

Voces: DAÑOS Y PERJUICIOS - MÉDICO - RESPONSABILIDAD MÉDICA - MALA PRAXIS

Partes: V. L. M. N. y otros c/ E. R. J. y otro | daños y perjuicios - responsabilidad médica

Tribunal: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil

Sala/Juzgado: H

Fecha: 17-oct-2018

Cita: MJ-JU-M-115305-AR | MJJ115305

Producto: MJ,SYD

Se responsabiliza al médico demandado pues la indicación de practicar una cirugía a la actora -quien padecía lumbociatalgia- no era recomendable, dado que no se trataba de una situación de urgencia y asimismo debió tener en cuenta la existencia de otros procedimientos menos invasivos vigentes al momento del hecho destinados al tratamiento.

Sumario:

1.-Corresponde responsabilizar al médico demandado ya que la indicación de practicar la cirugía por parte no era recomendable, dado que no se trataba de una situación de urgencia y asimismo debió tener en cuenta la existencia de otros procedimientos menos invasivos vigentes al momento del hecho destinados al tratamiento de la lumbociatalgia, como el bloqueo y la inmovilización de la columna, por ello la indicación de la cirugía obró de nexo causal con las lesiones padecidas por la actora al momento de llevarse a cabo el procedimiento quirúrgico.

2.-EL médico demandado resulta responsable por mala praxis en tanto la cirugía de columna se efectuó de manera inadecuada de acuerdo a las circunstancias de tiempo, lugar, persona y prácticas de la especialidad, dado que ante la ruptura del saco dural y las lesiones en las raíces nerviosas no se contó con la asistencia de un especialista -neurocirujano- que permitiera paliar los daños, lo que posiblemente derivó en las ya referidas lesiones graves, resultando muy poco probable que un daño de esa magnitud no estuviera acompañado de pérdida de líquido céfaloraquídeo, circunstancia que debió haber previsto.

3.-El art. 20 de la Ley 17.132 prohíbe a los profesionales que ejerzan la medicina anunciar o prometer la curación fijando plazos, anunciar o prometer la conservación de la salud (incs. 1 y 2), es claro entonces que la obligación que asume el médico es sólo de medios, o sea que se compromete a atender al paciente con prudencia y diligencia.

4.-Corresponde otorgar una indemnización por incapacidad física y psíquica a quien sufrió

severas lesiones luego de ser intervenida quirúrgicamente por lumbociatalgia, ya que la actora llevaba una vida equilibrada en cuanto a sus actividades laborales, familiares y recreativas hasta que la intervención quirúrgica alteró ese equilibrio, dado que le implicó una afección corporal y psíquica irreparable y permanente.

En Buenos Aires, a los 17 días del mes de octubre de 2018, hallándose reunidos los señores jueces integrantes de la Sala H de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, a los efectos de dictar sentencia en los autos: "V. L. M. N. y otros c/ E. R. J. y otro s/ daños y perjuicios -responsabilidad médica", y habiendo acordado seguir en la deliberación y votado el orden de sorteo de estudio, el Dr. Fajre dijo:

I.- La sentencia que luce a fs. 969/998, hizo lugar a la demanda promovida por L. M. N. V. y O. H. M. contra R. J. E. y F. A. A. - E. N., a quienes condenó a pagar las sumas de \$1.520.000 y \$219.600 en favor de V. y M. respectivamente, con costas a cargo de las demandadas.

La decisión fue apelada por la parte actora, por el E. N. - F. A. A. - M. de D. y por R. J. E. La primera expresa agravios a fs. 1049/1058, que no merecieron respuesta. El E. N. hizo lo propio a fs. 1060/1066, los que son contestados por la reclamante a fs. 1084/1089; mientras que las quejas del galeno obran a fs. 1067/1074 y la contestación de los actores luce a fs. 1078/1083.

II.- Las críticas de los reclamantes residen en la desestimación de la partida solicitada en concepto de asistencia permanente, y en tanto estiman reducidos los montos establecidos por incapacidad física y psicológica, daño moral -para cada uno de los actores-, gastos de convalecencia, traslados y curaciones.

La codemandada E. N. - F. A. A. - M. de D. sostiene que el anterior sentenciante se ha apartado de las pruebas técnicas decisivas obrantes en autos y en virtud de ello ha incurrido en una visión parcializada del hecho, extrayendo conclusiones que no se compadecen con las constancias acreditadas en la causa. Discrepa con los argumentos del a quo por entender que no analizó de modo conjuntivo y armónico todo el bagaje probatorio reunido y que el peritaje médico generó más confusión que certeza científica; en tal sentido manifiesta que coincide con las impugnaciones efectuadas por el codemandado E. en cuanto a que la actora padecía de un cuadro de lumbociatalgia a repetición de evolución crónica que se había reagudizado. Asimismo considera que el experto se contradice al sostener por un lado que la paciente refirió no haber realizado un tratamiento previo, y por otro, que ingería medicación analgésica y/o antiinflamatoria, lo que representa justamente un tratamiento. Arguye que el propio perito destacó que lo sucedido es de dificultosa previsión aún con la mayor diligencia del galeno. Resalta lo informado por el Consejo Directivo del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires en cuanto a que la compresión cicatrizal subsecuente a las cirugías espinales se encuentra ampliamente descripta en la bibliografía y resulta ser estadísticamente de gran impacto en la morbilidad post quirúrgica.

Concluye que la disminución funcional que presenta su contraria es consecuencia de una aracnoiditis o fibrosis de las envolturas de la médula espinal, por lo que no resulta imputable a la cirugía en sí sino a la reacción inflamatoria secundaria y que es una complicación atinente a la cirugía esté bien o mal hecha, asegurando que fue una cicatrización anormal y exagerada de la paciente.

Asegura que la obligación de los médicos es de medios y no de resultado y que la indicación de

la cirugía de parte del médico Estévez nació a partir de la consulta urgente de la paciente y de su voluntad expresa, en virtud de la intensidad del dolor padecido. Alega asimismo inexistencia de error en la elección del tratamiento, por entender que el profesional concluyó, frente al caso concreto, que los llamados tratamientos incruentos ya no resolvían el problema ni apaciguaban los síntomas. En virtud de ello, afirma que el galeno actuó según la ciencia médica probable y siguiendo el tratamiento que se adecuaba para el diagnóstico que presentaba la actora.

Esgrime que las causas para que la paciente continúe con dolor son múltiples y podrían abarcar desde la mala elección del procedimiento por el médico hasta la mala tolerancia de la ortesis por parte del paciente y/o la falta de cuidados y mala recuperación de la misma, por lo que ese abanico de posibilidades configura la falta de relación de causalidad entre la acción humana y el resultado nocivo. En tal orden de ideas, manifiesta que los riesgos y complejidades de la cirugía correctamente realizada deben ser soportados por la paciente que prestó su conformidad y que fue informada previamente en debida forma.

En cuanto a las partidas otorgadas, si bien en el acápite e) de sus agravios menciona la improcedencia del rubro solicitado por incapacidad psíquica, de la lectura de los escuetos argumentados surge que apunta a criticar el monto indemnizatorio fijado en concepto de tratamiento psicológico, por contar los reclamantes con la cobertura de la IOSFA, pudiendo articular tal tratamiento por su intermedio, sin costo adicional exigible.

Por último, se queja por la aplicación de la tasa de interés activa y solicita el empleo de la tasa pasiva de interés mensual publicada por el BCRA.

Por su parte, el codemandado R. J. E. cuestiona la falta de valoración en que incurriera el anterior sentenciante respecto del dictamen pericial del Comité Científico pese a ser fundamental, dado que fue elaborado por 3 especialistas, sin haber mediado observación alguna de las partes. Entre sus fundamentos efectúa un racconto del informe de la mencionada institución y destaca que en su oportunidad se indicó la internación de la actora para el estudio y tratamiento del dolor que padecía en la columna lumbosacra con irradiación hacia la cara posterior del miembro inferior derecho, dolencia que la afectaba con anterioridad al ingreso al nosocomio, por ende no se trató de una patología aguda iniciada el 11 de abril de 2011. Destaca que la exposición del Comité antes mencionado determinó que el criterio terapéutico en base al diagnóstico fue correcto, que contó con el consentimiento informado de la actora y que no existió complicación intraoperatoria alguna. Efectúa un resumen de la etapa post operatoria en el que se destaca que no ha existido desatención de la paciente y que no se describió que durante la estadía en el hospital hubiera perdido el control de esfínteres. En cuanto a la segunda internación del 1 de mayo de 2011, efectúa una recapitulación de sus causas, entre las que menciona fiebre, disuria, ardor al orinar y flujo vaginal e infección del tracto urinario con tratamiento antibiótico y alega que el alta hospitalaria cumplió con pautas aceptadas de buena práctica médica.

En cuanto a la atención recibida por la actora respecto del Dr. E. entendió que ha sido adecuada de acuerdo a las circunstancias de tiempo, lugar, persona y prácticas de la especialidad, lo que fue avalado por el informe del Comité Científico y que no existe certeza de la relación causal entre el acto médico y el daño sufrido por la accionante.

III.- Sentado ello, corresponde establecer el marco jurídico que habrá de regir esta litis, y habré de coincidir con el Sr. juez a quo, en el sentido que atendiendo a la fecha en que tuvo lugar el hecho que la motivó, entiendo que resulta de aplicación al caso lo dispuesto en la normativa

contenida en el Código Civil, hoy derogado, por aplicación de lo dispuesto en el art. 7 del Código Civil y Comercial de la Nación, actualmente vigente, sin perjuicio de señalar, claro está, que a idéntica solución se arribaría aplicando al caso las normas pertinentes de este último cuerpo legal.

En ese orden de ideas, partiendo de la aceptación de la tesis que juzga la responsabilidad del médico a la luz de las reglas que rigen la responsabilidad contractual, diré que para que la misma quede configurada deben concurrir como requisitos: a) Obligación preexistente, o sea la que asume el médico en virtud de un compromiso previo de naturaleza contractual o legal; b) Falta médica, que debe ser estrictamente profesional y cuyo elemento esencial es la antijuricidad; c) Daño ocasionado, esto es, que como consecuencia de la falta cometida se produzca un daño en el cuerpo o en la salud del paciente; d) Relación causal entre el acto médico y el daño ocasionado; e) Imputabilidad, o sea que para que el médico sea tenido por culpable del daño, su conducta debió jugar dentro de las condiciones de discernimiento, intención y libertad y según se den los presupuestos exigidos por el art. 512 del Código Civil (Conf. Yungano, López Bolado, Poggi, Bruno, Responsabilidad profesional de los médicos, págs. 134 y sigs.).

