo siguiente era preservar el órgano y finalmente la función.-

Si bien en la actualidad los estudios indican que la causa de ROP es multifactorial, cabe resaltar que la reducción de O2 demostró -como señalé- una disminución de la enfermedad, pero con el importante costo de incremento de la tasa de mortalidad de los prematuros.-

El dilema se convierte en dramático si no se tiene en claro que se debe priorizar la vida, luego el órgano y finalmente la función.-

Por otro lado, todas las causas que contribuyan al nacimiento prematuro (infecciones, sufrimiento fetal, traumas, etc.) contribuyen al incremento del riesgo eventual de padecer esta enfermedad (Retinopatía del prematuro: incidencia y factores de riesgo; Revista Chilena de Pediatría, v.71, 2000).-

El grado de prematurez y en consecuencia, el bajo peso al nacer, determina un riesgo de padecer retinopatía del 50% en niños nacidos con 1.200gr. y del 90% en niños nacidos con 750 gramos. El relevo de casos de enfermedad entre 1998 y 2002 demuestra como aumenta en forma progresiva el número de casos cuantos más niños prematuros logran sobrevivir (Anales de Pediatría de Barcelona: "Retinopatía del Prematuro en el siglo XXI en un país en desarrollo: una emergencia que debe ser resuelta", Hospital Garrahan, Buenos Aires).-

Pero si bien parecería no estar hoy unánimemente aceptada la estricta correlación entre el nivel de Pa O2 y la ROP, es decir del elemento oxígeno como desencadenante de la consecuencia: enfermedad retinopatía del prematuro, una cosa resulta obvia: conocido el riesgo se potencializa el deber de obrar como el máximo de prudencia, debido control y diligencia para evitar la producción o causación del daño (art. 902 del Cód. Civil). Este es un aspecto determinante porque se conoció que el 9 de enero de 1990 -es decir en la semana 36ª de gestación corregida-, el niño transitaba una incipiente ROP.-

Me queda claro que no puede ponderarse la conducta actuada por los médicos según los resultados sobrevenidos. Lo que se debe hacer es situarse en las circunstancias en que le tocó actuar y con los elementos con los que entonces se contaba, para así ponderar si el actuar médico fue el indicado como adecuado para el caso.-

Por el siempre recordado voto de la Dra. Elena Highton de Nolasco, la Sala F de la Excm. Cámara Nacional en lo Civil -recordado en las expresiones de agravios-, señaló que es diversa la óptica que puede tenerse del asunto sujeto a juzgamiento, teniendo a la vista cómo se desarrollaron los acontecimientos, de la que podía tenerse al tiempo en que ellos ocurrían (autos "Museyri, Ricardo Salomón y otro c/ Abramson, D. y otro s/ daños", del 15/4/97).-

Es que al evaluar la situación y cada una de las responsabilidades, el juez debe colocarse en la situación de la actora y del médico en el momento en que los hechos ocurrieron, pues la mirada retrospectiva de todo lo que pudo haberse hecho no ayuda a resolver la temática. Y sigue diciendo el precedente: "deben colocarse el abogado y el juez en el lugar y tiempo en que el médico actuó y preguntarse ¿actuó a través de uno de los caminos posibles?, ¿su conducta era aceptablemente la de uno de su clase dentro de las circunstancias?, ¿su diagnóstico o evaluación de la situación era uno de los científicamente válidos de acuerdo a los elementos y circunstancias del caso?.-

Advierto que el CMF aclaró que en diciembre de 1989 el diagnóstico, control y tratamiento de ROP era esencialmente de seguimiento evolutivo (fs.1321). Pero adelanto que ni siquiera se le dio esa posibilidad a M..-

#### VI.- La Historia Clínica (HC)

1.- En la demanda se aludió a las irregularidades, omisiones y sospechas que suscitaba la HC, confeccionada y suscripta por un solo profesional, Dr. F. (fs.59 vta). El Cuerpo Médico Forense llamó la atención sobre la falta de planillas de indicaciones médicas y enfermería, la redacción unipersonal de la HC del Dr. F., que llevan a pensar que no es un reflejo fiel de la realidad (fs. 1322/23).-

A fs. 1306 con fecha 18 de marzo de 2004 el Juzgado ordenó el pase al Cuerpo Médico Forense, que se concretó el 22 de ese mes. Por oficio firmado por el Dr. D. P., el 16 de junio el CMF pidió la remisión de la HC y se ordenó su envío el 5 de julio de 2004 (fs. 1307). A pesar de algún desorden en la agregación de las piezas, de cualquier manera el Juez dispuso que el caso se peritara sobre la base de la HC existente (fs. 1367).-

Especialmente señalo que las falencias de la HC deben medirse cuidadosamente, porque en las emergencias o situaciones en las que está en juego la vida lo que se debe priorizar es la atención y el

proceder médico en relación a la asistencia del enfermo y no las anotaciones detalladas y precisas de una HC. Se suele escuchar en los ambientes médicos que en tales situaciones, los profesionales deben optar entre las exigencias de su deber y juramento hipocrático de preservar la vida y salud, frente a las que le imponen protocolos o criterios legales para la confección del documento. Hoy la ley 26.529 que entró en vigencia este año, define la HC como el "documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud y el art. 15 detalla los datos que debe contener en forma clara y precisa, entre los cuales señala "todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas y estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancia de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda actividad inherente en especial ingresos y altas médicas.-

La HC clínica es primordialmente un documento informativo y probatorio, que debe ser llevado correcta y detalladamente porque de él se extraerán datos que sirven tanto para imputar culpa médica como para que el profesional asegure su defensa.-

La falta de indicaciones terapéuticas, estudios, características y evolución del cuadro del paciente compromete sin duda la responsabilidad del médico porque sus falencias o déficit hacen que se pierda por ejemplo, una posibilidad clara de calificar si los actos médicos responden a protocolos o estándares aceptables. Recuerdo que el art. 902 del Código Civil le imponen el deber de actuar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas y las omisiones o defectos originan presunciones hominis desfavorables al médico demandado. Pero además, constituyen un violación al Código de Ética Médica (Calvo Costa Carlos, Daños ocasionados por la prestación médico asistencial, pag. 256 y sgtes).-

