

Voces: DAÑOS Y PERJUICIOS - MALA PRAXIS - PROFESIONALES DE LA MEDICINA - MÉDICOS - MÉDICOS RESIDENTES - RESPONSABILIDAD MÉDICA - CESÁREA - SEGUROS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Partes: A. L. P. y otros c/ Estado Nacional y otros

Tribunal: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil

Sala/Juzgado: K

Fecha: 29-sep-2020

Cita: MJ-JU-M-129038-AR | MJJ129038

Producto: DP,MJ,SYD

La médica residente que incurrió en mala praxis en la realización de una cesárea bajo supervisión de otro médico, es responsable frente al paciente. Cuadro de rubros indemnizatorios.

Sumario:

1.-Quien en su condición de médica residente, intervino como cirujana realizando una cesárea bajo supervisión de otro médico, es responsable ante el daño sufrido por la paciente por cuanto si bien se hallaba en aprendizaje y respondiendo a los profesionales encargados de su formación y supervisión, conforme lo dispone el art. 14 de la Ley Nº 22.127, referida al Sistema Nacional de Residencias de la Salud, tal condición no la exime de responder por los daños derivados de una mala praxis, pues el sistema que regula la prestación médica en tales casos, no excepciona las reglas de la responsabilidad civil contenidas en el derecho de fondo.

2.-La médica residente que realizó una cesárea bajo supervisión de otro profesional, es responsable por la mala praxis incurrida en tanto si bien el residente no está capacitado para realizar -por sí mismo- toda clase de actividades médicas, lo cierto es que se trata de un profesional que cumple una labor de especialización, bajo la supervisión de su instructor y tiene obligación de desempeñarse con eficiencia, desplegando todo el caudal de conocimientos científicos de los que supuestamente está dotado.

3.-No corresponde eximir de responsabilidad a un facultativo residente por la sola circunstancia de investir esa categoría, pues habrá que analizar -en cada caso- cuál ha sido su participación personal en el acto médico y/o si actuó dentro de la órbita de sus facultades, siendo que por ser residente, no se produce una rebaja en el modelo exigible, pues siempre existe un mínimo por debajo del cual la culpa estará siempre presente.

4.-Es procedente condenar al Estado Nacional a indemnizar los daños sufridos por la actora pues se acreditó que concurrió a tener a su primera hija al nosocomio perteneciente a la fuerza del Estado a la cual servía y salió de dicho hospital con secuelas de tal gravedad que la han incapacitado de por vida, sin posibilidad alguna de cura, al punto de haberse dispuesto su retiro obligatorio, siendo que presenta secuelas, como consecuencia de la hipoxia sufrida en ocasión del paro cardio-respiratorio, que le provocan una incapacidad del 100% (total) en forma permanente, con necesidad de asistencia de terceros para las actividades de la vida diaria, alimentación, movilidad y traslados.

5.-En respuesta a los puntos periciales ofrecidos, el experto respondió que las lesiones cerebrales que presenta la actora, se deben a la hemorragia proveniente del útero, la cual fue cuantiosa. Recrea que requirió traslado a la Unidad de Terapia Intensiva y estuvo en asistencia respiratoria mecánica, dado su cuadro de shock hipovolémico y paro cardio-respiratorio. Arguye que, por las constancias de la historia clínica, la hemorragia verosímilmente fue gradual.

6.-La responsabilidad médica constituye parte especial de la responsabilidad profesional y, al igual que ésta, se halla sometida a los mismos principios que la responsabilidad en general, siendo erróneo considerar que el médico sólo debe responder en casos de falta notoria de pericia, grave negligencia o imprudencia, ignorancia inexcusable, grosera inadvertencia o graves errores de diagnóstico y tratamiento, siendo que cuando el profesional incurre en la omisión de las diligencias correspondientes a la naturaleza de su prestación, ya sea por impericia y/o imprudencia, se coloca en la posición del deudor culpable.