Reiteradamente se ha dicho que la obligación asumida por el médico no es de resultado, sino de medios. No se compromete a sanar al enfermo, sino solamente a atenderlo con prudencia y diligencia, a proporcionarle todos los cuidados que conforme a los conocimientos científicos que su título presume, son conducentes al logro de la curación, la que no puede asegurar (Conf. Trigo Represas, Félix, Responsabilidad civil de los profesionales, pág. 81).

De hecho, el art.20 de la ley 17.132 prohíbe a los profesionales que ejerzan la medicina anunciar o prometer la curación fijando plazos, anunciar o prometer la conservación de la salud (incisos 1 y 2).

Es claro entonces que la obligación que asume el médico es sólo de medios, o sea que se compromete a atender al paciente con prudencia y diligencia. En consecuencia, quien alega el incumplimiento de su obligación por el médico tiene a su cargo la prueba de que los servicios profesionales se prestaron sin esa prudencia o diligencia, o sea que le corresponde al damnificado probar la relación de causalidad entre la culpa médica y el perjuicio que se invoca.

Sin embargo, no existe consenso en el tema, en lo que hace a la carga de la acreditación de la culpa, pues hay quienes sostienen que, probado el contrato y el daño por el accionante, es el demandado quien debe demostrar acabadamente su cumplimiento o sea la prueba de que cumplió con la atención debida. Al médico le resultará mucho más fácil intentar una demostración de una conducta acorde con lo prometido, que al paciente convencer al juez acerca del apartamiento de la conducta médica respecto de la prestación emergente del negocio celebrado (Conf. Mosset Iturraspe, Jorge, Responsabilidad civil del médico, pág. 293; Lorenzetti, Ricardo, Responsabilidad civil de los médicos, pág. 246).

El médico debe probar, no sólo que ha puesto los medios, sino que éstos han sido suficientes y eficientes para obtener la curación de su paciente, lo cual si no se ha obtenido, no puede ser imputable a los mismos.

Debe probar que la prestación brindada ha poseído la idoneidad necesaria y se ha realizado con la diligencia y prudencia correspondiente (Conf. Riu, Jorge, Responsabilidad civil de los médicos, pág. 86).

Así, la culpa comprende tres fases: la negligencia, la imprudencia y la impericia. La primera supone una conducta omisiva, el no tomar las debidas precauciones en un evento cualquiera. La segunda consiste en una acción de la que había que abstenerse o en una acción que se ha realizado de manera inadecuada, precipitada o prematura. La tercera consiste en la incapacidad técnica para el ejercicio de una función determinada, profesión o arte (Conf. Mosset Iturraspe, ob. cit., pág. 197).

La imprudencia es la falta de prudencia y ésta debe ser una de las virtudes médicas, pues el médico debe ejercer su profesión con cordura, moderación, cautela, discreción y cuidado. Se identifica con el conocimiento práctico o idóneo y apto para la realización del acto profesional y supone el ejercicio de otros valores o conductas, conjugándose la experiencia, la comprensión del caso actual, la claridad para saber qué es lo que se debe hacer y el trato que debe darse al paciente y a sus familiares. La realización de un acto innecesario es un acto de imprudencia (Conf. Yungano, ob. cit., pág. 158).

En materia de responsabilidad médica, resulta fundamental la prueba de la culpa o negligencia del profesional, que a su vez generará la del establecimiento asistencial. Aquél, a su vez, podrá excusarla demostrando la culpa exclusiva de la víctima o de un tercero o el caso fortuito e inclusive, la mera inexistencia de negligencia de su parte, o prueba de su no culpa (Conf. Highton, Elena, "Prueba del daño por mala praxis médica", en Revista de Derecho de Daños, Nº 5, pág. 74).

En nuestro sistema jurídico la culpa se aprecia en concreto, pero utilizando un tipo de comparación abstracto, que es elástico, fluido adecuado a cada situación particular. Por lo tanto, de acuerdo con el sistema instituido por el art. 512 del Código Civil, el juez debe atenerse en principio a la naturaleza de la obligación o del hecho y a las circunstancias de personas, tiempo y lugar, considerando las condiciones personales del agente, al único efecto de hacer mérito a la mayor o menor previsibilidad del daño impuesto en el caso (conf. CNCiv., Sala G, 31 de agosto de 2007, Revista Gaceta de Paz, 11 de octubre de 2007).

La culpa de los médicos está gobernada por estas reglas, en relación con los arts. 902 y, en su caso, 909 del Código Civil (Conf. Bueres, Alberto, Responsabilidad civil de los médicos, págs. 212 y sigs.).

En ese orden de ideas, será la parte actora entonces quien debe probar la falta de diligencia y prudencia del médico, la omisión de los cuidados y atención, la inobservancia de las reglas de la ciencia y del arte por ignorancia o torpeza y falta de previsión, o la negligencia manifiesta o errores graves de diagnóstico, sin perjuicio del deber del médico de aportar los elementos necesarios que hagan a su descargo (esta cámara, sala E, 17/09/2001, LA LEY 2002-A, 634).

Otra posición señala que en materia de responsabilidad médica, la carga probatoria es compartida, correspondiendo a ambas partes acreditar sus alegaciones y desvirtuar sus responsabilidades, máxime cuando para explicar los hechos ocurridos son el galeno o el ente asistencial quienes se encuentran en mejor situación en virtud de la documentación, datos y conocimientos técnicos-científicos que poseen (esta cámara, sala L, 27/08/2003, LA LEY 2003-F, 501).

Lo cierto es que admitida la distinción entre obligaciones de medio y de resultado, no puede derivarse de ello que sea una conclusión terminante para determinar la atribución de la carga

probatoria. Podemos afirmar que para esta responsabilidad se admite en algunos casos como principio general y en otros como excepción según la relación, la teoría de las cargas probatorias dinámicas, como consecuencia de la particular característica de la actividad profesional. En virtud de la misma, el onus probandi recaerá sobre quien esté en mejores condiciones para acreditar cada circunstancia específica (Conf. Gregorini Clusellas, Eduardo L., ob. cit. Pág.132 y doctrina citada en nota N° 266).

IV.- Desde esta perspectiva me avocaré a tratar los agravios referidos a la responsabilidad atribuida en la sentencia apelada, no sin antes hacer una síntesis de los hechos que se relatan en autos.

Según sostuvo la parte actora al interponer la demanda, a principios del año 2011 L. M. N. V. comenzó a sentir fuertes dolores en la región lumbar, que luego se extendieron a sus miembros inferiores a punto de ser intolerables, en virtud de ello solicitó atención inmediata al H. A. C. de esta Ciudad Autónoma de Buenos Aires, oportunidad en que concurrieron a su domicilio profesionales de la salud y la trasladaron en ambulancia de forma urgente al nosocomio demandado. Allí fue atendida por el médico R. J. E., especialista en traumatología y cirugía espinal, quien recomendó su internación para efectuar los correspondientes estudios y tratamientos. El 14 de abril los resultados arrojaron que padecía una "discopatía L4-L5, L5-S1", por lo que el mencionado profesional explicó que se trataba de una hernia de disco y que la única solución disponible para reestablecer su salud y hacer cesar los dolores era someterla a una intervención quirúrgica.

Sostuvieron que ante la inquietud formulada por los reclamantes acerca de los riesgos de tal acto, el facultativo les informó que no era complejo; aseveración que generó un sentimiento de plena confianza en la paciente, por provenir de un alto referente en cirugía de columna y en virtud de ello aceptó la propuesta.

La cirugía se concretó el 19 de abril de 2011, oportunidad en la que E. actuó como jefe de equipo médico; se le practicó una disectomía, artrodesis con barra y tornillos pediculares en L5-S1, injerto óseo tomado de cresta ilíaca y se le colocó un separador en L4-L5. Finalizado el acto fue trasladada por otro médico a su habitación, quien durante el trayecto buscó insistentemente una reacción en los pies de la intervenida, sin obtener resultados satisfactorios. Al advertir tal circunstancia, el coactor M. preguntó cuál había sido la conclusión de la operación y recibió como respuesta que sería el médico que la realizó quien explicaría los pormenores y consecuencias del acto.

A partir de ese momento el jefe de equipo dejó de tener contacto con la operada y el seguimiento de la paciente quedó en manos de médicos residentes. Por lo que además de la carencia de información sobre el diagnóstico y pronóstico de la coactora, fundamentalmente la desatención quedó plasmada por la ausencia del médico responsable en los días siguientes a la operación. A raíz de los insistentes pedidos del coactor y cónyuge de la reclamante, quien había advertido deterioros en la salud de su esposa, E. volvió a ver a su paciente. Tras una nueva revisión, este codemandado admitió que se produjo una lesión en la médula intervenida durante la cirugía consistente en la pérdida de líquido céfalo raquídeo, pero le restó importancia al hecho y a modo de excusa expresó a viva voz que había suturado correctamente la herida, por lo que aseguró que no quedaría ningún tipo de secuela en la coactora.

El post operatorio fue complejo ya que V. continuó con fuertes dolores en la región lumbar, experimentó una importante retención de líquidos y la pérdida de control de esfínteres por falta

de sensibilidad. Al ser consultado el médico anunció que los malestares eran consecuencias previsibles del post operatorio, que la recuperación llevaría 6 meses como mínimo, acotando su prescripción a la ingesta e inoculación de calmantes para combatir el dolor. Debieron colocarle una sonda vesical, pero el médico codemandado ordenó su retiro, oportunidad en la que casi inmediatamente debió ser reinstalada por la presencia de globo vesical. El 25 de abril de 2011 el accionado autorizó el alta hospitalaria y ordenó que fuera atendida por consultorios externos del hospital. Aún así debió permanecer internada un día mas debido a que presentaba retención urinaria.