La HC de autos, cuestionada y con sus falencias existe como documento de prueba y así se ha considerado a lo largo del proceso, incluso por mandato del Juez interviniente. Adviértase que contiene datos incontrovertibles y hasta registros suscriptos por otros profesionales -por ejemplo el del día 22 de diciembre firmado por el cardiólogo Dr. Roggiero (fs. 23)-, por lo cual no considero probada la falsificación de aquélla, aunque sí que existen indicios de que al menos parcialmente ha sido confeccionada en un tiempo diferente al tiempo real inmediato al de la revisión y constatación del estado del niño.-

Enseña Alsina que indicio y presunción son dos conceptos independientes que se complementan. Un hecho, una cosa, una actitud se transforman en indicios en cuanto indican la existencia de una relación mediante la cual puede presumirse la existencia de otro hecho del que es un atributo. Presunción es la operación mental en la que por aplicación de esa relación, puede llegarse al conocimiento de ese hecho. El indicio sería el punto de partida para llegar a establecer una presunción y esta es la consecuencia jurídica que se saca de un hecho que se tiene por existente. Por eso se la llama prueba indirecta o mediata, ya que se llega a ella a través de un razonamiento. El juez establece las presunciones hominis conforme las reglas de la sana crítica cuando son precisas, graves y concordantes (conf. Alsina, H, Tratado de Derecho Procesal, T.III, pág.683 y sgtes., ed. Ediar 1958).-

No ha habido una peritación scopométrica en autos para probar el punto, pero existe una señalada presunción de que la HC -por lo menos en algún tramo-, no fue confeccionada hora por hora día según evolucionada el cuadro de M.. Ha quedado la duda de que no fue progresiva y no está claro que las anotaciones hubieren sido contemporáneas a los hechos que se iban produciendo día a día. Por ello y así como F. aludió a constancias de un hecho que no se cumplió (la segunda consulta oftalmológica durante la internación), la credibilidad de los demás registros ha quedado impregnada por la sospecha que han referido los peritos profesionales que llamaron la atención sobre el punto.-

Es decir, la conducta médica ha puesto en crisis la exactitud y veracidad que debe presidir el arte de curar y ello puede ser interpretado como un intento de protegerse por las consecuencias de proceder reprochable (Fallos322:726, Dres. Fayt y Vázquez).-

Las irregularidades formaron parte de la denuncia penal, al argumentarse que la HC había sido falsificada (fs. 4vta. del expte. que tengo a la vista). Sin embargo, el Juez penal ante la falta de constancias de la existencia de delito alguno, sobreseyó provisionalmente el sumario en 1992 (fs.153). Como es sabido esto no es óbice para que el Juez penal analice y juzgue las conductas porque en estos casos no hay cosa juzgada penal.-

Es cierto que las condiciones de esta HC, la constituyen en una prueba de escasa eficacia en algunos aspectos, pero de ahí a que puede erigirse en una prueba autónoma de responsabilidad médica hay un

tramo para clarificar. Adviértase que contiene datos incuestionables respaldados por otros elementos o documentos del resto de la prueba producida (conf. CNC, sala C ED. 84-473, CNFed C. y C. La Ley 1997-B, 802).-

En efecto, de fs. 25 a 33 del legajo reservado están agregados estudios de laboratorio que se realizaron diariamente desde el nacimiento, con 3 ó 4 mediciones por día hasta el 28 de diciembre de PH, PCO2 y PO2: con dos hasta el 1° de enero y a partir de allí una el 2, 3, 4, 6, 7, 9, 12 y 15 de enero de 1990, firmados por la bioquímica Dra. S., que coinciden con los registros de la HC. (por ejemplo los de los días 2, 7 y 10 de enero: fs. 73 vta., 39 vta. y 40, etc). El informe de hospitalización en terapia intensiva neonatal, firmado por la Dra. Sureda y a fs. 44 las evaluaciones de interconsulta con cardiología infantil también son intachables.-

A mi juicio, lo reprochable es:

1.- Que el médico no haya dejado constancia de la interconsulta con la oftalmóloga Dra. G. del 9 de enero (conf. fs. 43 y 40) y que dado las características del caso y de la familia, previo al alta no se hubiera realizado otra consulta, limitándose a mencionar o insinuar una consulta, consignando "sugiero controles cardiovascular, oftalmológico y hemograma en 10 días" (fs. 42). En realidad, debió indicar y prescribir en forma contundente una inmediata consulta.-

2.- Es también una falta grave que no existan las hojas de indicaciones médicas y de enfermería para el seguimiento exacto de las alternativas que se iban presentando (fs. 1714, pto. 4).-

3.- También lo es no haber volcado los análisis y estudios solicitados, la medicación suministrada y tampoco supone un adecuado control ver una vez por día a un paciente de riesgo (pto. 7 y 12). Es importante detenerse en la epicrisis extendida y firmada por el Dr. F. donde hizo referencia al control oftalmológico del 9 de enero de 1990 y señaló que se hizo otro a los 15 días presentando la misma lesión por lo que se indica seguimiento por consultorios externos pero esto no figura en la HC (ver puntos 14 y 16 de fs. 1815vta/16).-

A fuerza de ser reiterativa -el tema lo justifica-, vuelvo a que a esta altura no se discute que la ROP responde a múltiples factores. El oxígeno puede aumentar el riesgo, pero como se ha visto no es una condición excluyente.-

Si se hubiera reducido el suministro de oxígeno se lo podía haber llevado a una situación de hipoxemia, con lesiones severas en órganos vitales que hubieran determinado su muerte. Según me he documentado, el oxígeno que respiramos con el aire está al 21% y al suministrarlo, aumentándolo a un recién nacido como ayuda necesaria para la supervivencia -cuestión que tiene que ver con la permeabilidad de las membranas pulmonares, la patología de base, de la frecuencia respiratoria y de la función cardíaca - es para que el nivel del oxígeno en sangre no quede en un nivel por debajo del que los órganos nobles necesitan. Por eso es que la ROP es considerada una afección propia de la prematuridad.-

Con relación al control y suministro de oxígeno existían dos métodos, la extracción de sangre de una arteria y el monitoreo transcutáneo (cuya práctica no era obligatoria). La H.C. revela que los días subsiguientes al nacimiento se tomó más de una muestra por día y esto surge no de la HC sino de los partes de laboratorio incuestionados (cuatro durante las primeras semanas).-

La retinopatía del prematuro tiene diferentes estadios. En el I y II, en un alto porcentaje de casos revierte sin necesidad de tratamiento. Fue dado de alta a la semana gestacional 35<sup>a</sup>, con oportunidad de tratamiento e indicación de interconsulta (recuérdese que aunque la crioterapia era aún experimental, con escaso porcentaje de éxito y aconsejable en un solo ojo, ya existía en esa época como tratamiento).-