7.-En la responsabilidad médica, asumiendo los profesionales obligaciones de medios, para que quede comprometida su responsabilidad, debe quedar probado que no se ha cumplido con el fin primario (actividad prudente y diligente), lo que en otras palabras significa acreditar la culpa del o los galenos.

8.-El establecimiento asistencial asume frente al paciente una responsabilidad de naturaleza contractual directa, como consecuencia del contrato celebrado entre la clínica (estipulante) y el médico (promitente) a favor del enfermo (beneficiario - estipulación a favor de tercero-, cuya obligación principal surge del contrato de prestación de servicios médicos y consiste en suministrar la debida atención a través de las personas idóneas y los medios materiales suficientes y adecuados al efecto y contrae, además, una obligación tácita de seguridad ínsita en el principio genérico de 'bona fide' en el cumplimiento de las obligaciones, conforme art. 1198, párr. 1 º, del CC., art. 5 º de la Ley de Defensa del Consumidor, de carácter accesorio a la anterior y en virtud de la cual, el paciente no debe recibir daño alguno con motivo de la asistencia médica requerida.

9.-La aseguradora del médico que incurrió en una mala praxis no puede pretender eximirse del cumplimiento de la sentencia hasta el límite de la suma asegurada o porcentaje fijado para la franquicia, porque el seguro de responsabilidad civil no tiene como propósito solo defender al asegurado evitándole una grave pérdida económica, sino resguardar a la víctima el resarcimiento rápido e integral del daño injustamente padecido, siendo que lo contrario importaría la desnaturalización de la función del contrato de seguro, al que cabe considerar como una relación de consumo contemplada por el art. 42 º de la CN. y normas concordantes, Ley N° 24.240 º y sus modificatorias (Ley 26.361 º) ello, no solo por no contemplar los derechos del asegurado en procura de su indemnidad, sino primordialmente por verse afectados los

intereses de los damnificados desvaneciéndose la garantía de una efectiva percepción de la indemnización por daños.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los 29 días del mes de septiembre del año 2020, hallándose reunidos los Señores Vocales integrantes de la Sala K de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, a fin de conocer en los recursos interpuestos contra la sentencia dictada en los autos caratulados "A., L. P. y otros c/ ESTADO NACIONAL y otros s/daños y perjuicios", habiendo acordado seguir en la deliberación y voto el orden del sorteo de estudio, el Dr. Osvaldo Onofre Álvarez dijo:

I.- Vienen los autos a este Tribunal con motivo de los recursos de apelación interpuestos contra la sentencia de primera instancia, dictada a fs. 1117/1151 y ampliación de fs. 1153, habiendo expresado agravios la coactora A. a fs. 1257/1262, el coactor N. -por sí y en representación de su hija S. E. N.- a fs. 1288/ 1294, el coaccionado A. C. A. a fs. 1268/1274, la codemandada P. C. S.a fs. 1276/1281, el Estado Nacional-Estado Mayor General del Ejército a fs. 1283/1287, la emplazada G. C. a fs. 1296/1306, Seguros Médicos S.A. a fs. 1307/1308 y la Sra. Defensora de Menores de Cámara a fs. 1336/1341; siendo respondidos a fs. 1265/1266, 1310, 1312/1320, 1323/1326 y 1329/1333 los pertinentes traslados conferidos, respectivamente.

II.- Antecedentes.

L. P. A. y P. M. N. -por sí y en representación de su hija menor de edad, S. M. N. - promueven demanda contra: Hospital Militar Central, Estado Nacional, Ministerio de Defensa, Ejército Argentino, G. C., P. C. S. , A. A. y J. B. A. M. , por resarcimiento de daños y perjuicios originados en mala praxis médica.