El 1 de mayo de 2011 fue internada nuevamente por presentar fiebre, infección urinaria, incontinencia de esfínter anal, micción por rebosamiento, paresia en miembros inferiores y anestesia en región perianal y en cara interna de ambos muslos. El profesional que la atendió en dicha oportunidad le informó la existencia de problemas, haciéndole saber verbalmente que el cuadro se había generado a causa de la operación del 19 de abril de 2011.

Al efectuarse una resonancia magnética de columna dorsolumbosacra se evidenció que la cirugía no había resuelto el problema de la hernia de disco L5-S1 y de su canal, sino que, por el contrario había provocado lesiones nerviosas y daños en la médula generadores de paresia en miembros inferiores. Otros estudios acreditaron que su vejiga es neurogénica, que presentó hipotonía del esfínter anal y trastornos de sensibilidad. Durante la internación de referencia se le suministraron corticoides, hasta que fue dada de alta el 11 de mayo de 2011.

Durante los dos meses posteriores debió movilizarse en silla de ruedas y luego con andador. E. recomendó la interconsulta con un neurocirujano del nosocomio, que jamás pudo concretarse, dado que, según el relato de la recepcionista de la institución, los colegas del cirujano unánimemente se habían negado a atender a la reclamante.

Al consultar con otros profesionales de la misma especialidad en el Hospital Italiano de Buenos Aires, manifestó que dictaminaron que las secuelas incapacitantes de la actora eran y son irreversibles, en base al resultado del electromiograma efectuado el 16 de agosto de 2011, que da cuenta de sus problemas sensitivos y motores. En virtud de ello dictaminaron que el dolor neuropático fue producido por una cirugía lumbar fallida. También informaron que no existía al momento del hecho ni al de la interconsulta, la posibilidad de efectuar un tratamiento que pueda corregir las lesiones ocasionadas por la mala praxis en que incurrió el galeno codemandado. Por ello indicaron que la única posibilidad de aminorar el dolor físico era la colocación de un estimulador epidural.

Encuadraron la responsabilidad del médico cirujano E., como jefe de equipo en el acto quirúrgico, dentro de la órbita contractual, en los términos del art. 1197 del Código Civil, que involucró el deber de seguridad como accesorio de la obligación principal. A partir de los hechos antes descriptos sostuvieron que surge la violación de la prestación comprometida en el contrato médico y del deber de seguridad que es parte inseparable de la prestación.

En cuanto a la codemandada F. A. (E. N.) destacaron que su responsabilidad es de tipo objetiva en relación a la afiliada, dado que el H.

A. C. y la O. S. DIBPFA no tienen personería jurídica, sino que son instituciones dependientes de la F. A. A. del E. N., quien por ello es solidariamente responsable de los daños causados a los actores. Señalaron que pesaba sobre el nosocomio una obligación de seguridad objetiva en relación a los servicios brindados, quien no sólo debió prestar asistencia médica, sino también

ejercer el poder de policía sobre la actividad de los profesionales que actúan en el ámbito de sus dependencias y por ello responde por la idoneidad y eficacia del servicio que presta.

Obra a fs. 330/337 la contestación de codemanda del E. N. (F. A. A.) quien luego de efectuar una negativa pormenorizada de los hechos afirmados por su contraria, sostuvo que del propio relato de la actora surge que el codemandado E. informó los pormenores de la operación al matrimonio, quienes aceptaron la propuesta. Indicó que la responsabilidad de los médicos es siempre de medios, sin que puedan garantizar un resultado específico en virtud a la existencia de factores externos y coadyuvantes. Manifestó que del resumen de la historia clínica surge que la paciente firmó el consentimiento informado para su cirugía, pero no se adjuntó copia del mismo. Asimismo destacó que en dicho instrumento consta que la reclamante se encontraba estable y con movilidad en ambos miembros inferiores al momento del alta. Fue al reingresar que se detectaron ciertas parestesias y anestias, frente a lo que se indicaron estudios urgentes y una evaluación neurológica, hasta que finalmente el 12 de mayo de 2011 se le otorgó el alta con la sugerencia de efectuar controles posteriores por consultorios externos.

Entendió que no puede imputársele culpa alguna a los profesionales intervinientes toda vez que obraron de acuerdo a la sintomatología y luego de un correcto análisis clínico de la paciente, que se le brindaron las respuestas a todas sus dudas conforme surge de la historia clínica, dado que ante el requerimiento del paciente y familiar sobre su cuadro clínico y evolución, fue claramente expresado que no se podía brindar un pronóstico.

Manifestó que la fístula de L.C.R. es una de las complicaciones post operatorias que sucede con relativa frecuencia de la cirugía espinal lumbar, aunque destaca que no surge dicha complicación del informe adjunto. Sin embargo el daño a la duramadre se encuentra aceptado en casos de cirugía de columna lumbar, dado que muchas veces es difícil de evitar en descompresiones complejas. Indicó que en el caso no se advierte que el cirujano hubiera adoptado maniobras inconvenientes en el curso de la operación o que eligiera un camino heterodoxo no aceptado por la ciencia médica. Por lo tanto, afirmó que la secuela padecida por la paciente no obedece a una impericia médica, sino que es conocida pero casual o remota e imprevisible y como tal, no indemnizable en los términos de los arts. 904, 905 y 906 del Código Civil.

A su turno, al contestar demanda, R. J. E. adhirió al responde del H.

A. y efectuó un resumen de los hechos acontecidos en relación a la paciente. En tal sentido sostuvo que previo a las circunstancias que dieran origen a estos obrados la actora debió someterse a una cirugía denominada Histerectomía Total (se le tuvo que extraer el útero) porque presentaba Fibromiomatosis Múltiple. Invocó constancias históricas de la actora entre las que enumeró que fue sometida a una punción biopsia hepática, que se encuentra afectada por Hepatitis B y cuadros previos de lumbociatalgias, o sea que al momento de su asistencia presentaba un cuadro de Lumbociatalgia Crónica.

Sostuvo que el día del hecho, fue correcta la decisión de indicar su internación, sin embargo imputó de falsa la afirmación de su contraria en cuanto afirmó que le informó que la única solución disponible era la intervención quirúrgica, lo que se corrobora por no existir constancia alguna de tales dichos.

Efectuó una descripción de la evolución de la paciente mientras permaneció internada en el servicio de Traumatología los días previos a la cirugía y al avocarse a la intervención quirúrgica

propiamente dicha sostuvo que en la foja quirúrgica se describió la práctica como una cirugía mayor de riesgo mediano, lo que no ameritaba asegurar a ningún paciente la existencia de complicaciones luego de la realización de la misma. De acuerdo al cuadro que presentaba la actora, indicó que la bibliografía especializada informa que las consecuencias previsibles de la no realización de la corrección quirúrgica de la dolencia de la paciente provocarían la persistencia y/o el agravamiento de la sintomatología crónica reagudizada, lo que dificultaría su recuperación funcional. Puso de resalto la existencia de un consentimiento informado suscripto por la actora y los registros de la historia clínica donde se indicó que se les había explicado a ambos reclamantes el tipo de operación que se iba a realizar y las posibles complicaciones.

Transcribió parte de la hoja quirúrgica, puntualizó que el material extraído fue enviado para su estudio de anatomía patológica, destacó que la actora no presentó ningún tipo de complicación intraoperatoria y que, habiendo tolerado sin inconvenientes el acto quirúrgico, se procedió a su traslado a la sala de internación general una vez finalizado. Sostuvo que de ello da cuenta el parte quirúrgico redactado por el propio apelante del que surge que una vez resecado el disco extruido, se observó un desgarro del saco dural por lo que se procedió a su sutura no constatándose pérdida de líquido cefaloraquídeo. En base a ello, entendió que nada de lo expuesto por su contraria respecto de lo sucedido durante el acto quirúrgico y el post operatorio inmediato cuenta con visos de realidad.

En cuanto a la reinternación de la paciente el 1 de mayo de 2011, efectuó un resumen de la evolución, dejó constancia que el motivo de la consulta se debió a una infección en el tracto urinario y que al momento del alta médica la reclamante no presentaba sintomatología compatible con el cuadro inicial de infección urinaria ni de ninguno de los signos neurológicos presentes al inicio de la internación, a los que consideró transitorios.

Indicó que efectuó dos consultas ambulatorias del cuadro neurológico de disfunción del esfínter anal y urinario y le informó a la paciente la posibilidad de exploración quirúrgica ante la no mejoría de la patología. La última consulta efectuada el 1 de agosto de 2011 hizo referencia a una mejoría en el cuadro doloroso pero continuó la anestesia en silla de montar, reiterándose la indicación quirúrgica de continuar el cuadro sin respuesta favorable, no aceptando la paciente la posibilidad de re exploración. Indicó que de acuerdo a las imágenes observadas se pudo interpretar el cuadro como compresión cicatrizal.

Concluyó que ha quedado debidamente probado que efectuó un correcto diagnóstico y evaluación de la situación del caso de autos, que se encuentra probado que su accionar y las decisiones tomadas se encontraron dentro de los cánones adecuados al caso y que se acreditó con los sostenes bibliográficos correspondientes la imposibilidad de prever las complicaciones descriptas luego de la cirugía efectuada.

V.- En función de estos parámetros analizaré las pruebas colectadas.

De las copias de la historia clínica que se acompañan dentro del sobre de documentación reservada e identificado como D 19, surge que el 11 de abril de 2011 la actora ingresó por guardia al H. A. C. por presentar dolor en la región lumbosacra con irradiación a miembro inferior derecho; se consignaron entre sus antecedentes, lumbociatalgia a repetición, fibroma y hepatitis crónica persistente. Se indicó su internación para estudio y tratamiento. Fue intervenida quirúrgicamente el 19 de abril de 2011, conforme surge de fs. 136 y fs. 137. De acuerdo a la hoja quirúrgica de fs.

131/132, el codemandado E. dejó asentado que se le practicó una disectomía y artrodesis dado que presentaba una hernia de disco lumbosacra y canal estrecho; en cuanto al procedimiento, manifestó que se efectuó bajo anestesia general, se realizó el cepillado de dorso y región lumbosacra, asepsia, colocación de campos S/T previa colocación de sonda vesical; evidenció un desgarró de saco dural y se procedió a su sutura directa sin constatar pérdida de líquido céfalo raquídeo.