El control oftalmológico tiene dos objetivos: detectar la existencia de la enfermedad en el recién nacido e identificar el momento de aparición del grado III, que indica el momento de necesidad de tratamiento (recuerdo que el control de M. efectuado por la Dra. G. a los 20 días de nacido, indicaba bilateral en "grado I- Zona 2 plus" y en julio ya estaba ubicado en grado V, irreversible. En el fondo de ojo de un prematuro normal, los vasos retinales suelen ser delgados y lineales, en cambio ante la aparición de anomalías visibles en el fondo de ojo cuando, si se agrega a la etapa de la enfermedad un signo plus (+), significa que existe tortuosidad arteriolar y dilatación venosa.-

Se sostiene respecto del control demasiado temprano, que la enfermedad puede no haber aparecido aún y por ello interpretarse falsamente como ausencia de enfermedad, pero no es el caso de M. porque tenía

detectada la enfermedad el 9 de enero, cuando ya no estaba sujeto a oxigenoterapia. Por ello cuando se realizó el control en julio ya era demasiado tarde porque el daño a la retina era definitivo.-

Por eso es que centralizo la responsabilidad que adjudico, no en el suministro de oxígeno que era vital para el niño, sino en las conductas de todos aquellos -médicos y familiares- que en este período pudieron haberlo colocado -al menos- en una situación mejor y no lo hicieron.-

Esta responsabilidad de los demandados que se condenan, no es total del 100%, porque no fue su arte médico puesto al servicio de un paciente en riesgo lo que los responsabiliza como determinante de la ceguera -hubo factores de diversa índole que a lo largo de este voto he ido analizando- sino no haber puesto toda la diligencia necesaria para que detectada la enfermedad el niño hubiera tenido un mayor porcentaje de chance de no ser ciego.-

La importancia del control oftalmológico, permite detectar la existencia de la enfermedad en el recién nacido e identificar el momento de aparición del grado III con signos plus (momento que patentiza la necesidad de tratamiento), pues bien en el caso, ya había aparecido en el primer control de enero en grado I, zona 2, plus y no tuvo siquiera la chance de tratamiento.-

El tratamiento sólo puede alcanzar aquel porcentaje de probabilidad de éxito si se comienza en el "estadio umbral" ya que el estrabismo y el nistagmus aparecen cuando se pierde la visión central.-

A fuerza de repetir, el dilema está en que al administrar menos oxígeno del necesario aumenta la mortalidad perinatal y administrar más oxígeno que el necesario, aumenta el riesgo de padecer retinopatía. Sin embargo, la administración de oxígeno agrega riesgo de producir la enfermedad, pero no es condición indispensable y necesaria para que esta ocurra. Dice Plamer que la única condición necesaria es el nacimiento prematuro (Palmer E, Phels, Dale; Spencer T y Luty G: "Retinopatíadel Prematuro", en Retina, 4ª. Ed. 2006).-

Por eso es que merece reproche que los médicos que vieron al paciente después del alta y antes de la decisiva semana 45ª no hubiera indicado o derivado a una consulta oftalmológica. Los especialistas en el tema saben que pasado el estadio umbral de la enfermedad lo que se pueda hacer debe ser antes del grado III de retinopatía y que después de la semana 45ª nada ya sirve.-

VII.- El agravio por el rechazo de la demanda contra G. P..-

El médico al contestar negó su intervención en el caso (fs. 289, ap. II y fs. 308 y sgtes.). Señaló que en ningún momento se consignó el n° de HC del niño en OSPSA, ni la atención por consultorios externos de Sanatorio Modelo Quilmes de G. P..-

Se sostuvo que la eventual quiebra de la Clínica Materno Infantil de Quilmes, movió a los actores a extender la responsabilidad a G. P. y atrapar a la Obra Social como deudora (fs. 310 vta).-

La Obra Social del Personal de la Sanidad (OSPSA) aceptó ser prestadora de servicios médicos asistenciales del personal que trabaja en establecimientos de la sanidad, para lo cual tiene infraestructura propia en Saavedra 159 y además contrata sanatorios y servicios médicos externos (fs.223vta y ss., informe de fs. 774).-

La madre pertenecía a la Delegación Regional Buenos Aires por su domicilio y así fue derivada a la Clínica Materno Infantil de Quilmes. Ella desde años atrás se atendía a través de la Clínica Brandzen SA. En cambio negó la asistencia por consultorios externos de OSPSA Delegación Regional Quilmes o del Dr. G. P.. En cuanto a los consultorios externos del Sanatorio Modelo de Quilmes, la conducta de los profesionales fue analizada en la causa penal, sin reproche alguno.-

Por otra parte se argumentó que la Obra Social verifica las autorizaciones conferidas por las autoridades municipales y Ministerio de Salud y Acción Social de los centros médicos pero, no puede evaluar la excelencia de los servicios que contrata. Pero además, negó que la asistencia que se le prestó al niño fuera inadecuada.-

Vuelvo sobre algo ya señalado. El original de la HC n°175267, de M. S. confeccionada en el Sanatorio Modelo Quilmes donde constan las consulta desde el mes de febrero hasta la que mantuvo con el Dr. S. en julio de 1990, está agregado a fs.14 del expediente sobre prueba anticipada que tengo a la vista.-

La primera consulta registrada fue la del 28 de febrero por el problema de los cólicos, donde lo atendió la Dra. Somma que no fue demandada -hecho reconocido al contestar el Sanatorio a fs. 442 vta.-, luego hay

dos más y en cuarto lugar aparece la firma y sello del médico cirujano Humberto Cusumano, quien declaró a fs. 766). La última es la del Dr. S. que comprobó la leucoria.-

La codemandada Sanatorio Modelo Quilmes al referir que la atención por consultorios externos se hizo a partir de la fecha indicada, sostuvo que el niño ya estaba ciego y que en un examen pediátrico no era posible distinguir un paciente de 70 días con ROP, de un niño absolutamente sano. La falta de fijación de la mirada -agregó- no es en modo alguno indicio de la patología, sino una constante en los prematuros debido a su inmadurez (fs. 442 vta./443 y fs. 446). Tal vez se trate de justificar la intervención médica de la Dra. Somma, quien no se percató o dio importancia a la señal de los ojos de M., mientras que a las testigos que declararon les llamaba la atención que el chiquito aparentaba como estrabismo y "cerraba los ojitos" (fs. 761).-