Refieren que el aludido Hospital Militar Central, fue el lugar donde se sometió a L. P. A. a una intervención quirúrgica, realizándose una cesárea, con graves consecuencias para su salud física y psíquica. Afirman que el Estado Nacional, el Ministerio de Defensa y el Ejército Argentino, son los titulares y responsables del funcionamiento de dicho nosocomio. En lo que respecta a P. C. S. y G. C., quienes -indiciaria y aparentemente- fueron las profesionales que la atendieron y A. A. y J. B. A. M. , intervinieron con posterioridad a dicha operación. Concluyen señalando que ". se acciona contra todos los profesionales que intervinieron en el acto de la cesárea del día 30 de marzo de 2009 y hasta las 6 y 30 horas de la mañana del día siguiente."

Relatan que viven juntos desde el año 2004 y que, en el año 2008, supieron que iban a ser padres y que, tras un embarazo tranquilo y sin sobresaltos, el día 30 de marzo de 2009 la Sra. A. concurre al Hospital Militar Central a dar a luz. Dicen que, al ingresar al nosocomio, le practicaron un monitoreo fetal y, al parecer, sufría de oligohidramnios (disminución del volumen del líquido amniótico); decidieron, entonces, realizarle una operación cesárea el mismo día y que a las 19:00 horas nació S. M. N. . Describen que, luego, trasladaron a la Sra. A. a la habitación y, a las 19.30 hs., comenzó a sentirse mal. A las 20.00 horas, padecía dolores, se hallaba pálida, sudorosa, fría y le faltaba el aire. Arguyen que en enfermería les indicaron que eso era normal y el médico de guardia le administró un calmante. Señalan que se quejó durante toda la noche y a las 6.00 hs del día 31 de marzo de 2009, sufrió un paro cardíaco respiratorio ("PCR"), por lo que la llevaron a terapia intensiva. Dicen que el PCR tuvo una duración significativa y que a las 6.30 horas, aproximadamente, se le efectuó una segunda intervención que consistió en una laparotomía exploratoria (apertura quirúrgica de abdomen)

para verificar la causa de su gravísimo estado. Destacan que se comprobó una lesión sangrante uterina, en el ángulo izquierdo. Se le efectuaron suturas y transfusiones, porque había perdido un significativo volumen de sangre por la hemorragia interna. Afirman que egresó del quirófano a las 9.30 horas y que quedó internada por 25 días en terapia. Sostienen que fue entubada y colocada en aparato respirador para Asistencia Respiratoria Mecánica ("ARM") y que sufrió las complicaciones típicas de estados graves. Que, al regresar a una habitación común, se le comenzó a realizar rehabilitación motora, permaneciendo allí hasta el 1 de junio de 2009; fecha a partir de la cual fue trasladada al Instituto de Rehabilitación "ALPI" durante un año, regresando por el lapso de cuatro meses a su domicilio y retornando al Hospital Militar, donde aún se encontraba emplazada al momento de promover la presente demanda.

Exponen que, como consecuencia de lo ocurrido, la Sra. A. sufrió secuelas gravísimas. Destacan que se encuentra ciega (sufre "visión bultos"), no puede emplear sus miembros superiores ni inferiores, no camina, no puede incorporarse, no puede alimentarse por sí misma, ni asearse, no controla esfínteres y -además- sufre alteraciones psíquicas. Concluyen explicitando que necesita, para sobrevivir, de la asistencia de otras personas, cuando antes -a sus 31 años- de encontraba perfectamente sana y trabajaba con grado militar en el Ejército Argentino -cabo primero del escalafón femenino-.

Describen todo lo sucedido a partir del 30 de marzo de 2009 -fecha en la que se internó para dar a luz- y vierten las consideraciones relacionadas con el tratamiento que se le efectuara a la Sra. A. , la mala praxis incurrida que desarrollan e invocan y la responsabilidad que imputan a los codemandados.

Enumeran los rubros que son objeto de reclamo: "daño emergente", "daño estético", "daños psíquicos", "tratamientos y elementos para la vida diaria, atención médica y de personas, permanentes" y "daño moral". Efectúan liquidación, arribando a un importe total de \$ 8.712.000 o lo que -en más o en menos- resulte de la prueba a producirse. Fundan en derecho y ofrecen prueba.