Los controles post operatorios surgen de las constancias de fs.149 en adelante, allí se consignó que la noche de la intervención se encontraba lúcida y orientada en tiempo y espacio, se retiró la vía periférica infiltrada y luego se la recolocó en el antebrazo. La noche posterior manifestó que padeció dolores (v. fs. 147); de las constancias de fs. 145 surge que el 24 de abril de 2011 continuaba con dolores y la sonda vesical.

Ya en estos obrados se encuentra glosada la copia del Certificado Unico de Discapacidad de la actora, otorgado por el Ministerio de Salud, donde consta el diagnóstico de incontinencia urinaria no especificada, anormalidades de la marcha y la movilidad y las no especificadas.

Monoplejía de miembro inferior, intestino neurogénico, estado de artrodesis, otros desplazamientos especificados de disco intervertebral (v fs. 259)

Luce agregada a fs. 840/843 la contestación de oficio de la F. A. A., que acompañó el informe efectuado por el Departamento de Diagnóstico por Imágenes del que surge que a partir del estudio se observaron imágenes que podrían corresponder a trazos cicatrizales de musculatura paravertebral, aunque se encuentra degradada su evaluación a raíz de los elementos metálicos protésicos existentes. Se mencionó que a nivel del interespacio L5 S1 se detectó la presencia de irregularidades en plataformas terminales a predominio de la inferior de L5 con presencia de deformidades osteofitarias que impresionan proyectarse hacia la base foraminal izquierda. En L4 L5 se informó que podría existir un leve anillo fibroso prominente pósteromedial no pudiéndose evaluar el mismo con corrección por los artificios mencionados. Se observaron imágenes compatibles con solución de continuidad a nivel del raquis sacro superior que podrían corresponder a laminectomía con presencia de tejido de densidad intermedia sobre musculatura paravertebral y línea media extendiéndose al plano graso subcutáneo y con posible extensión hacia el sector posterior del canal colapsando grasa epidural a este nivel. Se visualizó pinzamiento posterior del interespacio lumbosacro.

A fs.526/573 se encuentra la historia clínica de la actora en el Instituto Fleni, en la que consta su atención a partir del mes de marzo de 2013 en los consultorios externos del servicio de neuropsiquiatría (v fs. 527/531), su evaluación psiquiátrica para rehabilitación (v fs. 532/536), el informe del Centro de Rehabilitación (v fs. 539/545), la evaluación de terapia ocupacional (v fs. 546/569) y el informe de kinesiología (v fs. 570/573).

A fs. 649/654 se acompañan copias del comprobante de egreso N°00027880, recibo, factura, remito, constancia de implante, presupuesto y orden de compra N°741/12 de un neuroestimulador implantable que fue colocado en el Hospital Italiano de Buenos Aires, procedimiento que se llevó adelante en dos etapas distintas, en primer término el 10 de septiembre de 2012 se le colocaron electrodos epidurales para neuroestimulación y en un segundo momento, el 18 de septiembre de 2012 se colocó un estimulador epidural, tal como se desprende del informe de fs.

847/848, donde también se dejó constancia del estado en que se encontraba la reclamante y

del resultado favorable del procedimiento.

Obran glosadas a fs. 663/706 las constancias de la historia clínica la actora emitidas por el Hospital Italiano de Buenos Aires, en la que constan los estudios médicos efectuados y los registros de consultas realizadas a partir del mes de junio de 2015, de los que surgen los diagnósticos de lumbociatalgia, incontinencia urinaria y fecal, síndrome de cola de caballo y dan cuenta de la intervención efectuada el 10 de septiembre de 2012 en dicha institución, con buena tolerancia al procedimiento (v fs. 703 vta.)

VI.- Sentado lo anterior, es preciso determinar si tal como se indica en el escrito de inicio, existió una actuación negligente por parte del médico demandado, así como del H. A. C. en la atención dispensada a L. M. N.V., con relación a la intervención quirúrgica -disectomía, artrodesis con barra y tornillos pendulares en L5-S1 con injerto óseo tomado de cresta ilíaca y colocación de separador L4-L5- que se le efectuó el 19 de abril de 2011.

Por tratarse de una acción originada en una práctica médica es fundamental recurrir a lo dictaminado por el perito ya que el tema bajo estudio excede la formación de los jueces. Claro está, sin perjuicio de que toda la prueba tenga que estudiarse conforme las reglas de la sana crítica.

A tal fin, es claro que la peritación médica es de una importancia prácticamente decisiva, en tanto asesora sobre temas que normalmente escapan a la formación profesional del juez (Conf. Highton, Elena, "Prueba del daño por la mala praxis médica", en Revista de Derecho de Daños", N° 5, pág. 63).

Se acentúa el significado de la pericia, que es evaluada según las reglas de la sana crítica. Cuanto mayor es la particularidad del conocimiento, menor es la posibilidad de apartarse. Sin embargo, esa importancia no implica aceptación lisa y llana. El juez no homologa la pericia, la analiza, la examina, la aprecia con las bases que contiene el art. 477 del Código Procesal (Conf. Cipriano, Néstor A., "Prueba pericial en los juicios de responsabilidad médica (Finalidad de la prueba judicial)", en LL, 1995-C-623).

Luce a fs.710/725 el dictamen elaborado por el perito médico especialista en ortopedia y traumatología legista, Eduardo Alberto Puig.

En su informe el experto, efectuó una enumeración de los antecedentes médico-legales de importancia de la actora, practicó un examen físico en el que consignó que al ingresar al encuentro la reclamante lo hizo con muletas de apoyo, evidenció su inestabilidad con marcada intrarotación del pie derecho; ausencia de reflejos rotulianos y aquileanos; en la pierna derecha destacó una amplia zona de insensibilidad en la cara entero externa, como así también en la cara plantar y externa del pie, correspondiente a los dermatomas de las raíces lumbar 5ta. y 1era. sacra. La movilidad activa de los miembros inferiores se presentó limitada a nivel del pie y tobillo izquierdo en un 10% a expensas de la flexo-extensión y del lado derecho no encontró respuesta de los músculos extensores del pie y tobillos, la respuesta flexora se encontró disminuida en un 80%. En cuanto a la movilidad pasiva advirtió un rango similar a la activa del lado izquierdo y del lado derecho el rango de movilidad pasiva global del pie y tobillo se presentó limitada al 50%.

Al responder los puntos de pericia requeridos por las partes destacó que ". no consta ningún estudio prequirúrgico que haya sido elemento decisivo para la conducta terapéutica

empleada.", continuó, ". la Sra. Vila no refiere ningún trastorno en la marcha ni debilidad del pie ni incontinencia de esfínteres previo a la cirugía, solo dolor lumbar que a veces se le irradiaba a toda la pierna derecha, principalmente por la parte posterior. en general podemos afirmar que cuando la hernia discal presenta daño neurológico, antes de la cirugía se deben indicar algunos de los recursos incruentos, que pueden ser: la inmovilización con corset, la fisio-kinesiología, los bloqueos radiculares bajo TC, la radiofrecuencia y la medicación analgésica, antiinflamatoria y antineurítica. En síntesis no existiendo una urgencia por daño radicular por el cual la postergación puede implicar una secuela irrecuperable, antes de llegar a la instancia quirúrgica se deben intentar todas las alternativas incruentas" (v punto 2 de fs. 715). En tal sentido sostuvo que la operación efectuada es un procedimiento de elección como último recurso en columnas muy artrósicas, inestables y en reoperaciones, no siendo este el caso de la reclamante.

Asimismo manifestó que se trató de un accidente no previsible y excepcional que puede darse aún en las mejores manos. Observó que no se explicó en el parte quirúrgico cuál fue la causa, en el sentido que la lesión pudo presentarse al despegar las membranas, si es que estaban muy adheridas, buscando la hernia discal, o bien si sucedió al tunelizar algún pedículo para introducir posteriormente un tornillo, o bien si se trató de un accidente en un electro; sin perjuicio de ello afirmó que la diversidad de causas no cambian el pronóstico y le resultaron poco claras.

Otra de las cuestiones que refirió tiene que ver con el material implantado y en tal sentido destacó que ni en el parte quirúrgico, ni en la historia clínica, ni siquiera en poder del paciente existe constancia de cual fue el material implantado, su tamaño y procedencia, dado que el procedimiento correcto para determinarlo hubiera sido que se pegaran los stickers que trae cada pieza en la historia clínica, de manera tal que en caso de tener que efectuar un recambio de algún elemento se supiera dónde solicitarlo y la paciente lo tuviera disponible ante una alternativa de viaje y/o mudanza para poder resolver de esta forma la emergencia relacionada con el implante.

Señaló asimismo que si bien en el caso y ante la ausencia de daño neurológico previo, no era necesario requerir la presencia de un neurocirujano durante la operación, ante la presencia de la complicación en cuestión -herida en las membranas meníngeas y de las raíces nerviosas- y estando en un hospital de alta complejidad correspondía, sin lugar a dudas, solicitar la asistencia de un neurocirujano y eventualmente, ante la imposibilidad de contar con el especialista, si el demandado hubiera considerado la magnitud del daño, debió haber programado una reexploración con el mencionado especialista dentro de las 24 horas desde la intervención.

Afirmó que si bien el globo vesical es una complicación frecuente y habitualmente transitoria en todo postoperatorio de columna, cadera y abdomen, que no siempre está vinculada a una lesión neurológica, en este caso, asociado a otros síntomas, pudo inferir que se encontraba asociado a un daño radicular.