VIII. En relación a lo expuesto en el considerando anterior respecto de los múltiples factores que incidieron en el caso a los fines del determinar el factor de atribución y su grado, para juzgar la responsabilidad del Sanatorio Modelo y del equipo médico, necesariamente se debe hacer referencia, al seguimiento posterior al alta y los controles indicados -que ya se ha tratado- y a la situación e historias de los padres. Me fundo para ello en la anamnesis de la perito psicóloga, incluso las referencias de la consultora de la parte actora.-

a) Se trata de un matrimonio que ha atravesado duras pruebas. La madre desatendida por sus padres fue criada por una abuela, reconoce que su padre fue alcohólico (fs. 1011). A los 16 años quedó embarazada de M A. y durante el período de lactancia engendraron a C., ambos nacieron prematuros y deben permanecer en incubadora hasta los 9 meses (fs.794). A. nació en término, pero M. también fue prematuro y padeció meningitis. Cuando éste tenía 4 años, nació M. de ocho meses de gestación. M A. refirió que vivió con sus abuelos porque la madre tuvo un embarazo muy complicado con C. quien estuvo muy grave e internado, de más grande padeció de disritmia cerebral con desvanecimientos, tuvo un neumotórax y ante la frustración y culpa que siente se evade mediante la ingesta de alcohol de (fs. 797 y fs. 799). La madre trabajó como mucama en la Clínica del Niño y en terapia intensiva de una Clínica de Quilmes. Fue técnica en esterilización (fs.1012). Dejó de trabajar para ocuparse de M. en quien puso toda su energía, descuidando inclusive sus propios controles médicos, que a la fecha de peritación no hacía desde los últimos 10 años.-

Todo lo anterior es representativo de la crisis que atravesó esta familia desde sus orígenes, inicialmente en Córdoba y trasladados luego, en Buenos Aires con cinco hijos que atender y dificultades económicas serias (él es chofer de la línea 39 de colectivos), lo que provocó grandes angustias y bloqueos emocionales.-

Esto podría llevar a explicar cierta dificultad en reconocer las indicaciones que -según sostienen los demandados- se les habrían dado para el seguimiento posterior al alta del niño. Recuerdo que a las testigos que la acompañaban les decía que todo estaba bien (fs. 757,761 y 765), pero es preciso ponerse en la situación de un padre que -como refieren los informes psicológicos-, tiene que salir a trabajar con pocas horas de sueño y una madre con un niño de pocos días enfermo, teniendo que asistir también al resto de los cuatro hijos. Por eso hay que tomar con cuidado lo que el Dr. S. explicó sobre que detectada la ROP debería haberse realizado un nuevo control dentro de un plazo no mayor a los 15 días, que es lo que recomendó la Dra. G. y los padres aparentemente habrían desoído. Así es importante tener en cuenta lo que agregó respecto de que el seguimiento correcto no evita la enfermedad, pero ofrece una instancia de tratamiento oportuno. Aludió a la crioterapia que requiere de anestesia y como se señaló al tiempo del nacimiento de M. -quien presentaba un cuadro muy grave- no era una práctica experimentada y aprobada científicamente.-

b) Por lo expuesto a mi juicio la responsabilidad de los demandados transita en una zona que se inicia con la omisión de un nuevo control oftalmológico antes de disponer el alta de M. concedida al día 11° de la interconsulta con G., cuando ella había pedido que se hiciera los 15 días. Pero lo que coloca al Dr. F. en peor situación es que en el registro de la HC del día 10 de enero de 1990, asentó:"Se estudió ayer con Fondo de Ojo, siendo el resultado patológico, necesitándose controlar nuevamente a los 10 días por retinopatía g II. Se volverá a controlar. No está salvado lo que aparece a simple vista como corregido con un trazo más oscuro, el grado "I" por un "II" (conf. fs. 40 y fs. 43de la HC original reservada en sobre). Ese control a realizar a los 10 días y la obligación de volver a controlar vencía el 20 de enero. Firmar el alta sin llevarlo a cabo y limitarse a "sugerir" el control en otros diez días, a partir del 20 de enero, es una prueba elocuente de la negligencia y consecuente responsabilidad que se le atribuye. Otro tramo que lo responsabiliza, continúa con la circunstancia de haber omitido el deber de informar en forma explícita y



categoría a los padres, la situación que el niño estaba atravesando. No era un "sugerir", sino haber impuesto como deber llevarlo a cabo de inmediato. Para eso su conducta debió ser activa, hubiera sido preferible que se hiciera antes del alta, pudo haber otorgado el alta sanatorial derivándolo a inmediata consulta oftalmológica, para lo cual debía ordenar él mismo los estudios necesarios; debía insistir concientizando a los padres de la gravedad del tema y además consignar expresamente en la HC todos estos requerimientos, para evitar el reproche.-

Finalmente, tampoco fueron eficientes los controles médicos pediátricos posteriores, cuando no asignaron importancia a los antecedentes del niño. En este tramo y hasta la intervención del Dr. S., quien detectó que el cuadro irreversible, también debe considerarse responsables de esta pérdida de chance a quienes integraron el equipo médico del Sanatorio Modelo de Quilmes y por consiguiente, a la institución misma. No es ello de importancia menor, dada la importancia del período ventana del tránsito gradual de la enfermedad hacia los estadios de irreversibilidad. Bien saben los profesionales que frente a una afección de esta índole, no es posible sostener que no era visible el problema de los ojos, ya que la madre refería el estrabismo y la falta de fijación de la mirada y el signo es evidente.-

Por todo esto se ha privado a M. de la chance de no estar comprendido en la franja de prematuros ciegos y se debe indemnizar pues la pérdida de esta chance que es un daño actual y resarcible, por cuanto implica una "probabilidad suficiente" que resulta frustrado por culpa del responsable (Orgaz, Alfredo. El daño resarcible. pág. 70, par. 24; Llambías, J.J. Tratado de Derecho Civil, Obligaciones. t.1, pág. 266, párr. 241, nota 20). Creo haber dejando en claro a través de los desarrollos precedentes, que lo que se está imputando al médico y a las Clínicas demandadas es una conducta negligente, omisiva, irregular que no permitió dar a M. la chance de quedar dentro de la franja de niños cuya retinopatía puede revertir por tratamiento oportuno de la enfermedad.-

Por estas razones y no por las que son motivo de las quejas de la actora -cuyas argumentaciones no dejan de ser conjeturales ante la invocada ausencia de datos certeros sobre las dosificaciones de oxígeno (fs. 2273 y 2276/7)- o las que aparentemente fundaron el fallo, propiciaré la confirmatoria de la responsabilidad parcial de los demandados.-