A fs. 287/289 efectúan aclaraciones respecto de los elementos que la Sra. A. necesita para su atención y otras consideraciones relacionadas con el estado psíquico de la menor de edad S. E. N. . Amplían la prueba ofrecida.

A fs. 391, el co-actor N. solicita la citación en garantía de la firma Seguros Médicos S.A.

En su responde, la aseguradora reconoce la existencia de un contrato de seguro celebrado con A. C. A. y P. C. S. . Opone una franquicia de \$15.000 y un límite de cobertura -o suma máxima asegurada- de \$200.000. Posteriormente, adhiere a la contestación de demanda que oportunamente efectúen sus asegurados.

A fs. 453 se declara la rebeldía de J. B. A. M. y Hospital Militar Central (HGrl 601) "Circ. My Dr. C. A."; esta última se deja sin efecto a fs. 580/581.

A su turno, A. C. A. opone excepción de falta de legitimación activa respecto de los co-actores P. M. N. y S. M. N. . Sostiene que se trata de un supuesto de damnificados indirectos y que, por lo tanto, carecen de legitimación para formular el reclamo que se intenta (conf. art. 1078 del Código Civil).

Contesta demanda y arguye que se efectúa en ella una lectura tendenciosa e incompleta de la historia clínica. Sostiene que, al momento de los hechos, se desempeñaba como médico de guardia en el aludido Hospital Militar Central, la cual estaba integrada por dos médicos internos, médicos residentes y obstétricas; que la tarea consistía en brindar asistencia a los pacientes con urgencias de obstetricia o ginecología que consultaran por la guardia externa, la atención de partos, legrados, cesárea u otras intervenciones ginecológicas de urgencia, como la atención de las internadas luego del horario en que los médicos de planta finalizaban su labor en la sala.

Relata que, el día de los hechos, la Sra. A. fue internada por las Dras. C. y S. . Que la paciente había sido derivada de consultorios externos por el obstetra tratante, por presentar un embarazo de 41 semanas y oligoamnios y que ningún otro dato de valor en su historia clínica hacía presumir alguna complicación materna o neonatal. Agrega que la médica residente habría confeccionado la historia clínica de ingreso y que se le habrían brindado a la paciente y a su pareja todas las explicaciones necesarias; siendo las Dras. S. y C. quienes intervinieron en la inducción del parto y que, pasada una hora y media, la Dra. C. decidió la realización de una cesárea abdominal, naciendo la beba a las 19.00 hs., sin presentar ninguna complicación; por lo que finalizado el procedimiento, la Sra. A. fue derivada a la habitación N° 802.

Añade que los controles puerperales fueron realizados por las Dras. S. y C. , a la hora y dos horas del posoperatorio y, siendo las 22.30 hs., la paciente llamó a enfermería refiriendo vómitos y náuseas, por lo que fue vista por dichas profesionales. Describe cómo la encontraron y recrea que se interpretó que el dolor que manifestaba es el que habitualmente aparece cuando cesa el efecto de la anestesia, siendo medicada con un rescate analgésico de nubaína.

Advierte que, en la madrugada, la Dra. C. la encontró lúcida, orientada y hemodinámicamente estable, manifestando -además- mejoría en el dolor. Luego, a las 05:00 hs., las médicas tratantes fueron anoticiadas que la paciente presentaba un registro tensional de 80/40 y explica el tratamiento brindado a tales efectos.