En cuanto al daño, indicó que a 5 años de producido, considera que las secuelas serán definitivas y los tratamientos se deberán indicar para controlar el dolor, mejorar el estado anímico de la reclamante, evitar mediante un apoyo fisiokinésico permanente la atrofia muscular, la falta de movilidad, la corrección postural y el control del peso, refirió que no puede trasladarse por sus propios medios, que depende de su marido e hijos y que tampoco puede transportar bolsas ni cargas de ningún tipo. En virtud de todo ello, estimó la incapacidad

de la actora en el 40%. Entre las consideraciones médico legales indicó que en el caso de la paciente, debió en primer término intentarse la realización de tratamientos incruentos previos para evitar la indicación quirúrgica, máxime cuando no presentaba ningún déficit neurológico que obligara a una intervención de urgencia. Asimismo señaló que la ruptura del saco resultó ser una agresión instrumental y que resulta muy poco probable que un daño de esa magnitud no estuviera acompañado de pérdida de líquido céfaloaraquídeo. La evolución posterior demostró que en esa agresión además se lesionaron las raíces nerviosas, toda vez que un desgarro puro de una membrana se sutura o se pega con polímero de fibrinógeno y no genera secuelas como las que presenta la actora. En base a los estudios tomográficos postquirúrgicos observó que un tornillo transpedicular a nivel L5 del lado derecho se proyecta dentro del espacio del canal raquídeo, cuando en este tipo de procedimientos el tornillo en todo su recorrido debe estar dentro de la vértebra y es altamente probable que fuera en este lugar donde la tunelización previa o el mismo tornillo ocasionaron el daño a las membranas y raíces nerviosas. Por último cuestionó la falta de derivación oportuna de la paciente al servicio de neurocirugía del nosocomio demandado.

A fs. 802/804 el letrado apoderado de los actores requirió explicaciones al perito en base al informe del consultor técnico que acompañó a la presentación. A fs. 821/822 el experto respondió el traslado conferido y rectificó que el porcentaje de incapacidad establecido respecto de la actora, que ascendió al 65% de acuerdo al Baremo para el Fuero Civil de los Dres. Altube Rinaldi. Lucen a fs. 833/835 las objeciones formuladas por los reclamantes a las explicaciones brindadas por el experto.

Asimismo el codemandado E. impugnó el peritaje y solicitó su nulidad por entender que el perito había omitido analizar la totalidad de la prueba historial y de exámenes complementarios obrantes en autos, dando por cierto los hechos relatados al promover la demanda. Señaló que la paciente padecía de lumbociatalgia a repetición, que se había reagudizado por el aumento en la intensidad del dolor, por lo que resulta contradictorio que el experto haya hecho mención a lo manifestado por la actora en cuanto refirió no haber realizado ningún tratamiento previo, mas allá de la ingesta de medicación antiinflamatoria y analgésica lo que representa claramente un tratamiento.

En cuanto a la necesidad de asistencia de un neurocirujano, sostuvo que de la documental agregada en autos surge que evidenciada la ruptura del saco dural se procedió a su sutura, por lo que a su entender, no era precisa la asistencia del galeno. El perito respondió el traslado y en dicha oportunidad contestó los puntos de la impugnación (v fs.929/930).

El Colegio Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito II emitió el dictamen que luce agregado a fs. 902/915, suscripto por tres profesionales médicos cuyas especialidades no fueron identificadas. En tal oportunidad compulsaron la historia clínica de la reclamante y afirmaron que el criterio terapéutico empleado en base al diagnóstico fue correcto.

Asimismo señalaron que la compresión cicatrizal subsecuente a las cirugías raquiales se encuentra ampliamente descripta en la bibliografía, resulta ser estadísticamente de gran impacto en la morbilidad post quirúrgica y que las complicaciones no fueron producidas por el médico sino por una forma disvaliosa de cicatrización espontánea de la paciente, quien no logró probar que hubiera existido alguna irregularidad en la asistencia brindada por el codemandado E. En el caso de la actora entendieron que las consecuencias padecidas no pudieron ser evitadas, dado que superan la capacidad de anulación estadística que posee en la actualidad la medicina. Asimismo afirmaron que las dificultades post realización de una cirugía

de columna lumbar están relacionadas con la severidad de la sintomatología previa que motiva la resolución quirúrgica.

A partir de la contradicción existente entre ambos informes este Tribunal convocó a una audiencia (v fs. 1108/1109) a la que asistieron únicamente los coactores junto a sus letrados, los apoderados del Estado Nacional y el perito médico, quien aclaró que al momento de indicar la operación no se contaba con los estudios y tratamientos previos que corresponden al diagnóstico y que en el año 2011 ya se contaba con el procedimiento de bloqueo que logra la remisión del dolor en forma inmediata y que además existe otra posibilidad previa que se trata de la inmovilización de la columna con un corset; tales afirmaciones merecieron el asentimiento de la propia reclamante, quien manifestó que el médico le indicó que debían operarla de forma urgente. Asimismo el galeno sostuvo que si bien no hay necesidad alguna de que el neurocirujano estuviera presente en la cirugía, dado que el procedimiento se efectuó en un hospital de alta complejidad, se lo debió convocar ante la presencia de una complicación en la membrana raquídea o a lo sumo, el día posterior. En virtud de ello, indicó que el hecho que haya quedado un tornillo introducido dentro del canal es una complicación que fue mal resuelta con posterioridad. Al solicitarle su opinión respecto del dictamen del Comité Científico expuso que era inadmisibles y que el daño se produjo por un acto médico fallido.

Desde esta perspectiva, en base a lo que surge de la peritación médica, habré de coincidir con el temperamento adoptado por el Sr. magistrado de la instancia de grado en cuanto a la atribución de responsabilidad.

En efecto, a mi modo de ver, ha sido correcta la valoración de la prueba por parte del a quo, máxime luego de las aclaraciones efectuadas por el experto médico por ante este Tribunal, en tanto ratificó lo expuesto en su dictamen pericial en lo atinente a que la indicación de practicar la cirugía por parte del médico demandado no era recomendable, ya que no se trataba de una situación de urgencia. Asimismo debió tener en cuenta la existencia de otros procedimientos menos invasivos vigentes al momento del hecho destinados al tratamiento de la lumbociatalgia, como el bloqueo y la inmovilización de la columna.

De acuerdo con ello, entiendo que la indicación de la cirugía obró de nexo causal con las lesiones padecidas por la actora al momento de llevarse a cabo el procedimiento quirúrgico - disectomía, artrodesis con barra y tornillos pendulares en L5-S1 con injerto óseo tomado de cresta ilíaca y colocación de separador L4-L5-. Y si bien tanto el experto desinsaculado en autos como los profesionales que suscribieron el dictamen del Comité Científico sostuvieron que la opción de practicar la intervención quirúrgica resultó adecuada, lo cierto es que ello recién debió haberse considerado luego de haber agotado otras alternativas posibles menos cruentas y riesgosas, por ende la opción no se ajustó a las recomendaciones médicas existentes al momento del hecho, por lo que es dable presumir que probablemente no hubiera ocurrido el daño si todo ello hubiera sido considerado por el galeno al tomar esa decisión. Por todo ello, considero que ha quedado acreditado el yerro del profesional en llevar adelante la intervención sin antes haber agotado las alternativas mencionadas.

En lo atinente al argumento de las demandadas acerca de la falta de imputación de las lesiones provocadas a la cirugía, resulta decisivo, a mi modo de ver, lo informado por el perito médico en el sentido que destacó que la ruptura del saco resultó ser una agresión instrumental, lo que se corrobora con los estudios tomográficos postquirúrgicos a partir de los que resultó altamente probable que la tunelización previa o el mismo tornillo colocado hubieran ocasionaron el daño a las membranas y raíces nerviosas.

A ello debe adunarse lo afirmado por el experto en cuanto a la necesidad de convocar a un neurocirujano al advertir la complicación durante el procedimiento quirúrgico, o en su defecto y como máximo, dentro de las 24 horas posteriores a la intervención.

En tal sentido cabe recordar que Mosset Iturraspe puntualiza que los deberes del médico, nacida la relación, se sitúan en tres momentos: antes de su tratamiento o intervención, durante la realización de ella, y después de concluida, e indica que "va implícito que la atención médica debe llevarse a cabo de acuerdo con las reglas del arte y de la ciencia médica; de conformidad con los conocimientos que el estado actual de la medicina suministra, con la finalidad de obtener la curación del paciente; observando el mayor cuidado, diligencia y previsión, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento" (conf. Responsabilidad Civil del médico, Astrea, Buenos Aires, 1979, pág.125).

Así, es claro que R. J. E. tendría que haber solicitado la presencia de un neurocirujano durante la intervención, una vez advertida la ruptura del saco dural -tal como lo admitió al impugnar el peritaje médico-, como así también luego de la cirugía debió requerir la inteconsulta del especialista dentro de las 24 horas, a fin de reexplorar la zona. Es más, ante la aparición de una complicación resultaba necesario que se realice un control riguroso postoperatorio, razón por la que también la deficiente supervisión compromete su responsabilidad.

En esencia, los hechos demuestran que se encuentra acreditada en autos la conducta omisiva por parte del médico demandado que consistió en no efectuar los controles y estudios adecuados para evitar y/o minimizar los factores de alto riesgo que implican someter a la paciente a una intervención quirúrgica, ello sin perjuicio del consentimiento informado que brindó la reclamante.

Asimismo también entiendo que la cirugía se efectuó de manera inadecuada de acuerdo a las circunstancias de tiempo, lugar, persona y prácticas de la especialidad, dado que ante la ruptura del saco dural y las lesiones en las raíces nerviosas ya reseñadas, tampoco se contó con la asistencia de un especialista -neurocirujano- que permitiera paliar los daños, lo que posiblemente derivó en las ya referidas lesiones graves, resultando muy poco probable que un daño de esa magnitud no estuviera acompañado de pérdida de líquido céfaloraquídeo, circunstancia que debió haber previsto.

En virtud de ello, propondré la desestimación de los agravios vertidos respecto de la responsabilidad decidida y la confirmación de la sentencia en este punto.

VII.- Sentado lo que antecede, corresponde analizar los reclamos efectuados acerca de las partidas indemnizatorias. a.- Incapacidad física. Incapacidad Psíquica El sentenciante concedió la suma de \$1.050.000 en concepto de incapacidad sobreviniente a favor de la coactora L. M. N. V. y otorgó \$140.000 por daño psíquico al coactor O. H. M. Asimismo fijó la indemnización correspondiente por tratamiento psicológico en \$50.000 y \$9.600 para V. y M. respectivamente.