Si mis distinguidos colegas compartieran el punto, sería de caso atribuir responsabilidad por este aspecto de la cuestión y confirmar por estos fundamentos la sentencia en su parte pertinente.-

No considero que existan elementos de juicio suficientes para condenar personalmente al Dr. G. P., porque efectivamente sólo existen muy pocas referencias a él. Es cierto que no fue sincero al afirmar que no había tratado nunca al menor, para luego reconocer que la orden de vacunación la había extendido él. Pero los testigos que acompañaban a la señora a las sucesivas consultas -que curiosamente si se añaden las personas que iban sucesivamente con ella, parecería que hubiera habido muchas más visitas médicas que las consignadas-, nunca participaron de aquéllas, quedaban afuera del consultorio y se atenían a lo que ella les refería (recuerdo las características de su personalidad de base indicada por la licenciada Casen a fs. 1040).-

IX. Otro agravio de la actora giró alrededor de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (fs.2299, punto F).-

a) La demanda se inició contra Clínica Materno Infantil Quilmes y/o Clínica Branzen; Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA) y los médicos que se mencionan a fs. 4 vta., ampliándose a fs. 38 contra la Obra Social del Personal de la Sanidad Argentina (OSPSA), que contestó a fs.159, ofreció prueba a fs 539 y se presentó a la audiencia de fs.711. A fs. 470 ante la noticia de que ATSA no existía, se dirigió la demanda contra Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA). Ordenado el traslado de la demanda a fs. 471, fue notificada a fs. 472 y contestó a fs. 483 oponiendo excepción de falta de legitimación -diferida para la sentencia- por estar desvinculada por ley de la Obra Social (fs. 476 vta. y contestación de fs. 485).-

A fs. 1872 se informó que el Sanatorio Modelo de Quilmes presta asistencia a pacientes de ATSA, OSPSA Y Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA). Así las cosas, al alegar esgrimiendo tal vinculación se pidió la condena solidaria, por tener las mismas autoridades e iguales prestaciones asistenciales para sus afiliados.-

La sentencia hizo lugar a la excepción por no haber formado parte de la estipulación a favor de terceros que analizó y condenó -entre otros- a OSPSA (fs. 2183).-

b) Si no hay fundamento puntual en la refutación o no se dan las bases jurídicas que sustenten un punto de vista contrario al fallo, no hay expresión de agravios. No significa pues, sólo disentir con la interpretación del juez o transcribir fallos y doctrina, sino que debe configurar un análisis razonado de la sentencia (conf. CNC, sal F, RED-16, pág.767, n°93, id. T. 98,303; id. Sala CED.1108, 379). Así el apelante debe examinar los fundamentos de aquélla, puntualizando de modo crítico -es decir, emitiendo un juicio impugnativo- concreto y preciso, con una derivación lógica adecuada o sea razonada, del por qué a su juicio la decisión es errónea, injusta o equivocada. No basta con dar una apreciación dogmática que trasunte un criterio diferente al del juez o una mera disconformidad, sino que deben esgrimirse argumentos jurídicos fundantes de una opinión jurídicamente relevante en sentido opuesto al del fallo.-

En el punto advierto que además de reiterarse argumentos expuestos en cada momento procesal, se ha pretendido introducir en esta instancia la teoría de la apariencia ante la existencia de un conjunto económico y la penetración de la persona jurídica (fs. 2299), cuestiones estas no sometidas al juez de primera instancia. En los términos en que quedó trabada la litis y lo resuelto por el a quo, esta articulación tardía no puede ser considerada porque se estaría vulnerando el derecho de defensa (arts. 34, 161, 163 y 164 del Cód. Procesal).-

Por estos fundamentos propondré al Acuerdo confirmar el fallo en lo que respecta a la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por FATSA.-

X.- A.- Los daños.-

1.- Los daños reclamados en la demanda alcanzan a un total \$8.073.981 que se discriminan así:

Daños de M.:

1.- Incapacidad \$2.300.000; 2.-

Daño moral: \$1.900.000 (fs. 76) y 3.- Daño estético: \$340.000.-

Daños de los padres:

Gastos por estimulación temprana, traslados, \$35.250; \$14.780; \$36.340 = \$86.370. Daño psíquico de ellos \$300.000 cada uno y por M. \$640.000, de sus hijos M. \$150.000, A. \$150.000 y M y C. \$150.000 para cada uno. Total \$1.840.000. Más el tratamiento respectivo estimado en \$170.000. 3.- Asistencia de terceros sueldos \$204.000. 4.- Consultas y gastos por 66 años: \$66.000. 5.- Elementos de lectura, audiobrillete, etc. y capacitación, bastón \$277.611,36. 6.- Vehículo y chofer: \$440.000. 7.- Pérdida de chance de los padres, \$400.000.-

2.- En el fallo se adjudicó al médico un 35% de responsabilidad por lo cual se establecieron con el mismo porcentual los siguientes montos: Incapacidad: \$ 200.000. Daño psicológico dentro del moral y dentro de este el daño estético en \$245.000, tratamiento psicoterapéutico \$6.048. Para los padres por gastos de estimulación temprana y traslados, escritura braille \$30.000. Por daño psicológico a la madre \$35.000 y para el padre \$15.000. Para M. S. \$22.000, A. \$10.000, M y C. \$15.000 para cada uno. Gastos para asistencia por una tercera persona \$42.000. Gastos médicos y terapéuticos futuros \$23.000. Elementos para discapacitados no videntes \$ 28.000. Pérdida de la chance de ser asistido por el hijo \$60.000.-

Así alcanzó el fallo la suma de \$451.048, con intereses desde el día del nacimiento a la sentencia al 6% y desde allí a la tasa activa por aplicación del plenario Samudio (conf aclaratoria de fs. 2199).-

3.- Se ha realizado hasta aquí un minucioso análisis del tema y como introducción al fundamento de los daños, repetiré la doctrina que siempre esgrimo en casos análogos al tratar los distintos ítems (conf. esta Sala, Dupuy c/ Sanatorio, entre otros).-