Continúa relatando que, luego de un análisis que se le efectuó, a las 06:00 hs. permanecía hipotensa, con abdomen blando, indicándose oxigenoterapia y dándose aviso a hemoterapia. Es recién en dicho momento, cuando se lo llama a la habitación 802 y encuentra a la paciente descompensada, bajo la atención de la Dra. C. y la enfermera de turno. Expone que, ante la falta de respuesta a las maniobras de reanimación, se decide el traslado a terapia intensiva; circunstancia que fue anoticiada a los médicos del sector y, mientras se dirigían al ascensor, la Sra. A. presentó un paro cardiorrespiratorio (PCR). Que ingresó a terapia intensiva aproximadamente a las 6.30 horas, continuando los profesionales del sector, con las maniobras de reanimación antes relatadas. A las 7.00 hs se efectuó una ecografía abdominal que constató líquido libre y a las 8.00 hs. se efectuó cirugía, actuando la Dra. C. y el Dr. V.; este último en su carácter de médico de guardia entrante. Asevera que los hallazgos de este procedimiento, fueron la presencia de hemoperitoneo y el sangrado proveniente del ángulo uterino izquierdo; cuadro que fue resuelto con una sutura con puntos hemostáticos en "x" en el área de sangrado.

Aclara el galeno que la mencionada actividad, constituyó su única participación en el caso, por lo que no se le puede imputar ninguna responsabilidad por las secuelas que presenta la Sra. A. en la actualidad; toda vez que no participó en la cesárea, ni en el control del puerperio durante la madrugada del día 31 de marzo. Agrega que, cuando tomó su inicial contacto con la

paciente, ésta ya se hallaba descompensada y su singular intervención se produjo en el traslado hasta la unidad de terapia intensiva. Pide el rechazo de la demanda, con costas a la actora o, en su defecto, por su orden.

Por su parte y en su contestación, P. C. S. , opone excepción de falta de legitimación activa en relación a los coactores P. M. N. y S. M. N. , adhiriéndose a la presentación del codemandado Álvarez en relación con tal defensa.

Describe que, al momento del hecho, se desempeñaba como médica residente del primer año de Toco-ginecología del Hospital Militar Central y que, en tal carácter, era supervisada en forma permanente por los médicos de planta y guardia -respectivamente-, todos especialistas en tocoginecología. Invoca, a tales efectos, la Resolución N° 308 del Ministerio de Salud de la Nación.

Señala que, en la mentada data, se encontraba bajo la supervisión de la Dra. C. , médica interna de la guardia. Expone que la Sra. A. , presentaba un embarazo de 41 semanas y oligoamnios, pero que -exceptuando esta patología- no presentaba ningún otro dato de valor en su historia clínica que hiciera presumir alguna complicación. Destaca que le fue encomendada la confección de la historia clínica, la suscripción del consentimiento informado y efectuar un monitoreo fetal de ingreso, el que resultó reactivo.

Aclara que, tal como surge del contenido de la historia clínica, la Dra. C. la acompañó durante todo el proceso de inducción del parto a la paciente y que -pasada una hora y media- aquélla decidió realizar cesárea abdominal, la cual se llevó a cabo sin complicaciones. Colige que actuó como cirujana y la Dra. C. como ayudante y -también- como supervisora de su tarea; que la beba nació bien y la Sra. A. fue trasladada a la habitación n° 802, en la cual, a la hora y a las dos horas del posoperatorio, junto a la Dra. C. , realizaron los controles a la paciente. Luego, siendo las 22.30 hs., la Sra. A. llamó a enfermería refiriendo náuseas y mareos; se la revisó y medicó con analgésico.

Cuenta que, a las 5.00 hs. fueron avisadas por la enfermera de turno, que la paciente presentaba un registro tensional de 80/40; por lo que concurren con la Dra. C. , colocaron a la paciente en posición Trendelenburg y le aplican cierto tratamiento. Que a las 5.30 hs, ante la persistencia de hipotensión, se extrae muestra para hematocrito y se realiza un análisis. A las 6.00 hs. retorna al piso, encontrándose en la habitación la Dra. C. y una enfermera y le piden que ubique a los médicos de guardia y que solicite hemoderivados en forma urgente. Aclara que mientras se encontraba llenando formularios para el pedido de transfusión, la paciente se descompensó, siendo asistida -en ese devenir- por la Dra. C. y el Dr. á. En ese momento, le indicaron que se comunique con terapia intensiva; se dirigieron al ascensor y allí la paciente presentó un paro cardiorrespiratorio (PCR). Se le practicaron maniobras de reanimación, las que continuaron cuando ingresaron en terapia intensiva. Señala que, luego y a las 7.00 hs. aproximadamente se le realizaron estudios y a las 08:00 hs se la trasladó a cirugía, actuando la Dra. C. junto con el Dr. V. El hallazgo fue la presencia de hemoperitoneo y sangrado proveniente del ángulo uterino izquierdo. El cuadro fue resuelto con sutura.