La parte actora se queja porque considera que el monto fijado por incapacidad física resulta escaso toda vez que si bien con anterioridad al acto quirúrgico la actora tenía ciertos dolores provenientes de sus afecciones de columna, podía superarlos mediante la ingesta de remedios antineuríticos. Enumera los padecimientos sufridos a partir de la cirugía entre los que menciona la necesidad de ingerir derivados de la morfina para poder descansar, la pérdida de sensibilidad

a partir del ombligo y hacia abajo, agudos dolores ciáticos que impiden su desplazamiento, la imposibilidad de permanecer mucho tiempo sentada ni transitar por lugares donde existan ondas magnéticas ni realizar movimientos bruscos por el peligro que los electrodos del estimulador se desconecten; la ausencia de control de esfínteres, para culminar sus quejas destacando que el compromiso del plexo sacro ha incidido en la pérdida de la función sexual.

A su turno, el E. N.-F. A. A. cuestiona la procedencia del monto establecido en concepto de tratamiento psicológico por entender que los actores cuentan con la obra social IOSFA, que cumple las prestaciones debidas conforme el Plan Médico Obligatorio.

En cuanto al recurso de la demandada, cabe recordar que esta sala ha sostenido reiteradamente que para que exista expresión de agravios no bastan manifestaciones imprecisas, genéricas, razonamientos totalizadores, remisiones, ni, por supuesto, el planteamiento de cuestiones ajenas. Se exige legalmente que se indiquen, se patenten y se analicen parte por parte las consideraciones de la sentencia apelada. Ello no significa ingresar en un ámbito de pética conceptualización, ni de rigidez insalvable. En el fecundo cauce de la razonabilidad, y sin caer en un desvanecedor ritualismo de exigencias, deben indicarse los equívocos que se estiman configurados según el análisis -que debe hacerse- de la sentencia apelada (esta sala, 11/2013 "Gini, Marcela Alejandra c/ Ponce, Jorge Gustavo y otro s/ daños y perjuicios", L. 629.142; 20/5/2013, "Ávila, Gustavo José c/ Transporte Automotor Plaza SACI y otros s/ Daños y perjuicios" L. 616.334"; ídem, 8/2/2013, "Abraham, Christian Walter c/ Rodríguez, Diego Cristian y otros s/ Desalojo por vencimiento de contrato" L. 604.274; entre muchos otros).

En su escrito, los apelantes deben examinar los fundamentos de la sentencia y concretar los errores que a su juicio ella contiene, de los cuales derivan las quejas. Su función consiste en mantener el alcance concreto del recurso y fijar la materia de reexamen por el ad quem, dentro de la trama de las relaciones fácticas y jurídicas que constituye el ámbito del litigio.

Luego de analizar la pieza presentada por el E. N., no puedo menos que concluir en que, en lo atinente al rubro en cuestión, no cumple con los requisitos de suficiencia técnica exigidos por los arts. 265 y 266 del Código Procesal, pues no dejan constituir un mero desacuerdo con lo decidido sin formular una crítica concreta y razonada de los fundamentos tenidos en cuenta por el magistrado de grado.

Mas allá de la escueta extensión de su queja, lo cierto es que el apelante se limita a indicar que los reclamantes se encuentran afiliados a una obra social que cumple con las prestaciones debidas conforme el Plan Médico Obligatorio, pudiendo articular el tratamiento por su intermedio sin costo adicional exigible, sin apuntar a otro aspecto de la decisión atacada.

En razón de lo expuesto, no cabe menos que concluir que las quejas ensayadas carecen de entidad para lograr el propósito que persiguen, ya que el apelante no aborda, en el marco de su presentación de alzada, consideraciones de peso que desvirtúen las razones que desarrolla la colega de la anterior instancia para llegar al resultado plasmado en la sentencia y en tal sentido lograr el rechazo de la partida reclamada por tratamiento psicológico.

Luego, propiciaré que se declare desierto este punto del recurso de apelación interpuesto por el E. N. y firme lo decidido sobre la partida indemnizatoria en tratamiento.

Con criterio que comparto, se ha sostenido que el resarcimiento por incapacidad comprende,

con excepción del daño moral, todos los supuestos susceptibles de reparación patrimonial, incluso los daños de salud y a la integridad física y psíquica (Conf. esta cámara, Sala C, 15/09/2003, LA LEY 02/09/2004, 7), es por ello que, a mi modo de ver, no corresponde considerar la incapacidad psicológica junto con el daño moral, sino que tanto el reclamo por incapacidad física como psíquica deben tratarse bajo esta partida indemnizatoria, tal como lo decidió la anterior sentenciante y lo mantendré en este pronunciamiento.

Ahora bien, la reparación comprende no sólo el aspecto laborativo, sino también todas las consecuencias que afectan la personalidad íntegramente considerada. En general, se entiende que hay incapacidad sobreviniente cuando se verifica luego de concluida la etapa inmediata de curación y convalecencia y cuando no se ha logrado total o parcialmente el restablecimiento de la víctima. (Zavala de González, Matilde, Resarcimiento de daños, 2ª ed., "Daños a las personas", p. 343).

En tal sentido es uniforme la jurisprudencia en el sentido que la finalidad de la indemnización es procurar restablecer exactamente como sea posible el equilibrio destruido por el hecho ilícito, para colocar a la víctima a expensas del responsable, en la misma o parecida situación patrimonial a la que hubiese hallado si aquél no hubiese sucedido. Justamente, cuando al fijar los montos se establecen sumas que no guardan relación adecuada con la magnitud del daño y con las condiciones personales de la víctima, se autoriza un enriquecimiento sin causa de la víctima, con el correlativo empobrecimiento del responsable (conf. Cciv. y Com. Morón, Sala 2, 4/2/99, "M., S. M. c/Empresa línea 216 S.A. de Transportes").

En función de estos parámetros y teniendo en cuenta las pruebas citadas precedentemente, analizaré las que resulten idóneas para el tratamiento de este acápite.

A fs. 729/736 obra el ya citado dictamen del perito médico quien luego de examinar a la actora informó que ".Se presenta al examen acompañada por su esposo y deambula con dos muletas de aluminio de apoyo axilar. Refiere que no puede trasladarse por sus propios medios y que depende de su marido e hijos. No puede hacer las compras cotidianas porque al tener que caminar con muletas no puede transportar bolsas ni cargas de ningún tipo" (sic. fs. 729 y vta.). Al responder los puntos de pericia indicó que la paciente se encuentra severamente invalidada, deambula con 2 muletas, con una marcha insegura y titubeante y marcada intrarotación del apoyo de su pie derecho. No puede efectuar las tareas mínimas de su casa ni vivir en plenitud su relación de pareja.

Estimó que las secuelas serán definitivas y los tratamientos se deberán indicar para controlar el dolor, mejorar su estado anímico y necesitará de un apoyo fisionkinésico permanente a fin de evitar la atrofia muscular, la pérdida de movilidad, la corrección postural y el control de su peso. Estableció una incapacidad del 40%, que fue rectificada al contestar el traslado de la impugnación a fs. 821/822 y asciende al 65% según el Baremo para el Fuero Civil de los Dres. Altube Rinaldi (fs. 821 vta.).

Desde el punto de vista psicológico, luce agregado a fs. 782/796, el peritaje psicológico confeccionado por la Lic. Micaela Paz Giovannelli, oportunidad en que indicó que efectuó el informe en base a la entrevista diagnóstica, cuestionario desiderativo y test de relaciones objetales; hizo referencia asimismo que no se ha hecho presente ningún consultor técnico de las partes.

Enunció que el acontecimiento de autos produjo lesiones físicas severas con secuelas que

persisten y que tiene carácter de irreversibles.

Manifestó que lo producido durante la evaluación de cada una de las técnicas administradas proviene de un sujeto afectado psíquicamente por lo vivido. Informó que la actora llevaba una vida equilibrada en cuanto a sus actividades laborales, familiares y recreativas hasta que la intervención quirúrgica alteró ese equilibrio, dado que le implicó una afección corporal y psíquica irreparable y permanente. Considera al daño como gravísimo y permanente capaz de dejar a la actora con la imposibilidad de restituir la homeostasis psíquica que presentaba antes del mismo. Esto afecta a posteriori su capacidad para adaptarse a las mismas situaciones que antes eran habituales, vitales y conocidas por cualquier ser humano que goza de salud, como caminar, ir al baño por sus propios medios y mantener relaciones sexuales.

Concluyó que L. M. N. V. padece de una depresión neurótica o reactiva de carácter de carácter muy severa con ideas de autoeliminación, por lo que estableció valoró la incapacidad en un porcentaje equivalente al 80%

Luce a fs. 806/810, la impugnación del informe psicológico presentada por el E. N. que fue contestado por la experta a fs. 934/937, oportunidad en que ratificó el dictamen y aclaró que la reclamante va a necesitar un tratamiento psicológico permanente y semanal (además de psicofarmacológico) que pueda acompañarla y contenerla para que la idea de muerte no sea el pensamiento mas cotidiano y para que pueda recuperar algo de sanidad psíquica.

A partir de lo antes expuesto, habiendo analizado previamente el informe pericial bajo la óptica del art. 477 de la ley adjetiva, lo dictaminado sobre el particular me impresiona como sólidamente fundado.

Así las cosas, advierto que la actora es una mujer que a la fecha del hecho que diera origen a estos obrados tenía 44 años de edad, está casada con el coactor, es madre de 4 hijos, su esposo es el único sostén de la familia ya que a partir del hecho no trabaja y cuenta con el mencionado Certificado de Discapacidad, habita junto a su familia, un departamento pequeño que les alquila la F. A., cuyo canon locativo se deduce del sueldo de su esposo y en varias oportunidades necesitaron la ayuda económica de familiares y amigos (ver fs. 14 y testimonios de fs. 14 vta./15/15 vta. de los autos sobre beneficio de litigar sin gastos).

Finalmente, debo señalar que he visto personalmente a la actora en el acto de la audiencia a la que ya me he referido y tuve oportunidad de conversar con ella y así verificar su estado desde los planos físico y psicológico. Precisamente por ello y por todo lo demás expuesto en este voto, dada la entidad de las secuelas y las características personales del reclamante que fueron apuntadas, estimo que el importe reconocido por todo concepto es un tanto escaso por lo que propondré su elevación a \$2.800.000 (art. 165 CPCCN).

b.- Daño moral

En la sentencia apelada se reconoció por este rubro la suma de \$ 400.000 a favor de la actora y \$ 70.000 para el coactor. Se agravan por considerar reducido los montos otorgados por tal concepto.