Debe señalarse acerca de los montos que quedan establecidos a través de la forma en que se ha adjudicado la responsabilidad parcial de los demandados por las concausas, así como los deberes derivados de la patria potestad, asistencia y educación que pesan sobre los padres y están obligados a cumplirlos teniendo en cuenta la situación económica y Debe señalarse acerca de los montos que quedan establecidos a través de la forma en que se ha adjudicado la responsabilidad parcial de los demandados por las concausas, así como los deberes derivados de la patria potestad, asistencia y educación que pesan sobre los padres y están obligados a cumplirlos teniendo en cuenta situación económica y posición social (Zannoni E, Derecho de Familia, T.II-729).-

En el concepto de incapacidad quedan comprendidos todos los supuestos susceptibles de reparación patrimonial (incluso los daños a la salud, a la integridad física y psíquica de la víctima, como así también su aspecto estético), salvo el daño moral y el lucro cesante. Es decir, la reparación debe abarcar no sólo el aspecto laborativo, sino también todas las consecuencias que afecten la personalidad íntegramente considerada (conf. CNCiv., Sala "B", E.D. 13 627; Sala "C", id.38 301, Sala "K", L.L. 1997 E 1029, 39.854 S, ídem. esta Sala, R. n°479.808, "Tomei, Valeria Sandra c/ Pérez Mollo, Martín s/ daños y perjuicios" y L. N° 481.703 de este año 2007).-

Por otro lado, es sabido que en las indemnizaciones de derecho común, no cabe aplicar rígidos porcentajes de incapacidad utilizables cuando se reclama una indemnización por accidentes de trabajo, toda vez que este régimen legal específico tiene una perspectiva social que facilita la acción de la víctima por el riesgo profesional. Ahora bien, ello no significa tampoco, que deba contemplarse estrictamente y en forma matemática, las posibles ganancias perdidas atendiendo la disminución para siempre de las capacidades laborales. El juzgador debe considerar, en general, la pérdida que tal disminución de posibilidades en la vida importa, al soportar secuelas permanentes, sin atarse a un molde rígido de entradas, intereses y usufructos.-

Con relación al daño psíquico, resulta preciso señalar como lo he dicho en anteriores pronunciamientos, que en lo que respecta a los daños personales el bien jurídico tutelado comprende tanto la integridad física como la psíquica del damnificado. Así, se trata del derecho a la salud e integridad de la persona que posee rango constitucional y está reconocido por convenciones internacionales (art. 75 inc. 22 CN). En efecto, el centro es la persona en su esencia, en su condición de tal con el derecho de preservar su indemnidad en el goce pleno de sus capacidades y aptitudes físicas, psíquicas y espirituales. El bien jurídico protegido -integridad psíquica- de carácter extrapatrimonial y las consecuencias del menoscabo que se sufre, que inciden en lo patrimonial al incapacitar para la realización de una actividad productiva plena o los gastos de tratamiento para su recuperación que son daños patrimoniales indirectos. Pero si estos no existen aquel daño extrapatrimonial debe ser tenido en cuenta para fijar la cuantía del daño moral (esta Sala, Palinkas, Elena c/Transporte).-

Nadie cuestiona que los daños son materiales o morales, que son los establecidos en nuestro ordenamiento en sentido técnico jurídico (arts. 519, 1068 y 1069; arts. 522 y 1078). No existe un tercer género, pero considero que al momento de establecer el monto indemnizatorio de los daños derivados y en la medida en que quede en claro su verdadera naturaleza y conceptualización, la discusión sobre la autonomía o no del daño psicológico o en su caso del daño estético, no es tema central para resolver el aspecto de los montos indemnizatorios. La existencia de un padecimiento psíquico, traumas, cuadros depresivos, miedos, en fin las consecuencias perturbadoras de la personalidad con matices patológicos, van más allá del concepto de daño moral. Inclusive hay situaciones en que tales padecimientos no se proyectan en la vida laboral; piénsese por ejemplo en las fobias que son trastornos de ansiedad que el individuo padece frente a determinadas situaciones y que le determinan un comportamiento evasivo. En un caso hay una patología, mientras que la reparación del daño moral asienta en la perturbación ilegítima de la tranquilidad espiritual al hacer padecer a la víctima angustias y aflicciones.-

En cuanto al daño estético que en el caso se manifiesta en la inestabilidad de los ojos y el estrabismo, se sostiene que si bien incide principalmente en la psiquis de quien la padece, por lo que la indemnización procede a título de daño moral, puede también ocasionar detrimentos de carácter patrimonial a título de daño material cuando por ejemplo se trata de los gastos tendientes a la disminución, mejoramiento o eliminación de lo antiestético. Como puede advertirse procederá en autos en el primer aspecto señalado o sea, con un incremento del daño moral.-

También es preciso tener en cuenta la existencia de una Obra Social, ante los gastos cuyos montos han sido justificados por el art. 165 del Código, sin comprobantes que acrediten las erogaciones que se trata de un grupo familiar de pocos recursos. La madre dejó de trabajar y el padre es chofer de colectivos y por esta situación lamentablemente no le deben haber podido brindar todas las atenciones que ha necesitado, a pesar de haber puesto todas las energías y dedicación, olvidándose de sí misma.-

B.- Me hago cargo de los padecimientos, frustraciones y sufrimientos padecidos por M. S., por la lamentable situación que le ha tocado vivir con una incapacidad visual del 100%. -

Dentro de la tristeza que el cuadro provoca, es de toda justicia reconocer a la familia, en especial a la madre, el acompañamiento que le brindan y el deseo de que tenga la mejor vida posible. Se advierte en el

caso que desde 1991 asistió a la Escuela 515 para su estimulación y que ha tenido logros en su evolución tanto por su aprendizaje como en el desarrollo de actividades lúdicas con sus hermanos (fs. 786).-

1.- Una consideración previa se impone. Ya señalé que al proponer los montos que siguen, aludo a las sumas definitivas a cargo de los demandados de acuerdo a la responsabilidad parcial que les adjudico. Pero además, es preciso hacerse cargo del tema de la solidaridad invocada por la actora.-

En materia cuasidelictual, la regla de solidaridad establecida por la ley refiere a los "coautores", denominación que cuadra aplicar a quienes "se ponen de acuerdo para realizar actos imprudentes" o bien "hay coautoría cuando dos o más personas han contribuido con su acción personal a provocar el daño" (conf. López Olaciregui, J.M., en Llambías J.J. ob. op. cit. P. 433; Borda, G.A., Tratado de Derecho Civil, Obligaciones, TºII, p.236). En tal sentido esta Sala, ha sostenido en distintos precedentes que la responsabilidad de los "coautores" o "copartícipes" de un hecho ilícito es solidaria (conf. art. 1109 in fine del Cód. Civ. en autos "Muñoz O. c/ Transportes Río Grande SACIF s/ ds. y ps." del 15/7/96; íd., "Gimenez G. c/ Transporte Automotor La Estrella SRL s/ Ds. y Ps.").-