Refiere que, contrariamente a lo que se indica, el descubrimiento quirúrgico no fue una herida uterina, sino el sangrado de uno de los extremos de la histerorrafia (la sutura de la apertura uterina por la cual se extrajo al bebé). Reseña que, luego del reingreso de la Sra. A. a la unidad de terapia intensiva, la situación fue tórpida, produciéndose múltiples complicaciones propias de su estado que deterioraron su salud.

Concluye reiterando su condición de médica residente, la supervisión o contralor de su tarea por parte de los médicos de guardia del Hospital Militar Central y haciendo hincapié en la ausencia de responsabilidad de su parte. Impugna liquidación, ofrece prueba, funda en derecho y peticiona el rechazo de la demanda.

A su turno, el Estado Nacional opone excepción de incompetencia, plantea nulidad de notificación y falta de legitimación pasiva del Hospital Militar Central. También opone falta de legitimación activa respecto de P. N. por no resultar un damnificado directo y "prejudicialidad" para el supuesto de constatarse en autos la existencia de una denuncia y/o querrela penal por el hecho reclamado. Además, opone la prescripción de la acción con sustento en el art. 4037 del Código Civil.

Efectúa otras consideraciones relacionadas con la responsabilidad estatal, afirmando que el obrar de los agentes del Hospital Militar Central se ajustó a las circunstancias de hecho y a lo que marca la deontología médica para los casos como el que presentaba la paciente. Señala que no existió relación de causalidad entre el cuadro clínico de la actora y la actuación de los agentes del Hospital Militar Central y entiende que la cuestión bajo examen debe encuadrarse en el caso fortuito.

Sostiene que, al momento de su internación, la Sra. A. tenía una alteración del líquido amniótico denominada "oligoamnios severa", que se define como la disminución en la cantidad de líquido amniótico y trae, como consecuencia, inconvenientes para la madre y/o el feto; pudiendo, también, ser señal de la presencia de otras enfermedades. Concluye que pudo deberse a una lesión uterina o problema preexistente y que -por lo tanto- la hemorragia detectada posteriormente en la "laparotomía exploratoria", sería ajena al accionar del equipo médico del nosocomio. Se remite a la hoja quirúrgica de la historia clínica en la que se describe el resultado de la cesárea y afirma que, con anterioridad y posterioridad al parto, tanto la Sra. A. como su hija fueron asistidas adecuadamente por los servicios intervinientes.

Arguye que le corresponde a la accionante acreditar que los profesionales que la atendieron incurrieron en una negligencia médica que pueda ser calificada como "mala praxis" e insiste en la inexistencia de responsabilidad por parte del Estado Nacional.

A fs. 580/581 se dejó sin efecto la rebeldía decretada respecto del Hospital Militar Central, haciéndose saber a los intervinientes que el Hospital Militar Central - Ejército Argentino - Ministerio de Defensa - Estado Nacional, constituyen una única parte, que es la que contradigo la acción incoada.

A fs. 649 se le da por perdido el derecho a contestar la demanda a J. B. A. M. .

Por último, se presenta G. C. y, tras la negativa particular y general de los hechos y documentación agregada, sostiene que la actora ingresó al hospital el 30.03.09 a las 15.20 horas, derivada de consultorios externos, por presentar un cuadro de oligoamnios severo. Aduce que ese día se desempeñaba como médica obstetra de guardia y que, en tal carácter, participó de la asistencia de la paciente.