Sentado ello, y de conformidad con los términos del art. 1078 del Código Civil, considero que se trata de un daño resarcible, que no tiene por objeto sancionar al autor del hecho, sino a reparar los padecimientos físicos y morales que debió soportar el damnificado como

consecuencia del accidente, intentando compensarlos. No es fácil traducir en una suma de dinero la valoración de los dolores, sufrimientos, molestias, angustias, incertidumbres o temores padecidos por la víctima, pues sólo ella puede saber cuánto sufrió.

Por ello se ha sostenido que para estimar pecuniariamente la reparación del daño moral falta toda unidad de medida, pues los bienes espirituales no son mensurables en dinero. Sin embargo, al reconocerse una indemnización por este concepto, no se pone un precio al dolor o a los sentimientos, sino que se trata de suministrar una compensación a quien ha sido injustamente herido en sus afecciones íntimas (Conf. Orgaz, Alfredo, "El daño resarcible", pág. 187; Brebbia, Roberto, "El daño moral", N° 116; Mosset Iturraspe, Jorge, "Reparación del dolor: solución jurídica y de equidad", en L.L.1978-D-648).

Así las cosas, diré que la determinación del daño moral no se halla sujeta a parámetros objetivos, pues las aflicciones se producen en el ámbito espiritual del damnificado, por lo que su valoración debe efectuarse según la cautelosa discrecionalidad del juzgador ceñido a considerar la situación personal de aquélla (arts.163, inc. 5°, 165, 386, 456, 477 y concs., Cód. Procesal Civil y Comercial; arts.1078, 1083 y concs., Cód. Civil) (conf. esta sala, 18/10/2002, Suraniti, Juan S. c. Ranz, Mónica A. y otro, DJ 2003- 1, 247; id. 07/11/2007, Conti, María Elvira c. Autopistas del Sol S.A. y otro s/daños y perjuicios, La Ley Online, id. "Mora de Zabala, Ana c. Lucero, Alberto s/daños y perjuicios", 18/07/2008, ED Digital, (23/09/2008, nro 18251; id. "Martínez, Adriana Edith c. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/daños y perjuicios", 23/06/2008, ED Digital, (04/09/2008, nro. 04/09/2008).

Además, la indemnización por este concepto tiene carácter autónomo y no tiene por qué guardar proporción con los daños materiales (conf. Sala G, 01/03/2000, Zalazar, Mario A. c. Transporte Metropolitanos General Roca S. A.).

En el caso, indudablemente la situación que enfrentó la actora luego de la intervención quirúrgica, el hecho de las dificultades para llevar adelante su vida cotidiana, que se evidencian con la prueba rendida en autos, máxime cuando tiene otorgado Certificado de Discapacidad, como así también los daños acreditados respecto de su esposo, deben haber padecido sentimientos de angustia, incertidumbre e impotencia.

En ese orden de ideas, considero que el importe otorgado a favor de Oscar Horacio Muñoz resulta insuficiente para responder a este rubro por lo que propondré se lo eleve al de \$ 300.000. Lo mismo cabe decir respecto de la indemnización concedida por este rubro a favor de L. M. N.V., por propondré al acuerdo se lo eleve hasta el monto reclamado en la demanda, esto es \$ 600.000. c.- Asistencia permanente En la sentencia apelada se rechazó este rubro por entender que no se encontró acreditado el requerimiento de asistencia permanente cuyo egreso se reclama, ni su necesidad.

Tal como fue expuesto precedentemente, de las constancias de autos surge que la reclamante cuenta con Certificado Unico de Discapacidad, cuya copia obra a fs. 259, de donde surge que su orientación prestacional corresponde a rehabilitación, mas no se asienta la necesidad de un acompañamiento permanente, por lo que en principio entiendo no se encuentra expresamente incluida la prestación reclamada dentro de su alcance.

Por otro lado, de la prueba rendida en autos se desprende la necesidad de asistencia en base al diagnóstico consignado en dicho instrumento, del que surge que padece de incontinencia urinaria no especificada, anormalidades de la marcha y la movilidad y las no especificadas,

monoplejía de miembro inferior, intestino neurogénico, estado de artrodesis, otros desplazamientos especificados de disco intervertebral. En base a ello y los datos recabados de los informes periciales tanto médico como psicológico, entiendo que si bien cuenta con la asistencia de su esposo, requiere de un acompañamiento mientras éste lleva a cabo sus tareas laborales.

Ahora bien, dado que no se ha demostrado erogación de suma alguna por tal concepto y que de la lectura del escrito inicial no se desprende una petición referida a los gastos ya irrogados por la actora sino a los posibles gastos futuros que pudiera tener que afrontar como consecuencia de sus padecimientos, es que considero que la petición debe encuadrarse dentro del tal concepto -gastos futuros-.

En tal orden de ideas, considero que resulta muy difícil establecer el costo de los gastos futuros en lesiones de esta magnitud en tanto son irreversibles, máxime cuando no surge del peritaje médico que se hubieran estimado tales costos.

Tengo para mí que al cuantificar el daño necesariamente voy a tomar como parámetro el sueldo de un auxiliar de enfermería vigente al mes de febrero de 2013, tal como se solicitó al interponer la demanda que, según el Convenio Colectivo de Trabajo 122/75, ascendió a \$ 4.532,59 y hasta una edad promedio de 70 años, elementos me permiten estimar la procedencia de la partida en la suma de \$1.000.000 (art.165 CPCCN).

d.- Gastos de convalecencia, traslados, curaciones (efectuados y futuros) y reacondicionamiento de la vivienda.

En la sentencia se otorgó la suma de \$20.000 por gastos de convalecencia, traslados curaciones (efectuados y futuros) y desestimó la partida reclamada por tal concepto por tratarse de un gasto futuro pero incierto.

La actora se agravia por considerar escaso el monto establecido por tal concepto, en lo referente al precio de los remedios que debe ingerir, sin perjuicio de los paliativos utilizados para disminuir el permanente dolor que le genera su discapacidad.

Debo recalcar que en esta clase de gastos (médicos y farmacéuticos) no resulta necesaria una prueba concreta y específica, sino que su erogación se presume en orden a la entidad de los hechos acreditados, aun cuando la atención haya sido prestada en hospitales públicos o por una obra social, de ordinario, no cubren la totalidad de los gastos en que incurren los pacientes (esta cámara, Sala A, 27/12/2011, "Morteyru, Juan Alberto y otro c. Juan, Gustavo Gabriel y otros s/daños y perjuicios", RCyS 2012-VI, 251).

Asimismo, una constante y antigua jurisprudencia ha entendido que los gastos en que incurre quien sufre un ilícito no necesitan de una acabada prueba documental. Se presume que quien ha sufrido lesiones que requirieron tratamiento médico debe realizar gastos extraordinarios en concepto de medicamentos, sin que obste a tal solución que el damnificado haya sido atendido en hospitales públicos o a través de su obra social, ya que también en estos supuestos debe afrontar ciertos pagos (por ejemplo, medicamentos) que le ocasionan un detrimento patrimonial (esta sala, 28/06/2013, "Lapietra, Sandra Marcela c/ Transportes 27 de Junio S.A.C.I.F. y otros s/ daños y perjuicios", L.617.694). La misma conclusión cabe arribar respecto de los gastos de movilidad.

Como vimos, se encuentra acreditado que el demandante sufrió las lesiones ya reseñadas a partir de la cirugía realizada, que la habilitaron a obtener su Certificado Unico de Discapacidad; en razón de ello, sin dudas, la actora debió realizar los gastos de tratamiento y farmacia e importantes gastos de traslados.

En el informe pericial médico se dejó constancia que al momento de la evaluación la actora se encontraba medicada con pregabalina 150 mg., tramadol gotas 50 mg., diazepam a demanda e ibuprofeno 600. Asimismo el experto entendió que las secuelas serán definitivas y que para controlar su estado anímico necesitará de un apoyo fisiokinésico permanente a fin de evitar la atrofia muscular, la pérdida de movilidad, corrección postural y control de peso.

Por lo tanto, es claro que la actora debió realizar gastos de medicación y de traslados, dada la discapacidad con que cuenta, todo lo cual sin dudas dificulta su movilidad. Es por ello que considero que la suma reconocida por gastos realizados es escasa.

Por otra parte, dado que de los agravios vertidos se desprende que la queja corresponde a los gastos futuros en lo referente a pañales, coincido con el coactor en este punto por entender que el monto establecido por tal concepto resulta reducido.

En tal sentido, entiendo que la necesidad de su realización debe ser probada, lo cual, a mi entender, sucedió en autos, dado que las conclusiones del experto fueron correctamente fundadas, por lo que las tendré en cuenta para decidir la cuestión.

Así las cosas, y en virtud de lo dispuesto por el art. 165 del Código Procesal, considero que la suma reconocida por las partidas en tratamiento es reducida para resarcir estos aspectos del reclamo, la que propicio elevar a \$60.000.

XI.- Intereses

El magistrado dispuso la aplicación de la tasa activa (conforme el plenario Samudio) desde la fecha del hecho y hasta el efectivo pago, con la salvedad del tratamiento psicológico por tratarse de un gasto futuro. El Estado Nacional al expresar agravios solicitó que se fije una tasa menor, la pasiva de interés mensual promedio publicada por el BCRA.

Esta Sala acepta la aplicación de la tasa activa desde el día del hecho por aplicación de la jurisprudencia plenaria obligatoria ("Samudio" y "Gómez"). No obstante, el asunto merece algunas reflexiones adicionales.

Dispone el art. 768 del Código Civil y Comercial que: "Intereses moratorios. A partir de su mora el deudor debe los intereses correspondientes. La tasa se determina: a) por lo que acuerden las partes; b) por lo que dispongan las leyes especiales; c) en subsidio, por tasas que se fijen según las reglamentaciones del Banco Central".