Sin embargo en la especie, no se dan los supuestos señalados precedentemente, ya que se trata de una responsabilidad contractual y de garantía de la que deriva una condena no solidaria (sino in solidum); esta categoría excepcional debe emanar del título constitutivo o de una disposición legal (arts. 699/701 del Cód. Civil).-

La obligación solidaria, es por naturaleza una relación jurídica única, en cambio las obligaciones concurrentes -como en el caso-, también llamadas conexas, indistintas, in solidum o convergentes, son aquéllas que tienen identidad de acreedor y de objeto debido, pero presentan distinta causa y deudor. Estas obligaciones concurrentes o "in solidum" presentan una gran similitud con las obligaciones solidarias, dada fundamentalmente por la razón de que la indemnización puede ser reclamada en su totalidad contra cualquiera de los obligados.-

2.- Como en el otro caso tantas veces referido en el expediente, puede a pesar de la ceguera irreversible tener algunas actividades laborativas acordes con su situación y expandir su personalidad en la medida de sus talentos.-

a. Por eso teniendo en cuenta la edad, el grado de responsabilidad de los demandados y las circunstancias propias del caso, propondré elevar el monto de la condena por este concepto a la suma de \$250.000 a la fecha de este pronunciamiento.-

b. Recuerdo que el daño psicológico y estético comprendidos en el moral, fueron establecidos en \$245.000 y por tratamiento psicoterapéutico \$6.048.-

El actor tiene un trastorno obsesivo-compulsivo de las características establecidas en el respectivo dictamen es decir este matiz patológico es lo que lo distingue del daño moral y aunque sean tratados en una suma única, es preciso tener en claro el límite tipificador de su procedencia (fs. 999 y sgtes.). Por un lado está la enfermedad, el trastorno de ansiedad y por otro la angustia, el quiebre del equilibrio emocional. A ello se suma la parte estética inmodificable, de inestabilidad de los ojos y el estrabismo.-

Propongo al Acuerdo conceder \$200.000 por daño psicológico y tratamiento y \$180.000 por daño moral y estético, o sea \$380.000.-

c. En cuanto a los gastos en que incurrieron los padres que fueron reclamados según diferentes períodos se otorgaron \$30.000. No se han acreditado estos desembolsos y es indudable que por el nivel económico de la familia no deben haber podido afrontar sumas exorbitantes (fs. 79/83). Por eso y teniendo en cuenta la responsabilidad parcial que se atribuye considero que la suma fijada en la anterior instancia es razonable y propongo su confirmatoria.-

d. El fallo admitió por daño psicológico a la madre \$35.000 y para el padre \$15.000; para los hermanos: M. \$22.000, A. \$10.000, M y C. \$15.000 para cada uno. La detenida lectura de las conclusiones de la peritación demuestra que la incidencia del problema de M. en cada uno de ellos, ha sido de diversa envergadura. Los mayores debieron hacerse cargo de una situación que los desbordaba. M S. nacido en 1954, padece de crisis de angustia y estado depresivo que lo ubica en un 15% de incapacidad, siendo su relación con M. nula (fs. 969). Stella Maris Prodollet de S., partió de una serie de conflictos pretéritos por el desapego de su familia de origen, con gran labilidad afectiva presentando un cuadro de trastorno de angustia y alto grado de violencia interna que llevó a la licenciada Casen a darle un 40% de incapacidad (fs. 1014).-

En cuanto a los hijos, cada uno recurrió a mecanismos de defensa diferentes y así, M. cuya salud desde la niñez ha sido bastante precaria -padeció meningitis y fue medicado neurológicamente hasta la adolescencia- presentó problemas porque su madre no se ocupaba de él, celos, resentimientos y agresión sdomasquista (fs. 1066). El daño psíquico fue evaluado en un 60%. A. nació en 1980 padeció de alopecia, y enuresis desde los 7 a los 11 años. Tiene problemas con su pareja por irritabilidad y agresión, en la época de la entrevista estaba medicada con Rivotril y se ha quejado de la poca atención de la madre hacia su propio hijito. Todo esto ha indicado la lic. Casen, ubicarla con una incapacidad psicológica del 10%. M A., nació en 1973 alrededor de los 17 años tuvo peritonitis época que coincide con el nacimiento de M.. Vivió con sus abuelos y evita hablar del tema de su hermano, aludiendo tangencialmente a los cuidados que le daba en una época por la mañana. Se sostuvo que padece de un trastorno narcisista de personalidad y trastorno de ansiedad generalizada que lo ubican en un 15% de incapacidad. C. es el segundo hijo, nació en 1974 en Córdoba. Completó sus estudios secundarios e ingresó a la universidad, alrededor de los 18 años padeció de un cuadro de disritmia cerebral, a los 22 tuvo un desprendimiento de pleura, neumotórax y tuvo con anterioridad, tratamiento neurológico. Se calificó su cuadro como de sintomatología disfuncional y un 15 % de daño psicológico (fs. 1134).-

Propondré al Acuerdo elevar el daño psicológico a la madre a la suma de \$50.000 y confirmar el resto de las sumas admitidas (padre \$15.000; M. \$22.000; A. \$10.000, M y C. \$15.000 para cada uno).-

e. Por gastos para asistencia por parte de una tercera persona se reconoció \$42.000; por gastos médicos y terapéuticos futuros \$23.000 y para la adquisición de elementos para discapacitados no videntes \$28.000, negándose la partida de vehículo para discapacitado no vidente y chofer.-

No debe olvidarse que hay desembolsos que los padres han debido hacer en cumplimiento del deber alimentario hacia los hijos y por otro lado, más allá de la suma admitida en la anterior instancia, la reparación que procede se habrá de recibir como una suma única que podrá ser invertida. A través de la renta que genere se atenderán los gastos que sin lugar a duda irán devengándose de modo que capital y renta se agoten en el tiempo de sobrevida estimada (CSJN, "Pérez F. c/ FFCCC Argentinos s/sumario del 25 de agosto de 1995).-

No obstante lo anterior para atender globalmente estos gastos de elementos de ayuda para no videntes, acompañantes terapéuticos, traslados y consultas futuras, etc. propondré aumentar la partida hasta la suma de \$110.000 a la fecha de esta sentencia.-