Aclara que, contrariamente a lo que se dice en la demanda, la Sra. A. presentó un cuadro de ingreso que ponía en riesgo la gesta. Manifiesta que se dispuso la inducción del parto vaginal y, ante la falta de progresión y descenso, a las 19:00 hs. se la pasó a quirófano para la

realización de cesárea abdominal. Expone que dicha práctica es una intervención quirúrgica y que, como toda cirugía, implica riesgos cuya ocurrencia no puede eliminarse. Que el consentimiento informado obrante en la historia clínica es sumamente descriptivo.

Argumenta que existe un parte quirúrgico en el cual se registró la cesárea, en la que intervino junto a la Dra. S., como así el pase de la paciente -en buen estado- a la sala de recuperación. Describe que la evolución fue dentro de lo esperable y que la historia clínica detalla que a las 22.45 hs. presentó dolor en área quirúrgica y se le administró analgésico. Luego, desarrolla la situación de la paciente a las 0.00 hs., 2.00 hs. y 3.45 hs. del día 31.03.09. Posteriormente, a las 5.00 hs., se encontraba hemodinámicamente compensada, con presión arterial 80/40. Se indica posición Trendelenburg y se le aplica solución fisiológica. A las 5.30 hs. permanecía en iguales condiciones.

Continúa puntualizando la situación de la Sra. A. , quien a las 6.00 hs. refirió sensación de falta de aire y permanecía con tensión arterial 80/40. Se describen tratamientos, se solicita transfusión de sangre y, ante la falta de respuesta, se la deriva a terapia intensiva. Luego, a las 6:30 hs., se registra paro cardiorespiratorio, se hacen maniobras de reanimación y ".sale tras veinte minutos de maniobras.". Se realiza ecografía abdominal que muestra líquido libre en cavidad, por lo que se decide re- operar. Narra que, a las 8.30 hs., la paciente es retirada del quirófano y el parte quirúrgico detalla abundante cantidad de coágulos y sangre roja activa en peritoneo. Se constata sangrado activo en ángulo uterino izquierdo.

Aclara que no se produjo una lesión al útero, como se sostiene en la demanda. Explica que, tras la extracción fetal y de placenta, se produce la contracción del útero que comprime los vasos sangrantes, lo cual -además de la histerorrafia y ligadura- permite la hemostasia; esto no excluye que, luego de la operación en el puerperio, se presente una complicación de tipo hemorrágica, dado que -superada la instancia quirúrgica- puede manifestarse un vaso sangrante en los tejidos incididos. Afirma que esto es lo sucedido en la especie, destacando que es una complicación propia de la cirugía realizada.

Agrega que, en las primeras horas del puerperio, no se manifestó la sintomatología de la complicación y, posteriormente, aparecieron algunos indicios que -en un principio- tuvieron buenas respuestas a las medidas de tratamiento habituales en estos casos, pero finalmente ocurrió la descompensación que motivó el pase a terapia intensiva. Señala que, luego de la cirugía laparotomía exploradora, la paciente regresó a terapia intensiva y en el plano neurológico presentó signo-sintomatología derivada de la encefalopatía anóxica relativa al paro cardio-respiratorio padecido.

Concluye expresando que la situación clínica que padece actualmente la accionante, no puede endilgarse al indebido obrar médico; que no existió lesión, sino una complicación inherente a la práctica quirúrgica que requería el embarazo. Impugna la liquidación de la actora, funda en derecho, ofrece prueba y solicita el rechazo de la demanda.

III.- La sentencia.

En primer lugar, rechaza el a-quo la excepción de prescripción que opusiera Estado Nacional, con costas (art. 68 C. Procesal). Señala que el plazo que corresponde computar para la acción que se ha entablado es el de diez años (art.

4.023 del Código Civil), por cuanto la responsabilidad del Hospital Militar frente al paciente, es

directa y de naturaleza contractual y que esa obligación asistencial lleva ínsito el compromiso tácito de seguridad. Advierte que, de todos modos, aun cuando se considerase el invocado plazo de dos años, la prescripción no se cumplió, habida cuenta la fecha de la intervención quirúrgica que originó el proceso (30 de marzo de 2009) y la de promoción de la demanda (29 de marzo de 2011).