En el caso, como sucede en todas las demandas de daños y perjuicios derivados de accidentes de tránsito, no hay una tasa acordada entre víctima y responsable, y tampoco una establecida por leyes especiales. Por ende, solo resta acudir a tasas fijadas en alguna reglamentación del Banco Central.

Por otro lado, el art. 771 prevé que el juez debe valorar "el costo medio del dinero para deudores y operaciones similares en el lugar donde se contrajo la obligación". Esto significa, en

lo que aquí interesa, que desde el día del hecho el acreedor (víctima) se ha visto privado del capital al que tiene derecho, y que entonces se debe evaluar cuánto le hubiera costado el dinero si lo hubiera buscado en el mercado. Pero, además, la tasa debe ser importante, para evitar la indeseable consecuencia de que el deudor moroso especule o se vea beneficiado por la demora del litigio, en desmedro de la víctima.

Es sabido que la fijación judicial de intereses para las deudas en mora procura resarcir al acreedor por la demora en percibir su crédito y castigar al incumplidor, quien se apartó de los términos de la obligación asumida en origen. La jurisprudencia ha resaltado el contenido disvalioso del incumplimiento y la necesidad de desalentarlo, conceptos que conviene recordar y tener presentes (véanse consideraciones de la mayoría en el caso "Samudio"). El orden jurídico requiere, como pauta general de conducta, que toda persona cumpla con las obligaciones que legítimamente asume o le impone la ley y así lo ratifican las normas del CCCN.

Cuando se asigna a las deudas en mora una tasa menor a la que abonan -con arreglo a la ley, los reglamentos en vigencia y los pactos válidos- las personas que cumplen sus obligaciones con regularidad, se desplazan las consecuencias ya apuntadas de la morosidad hacia la sociedad y, en paralelo, se beneficia a los incumplidores. Lo dicho no obsta en absoluto a la garantía de los derechos del deudor, en particular cuando, en su calidad de consumidor, se haya visto sometido a abusos que las normas protectoras imponen reparar. Son cuestiones distintas que pueden tratarse de manera independiente (Drucaroff Aguiar, Alejandro, "Los intereses en los contratos bancarios y el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación", RCCyC 2015 -agosto-, 162).

Esta Sala viene aplicando desde hace tiempo la tasa activa de interés, ya sea por aplicación del fallo plenario obligatorio, ya por considerar que no había motivos para cambiarla por una tasa pasiva. Sin embargo, un nuevo examen de la cuestión permite advertir que la tasa activa que aplica este tribunal no compensa al acreedor, para quien el costo del dinero es mucho más alto.

Parece entonces que una tasa adecuada para estos casos sería la que surja de aplicar dos veces la tasa activa, pues su resultado refleja el costo del dinero en el mercado para muchos usuarios.

No puede dejar de mencionarse que el artículo 16° de la ley 25.065, de Tarjetas de Crédito, prevé que "el límite de los intereses compensatorios o financieros que el emisor aplique al titular no podrá superar en más del 25%" a la tasa que aplique a las operaciones de préstamos personales en moneda corriente para clientes. Este límite, que fue convalidado por la Corte Suprema ("Proconsumer c. Banco Itaú Buen Ayre S.A. s/ sumarísimo, del 17/05/2016, LA LEY 2016-D, 159) al no intervenir en el caso resuelto por la sala C de la Cámara Nacional en lo Comercial (fallo del 20/04/2012, publicado en el mismo lugar), es mayor -por el momento- a la tasa que en esta decisión se establece.

Sin perjuicio de ser este mi criterio, toda vez que se han expresado agravios únicamente a fin de reducir la tasa de interés, propongo al acuerdo se confirme la sentencia de grado en lo que hace a este punto.

XII.-Costas Propicio que las costas de esta instancia se impongan a las demandadas que resultaron vencidos (art. 68 del Código Procesal).

XIII.- En síntesis, si mi voto fuera compartido, propongo al acuerdo: 1) revocar la sentencia apelada, y admitir la partida reclamada en concepto de asistencia permanente, que ascenderá a \$1.000.000; 2) declarar la deserción el recurso de apelación interpuesto por el E. N. respecto de la procedencia de la partida otorgada en concepto de tratamiento psicológico; 3) elevar los importes fijados por incapacidad física y psíquica, y daño moral a favor de L. M. N. V. a la suma de \$2.800.000 y \$600.000, respectivamente, y a favor de O. H. M. a la de \$300.000. Asimismo, propongo se eleve el importe concedido por gastos de convalecencia, traslados y curaciones a la de \$60.000; 3) confirmar el pronunciamiento recurrido en lo demás que decide y ha sido objeto de apelación y agravios, con costas a las demandadas vencida.

El Dr. Kiper y la Dra. Abreut de Begher, por las consideraciones expuestas por el Dr. Fajre, adhieren al voto que antecede. Con lo que se dio por terminado el acto firmando los señores jueces por ante mí, que doy fe.

Fdo. José Benito Fajre, Liliana Abreut de Begher y Claudio M. Kiper.

Buenos Aires, 17 de octubre de 2018

Y VISTO:lo deliberado y las conclusiones establecidas en el acuerdo transcrito precedentemente por unanimidad de votos, el Tribunal decide: I) revocar la sentencia apelada, y admitir la partida reclamada en concepto de asistencia permanente, que ascenderá a \$1.000.000; declarar la deserción el recurso de apelación interpuesto por el E. N. respecto de la procedencia de la partida otorgada en concepto de tratamiento psicológico; elevar los importes fijados por incapacidad física y psíquica, y daño moral a favor de L. M. N. V. a la suma de \$2.800.000 y \$600.000, respectivamente, y a favor de O. H. M. a la de \$300.000.

Asimismo, propongo se eleve el importe concedido por gastos de convalecencia, traslados y curaciones a la de \$60.000; confirmar el pronunciamiento recurrido en lo demás que decide y ha sido objeto de apelación y agravios, con costas a las demandadas vencida.

II.- En atención a lo dispuesto por el artículo 279 del Código Procesal, corresponde dejar sin efecto las regulaciones establecidas en la instancia de grado y fijar los honorarios de los profesionales intervinientes adecuándolos a este nuevo pronunciamiento.

En lo que se refiere a la base regulatoria, este Tribunal considera que, de conformidad con lo establecido por el art. 19 de la ley 21.839, debe considerarse como monto del proceso a los fines arancelarios al capital de condena con más los intereses reclamados y reconocidos en la sentencia (autos "Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo SA c/Medina Juan José y otros s/cobro de sumas de dinero" del 27/09/11).

A tales efectos, se tendrá en cuenta el objeto de las presentes actuaciones y el interés económicamente comprometido, naturaleza del proceso y su resultado, etapas procesales cumplidas, y el mérito de la labor profesional apreciada por su calidad, eficacia y extensión, considerando además lo dispuesto por los artículos 1, 6, 7, 9, 10, 19, 33, 37, 38 y conchs. de la ley 21.839 -t.o. ley 24.432-.

En consecuencia, regúlense los honorarios del Dr. Rubén Darío Bianchi, letrado apoderado de la parte actora, en la suma de pesos.(\$.), por su actuación en las tres etapas del proceso.

Los de los Dres. Patricio E. Torraca, Juan Pablo Seiro, Gisela Lourdes Aldana Amantia y Natalia Soledad Fasson de Freitas letrados apoderados del Estado Nacional Fuerza Aérea Argentina, en la suma de pesos.(\$.), en conjunto, por sus actuaciones en las tres etapas del proceso.

Los de los Dres. Federico Edgardo Moroni y Agustina Susana Norma Nogues, letrados patrocinantes del codemandado Estevez, en la suma de pesos.(\$.), en conjunto, por sus actuaciones en la primera y segunda etapa del proceso.

III. En cuanto a los honorarios de los peritos, se tendrá en consideración el monto del proceso conforme lo decidido precedentemente, la entidad de las cuestiones sometidas a sus dictámenes, mérito, calidad y extensión de las tareas, incidencia en la decisión final del litigio y proporcionalidad que debe guardar con los estipendios regulados a favor de los profesionales que actuaron durante toda la tramitación de la causa (art. 478 del CPCC).

Bajo tales pautas se fijan los emolumentos de los peritos: médico Dr. Eduardo Alberto Puig y psicóloga Lic. Micaela Paz Giovannelli en la suma de pesos.(\$.), para cada uno de ellos.

IV. En cuanto a los honorarios de la mediadora, esta Sala entiende, que a los fines de establecer los honorarios de los mediadores corresponde aplicar la escala arancelaria vigente al momento de la regulación (cfr. autos "Brascon, Martha Grizet Clementina c. Almafuerie S.A. s/ds. y ps.", del 25/10/2013, Exp. 6618/2007, en igual sentido, "Olivera, Sabrina Victoria c/ Suárez, Matías Daniel y otro s/daños y perjuicios", del 1/03/2016, Exp. 9.288/2015, ambos de esta Sala).

En consecuencia, ponderando lo dispuesto por el Dec. 2536/2015, Anexo I art. 2, inc. g) - según valor UHOM desde 1/5/18-, se establecen en la suma de pesos.(\$.) los emolumentos de la Dra. Cynthia Borgnia.

V. Por las actuaciones cumplidas ante esta alzada que culminaran con el dictado del presente pronunciamiento, se fijarán los honorarios de los letrados bajo las pautas del art. 30 de la ley 27.423 por ser la vigente al momento de la prestación del servicio.

Bajos tales parámetros se establecen los honorarios del Dr. Rubén Darío Bianchi en la suma de pesos.(\$.), equivalente a la cantidad de 431,48 UMA. Los de la Dra. Natalia Soledad Fasson de Freitas en la suma de pesos.(\$.), equivalente a la cantidad de 291,54 UMA. Los del Dr. Federico Edgardo Moroni en la suma de pesos.(\$.), equivalente a la cantidad de 157,43 UMA, (art. 30 de la ley 27.423, y valor de UMA conf. Ac. 27/18 del 04/09/2018 de la CSJN). Regístrese, comuníquese a la Dirección de Comunicación Pública, dependiente de la CSJN (Conf. AC. 15/13), notifíquese y, oportunamente, devuélvase.

JOSE BENITO FAJRE

LILIANA E. ABREUT DE BEGHER

CLAUDIO M. KIPER

JUECES DE CÁMARA