El reclamo de adquisición de un vehículo y sueldo de un chofer para conducirlo, no resiste mayor análisis. Sin perjuicio de reconocer las dificultades de deambulación de cualquier persona no vidente, baste pensar que lo mismo ocurre con otras discapacidades motrices que tenga el individuo y esta dificultad de movilización no es de aquellas consecuencias que deban ser resarcidas como consecuencia de los actos libres (arts. 512, art. 903 y sgtes. del C.C.). Propondré que se confirme su rechazo.-

f. También se pidió una suma de dinero para los padres por la pérdida de chance de ser ayudados económicamente por M., que fue estimada en \$400.000 (fs.99/101), habiendo sido reconocida la cantidad de \$60.000 por el señor Juez a quo.-

No cabe duda que la pérdida de la chance de ayuda, es un perjuicio cierto en la medida en que los hijos son concretos apoyos, tanto en el orden económico, como personal de asistencia, de cuidados y de consejos en el futuro de los padres. Pero la probabilidad de ayuda de un hijo hacia sus padres se encuentra limitada por sus propias necesidades a satisfacer que se acentúan con la mayor edad y cuando forman su propia familia, a la cual deben dedicarle la mayor parte de sus ganancias. Por lo cual, las posibilidades de ayuda a otras personas se limitan. En el caso, además de todo esto no debe perderse de vista que existen otros cuatro hijos y que aquí se está haciendo lugar a una responsabilidad parcial de los demandados, por lo cual considero que la suma es razonable y propongo que sea confirmada, distribuyendo \$20.000 para el padre y \$40.000 para la madre.-

XI. Los intereses.-

El agravio referido a este punto tendrá recepción parcial en esta instancia, por cuanto es criterio de esta Sala la aplicación de lo resuelto por el Tribunal en pleno, en fecha 20 de abril de 2009, en los autos "[Samudio de Martínez, Ladislao c/Transportes Doscientos setenta S.A. s/daños y perjuicios](#)"[Fallo en extenso: [elDial - AA518A](#)], en el sentido de que corresponde dejar sin efecto la doctrina fijada en los fallos plenarios "[Vázquez, Claudia Angélica c/Bilbao, Walter y otros s/daños y perjuicios](#)"[Fallo en extenso: [elDial.com - AA1371](#) ] del 2/8/93 y "[Alaniz, Ramona Evelia y otro c/Transportes 123 SACI interno 200](#)

s/daños y perjuicios"[Fallo en extenso: [elDial.com - AA1EFE](#)] del 23/3/04 y aplicar para el cómputo de los intereses correspondientes la tasa activa cartera general (préstamos) nominal anual vencida a treinta días del Banco de la Nación Argentina, desde el inicio de la mora hasta el cumplimiento de la sentencia, salvo que su aplicación en el período transcurrido hasta el dictado de dicha sentencia implique una alteración del significado económico del capital de condena que configure un enriquecimiento indebido. En consecuencia, este Tribunal entiende que la tasa activa debe liquidarse desde la mora respecto de los montos líquidos a esa fecha, cuyo reintegro o pago proceda y a los fines de que no se produzca una situación que importe un enriquecimiento indebido, respecto de aquellos ítems cuya determinación cuantitativa ha sido realizada conforme valores vigentes al tiempo de la sentencia, la tasa activa establecida en el plenario se aplicará desde la sentencia por haber sido considerados los importes a este momento y la tasa a liquidar desde la mora hasta el inicio del cómputo de la tasa activa será del 8% anual (conf. esta Sala en autos "Silva, A. A. c/ Palumbo, Jorge F. s/ Ds. y Ps." del 21 05 09, expte. 69296/00, entre otros).-

XII.- En síntesis, propongo a mis distinguidos colegas que por los fundamentos desarrollados en este voto, se confirme en lo pertinente la sentencia de grado, condenando a los demandados parcialmente por los daños sufridos por M. S. en los montos establecidos que totalizan para él la suma de \$740.000; para ambos padres la suma de \$30.000, para la madre individualmente además la suma de \$90.000 y para el padre la de \$ 35.000. Para los hermanos M., \$22.000; A. \$ 10.000; M \$15.000 y C. \$ 15.000, más sus intereses en la forma indicada precedentemente.-

Costas a los vencidos, a no encontrar mérito para apartarme del criterio objetivo de la derrota (arts. 68 y conc. del Cód. Procesal).-

Los Dres. Fernando Posse Saguier y Mabel De los Santos adhieren por análogas consideraciones al voto precedente. Con lo que terminó el acto, firmando los señores jueces por ante mi que doy fe.

Fdo: Elisa M. Diaz de Vivar, Fernando Posse Saguier y Mabel De los Santos.

Ante mi, María Laura Viani (Secretaria). Lo transcripto es copia fiel de su original que obra en el libro de la Sala. Conste.-

Sanidad Argentina; III.- elevar los montos establecidos en la sentencia de grado, según lo dispuesto en el considerando X, ap. B-2, en las siguientes sumas: para M. S. \$740.000, para ambos padres \$30.000, mas la de \$90.000 individualmente para la madre y \$35.000 para el padre, para M. A. \$22.000, para A. I. \$10.000, para M A. D. \$15.000 y para C. O. \$15.000; IV.- imponer las costas de ambas instancia a los vencidos (arts. 68 y ccs. del Código Procesal);;

V.- Aplicar la tasa de interés conforme los parámetros fijados en el considerado XI de la presente. VI.- Diferir la regulación de honorarios por los trabajos realizados en esta instancia, para una vez que se encuentren determinados los correspondientes a la instancia anterior (art. 14 del Arancel).-

Regístrese, notifíquese y devuélvase.//-

Fdo.: Elisa M. Diaz de Vivar - Fernando Posse Saguier - Mabel de los santos

**Citar:** [elDial.com - AA67B3](#)

Publicado el 08/04/2011

Copyright 2011 - [elDial.com](#) - editorial albrematica - Tucumán 1440 (1050) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina

Directora editorial: Romina A. Lozano - Propietario: Albrematica S.A.

Copyright 1997 - 2011 - [elDial.com](#) - editorial albrematica - Tucumán 1440 (1050) Cap. Fed. Telfax (5411) 4371-2806 - E-Mail: [info@albrematica.com.ar](mailto:info@albrematica.com.ar)

[Política de Privacidad](#) | [Aviso de derecho de autor](#) | [Defensa del Consumidor](#) | [Términos y condiciones](#) | [Datos personales](#) | [Cómo anunciar](#) | [Suscribirse](#)