También propicia el rechazo de la excepción de falta de legitimación activa en relación con el reclamo por daño moral formulado por los coactores P. M. y S. M. N. . Considera que, el ya derogado art.1078 del C.Civil es inconstitucional, por lo que no corresponde su aplicación al caso; decisión que, además, queda reconocida y ratificada con el dictado de la nueva disposición del CCyCN; con costas por su orden por haberse creído los co-demandados con derecho a formular esta defensa en función de la existencia de la normativa vigente al momento del hecho, cuya inconstitucionalidad declara (art. 68, segundo párrafo CPCC). El señor Juez interviniente admitió, parcialmente, la demanda entablada por L. P. A. y S. M. N. , condenando al Estado Nacional (Ministerio de Defensa-Ejército Argentino-Hospital Militar) y a G. C. a abonarles -en forma concurrente- a la co-actora S. M. N. la suma de \$ 2.048.000 y a L. P. A. la suma de \$ 7.800.000; todo ello más intereses y costas. Dispuso, asimismo, que el Estado Nacional, a través del Ejército Argentino, mantenga la condición de afiliada al IOSE de la actora L. P. A. ; cobertura que deberá comprender a su hija, S. E. N. -mientras ésta conserve la condición de menor de edad-.

Rechazó la acción entablada contra A. C. á., P. C. S. y J. B. A. M. ; extendiéndolo a Seguros Médicos S.A.; con costas por su orden. Asimismo, rechazó la demanda impetrada por P. M. N. , con costas en el orden causado.

Para así decidir, consideró eficaz el dictamen elaborado por el perito Jorge Eduardo Rodríguez y tuvo por acreditada la existencia de causalidad material y negligencia médica; es decir, la causalidad jurídica, en relación con los daños que sufriera la actora A. , como consecuencia de la atención médica de la que fuera objeto en el mencionado Hospital Militar.

Señaló, en base a la prueba producida, que la Dra. G. C. fue quien intervino en todos los pasos que se dispusieron y concretaron en la atención médica de la Sra. A. . Recibió a la paciente derivada de los consultorios externos y firmó la internación junto a la Dra. S.. Luego del fracaso de la inducción del parto natural, decidió llevar a cabo la intervención quirúrgica de cesárea, la cual fue practicada por S. como cirujana y por ella como ayudante. Advirtió el sentenciante que, dada la condición de médica residente de aquélla y de obstetra de guardia de esta última, debe considerarse que fue tal profesional quien ordenara a S. que hiciera las veces de cirujana, bajo su supervisión. Que tal como se indica en la mentada experticia, al consignar se las tres posibles causas de la hemorragia que sufriera la Sra. A. , cualquiera de ellas tiene como causa esta intervención quirúrgica.

Destacó como elemento relevante para juzgar y adjudicar la responsabilidad de la Dra. C. , el no haber dejado constancia en la historia clínica -luego de la re- intervención quirúrgica posterior al PCR- respecto a cuál fue el origen de la hemorragia interna; falencias y ausencias que observa el "a-quo" también en su contestación de demanda y en las impugnaciones al informe pericial, respecto de la cuestión relacionada con la referida causa. Por otra parte, agregó que esta profesional es quien intervino, en forma directa, en los controles post-cesárea; en especial, en la verificación de las 5.00 hs., en la cual la Sra. A. ya registraba una presión arterial de 80/40, que el perito médico revela como indicadora de una probable hemorragia.

Entendió así que existió negligencia en el vigilancia y detección de la hemorragia, lo que hubiera evitado el PCR y las consecuencias dañosas que hoy expía la co-actora A. . Por lo tanto, atribuyó a la Dra. C. la responsabilidad por las consecuencias sufridas por la Sra. A. , en forma concurrente con el citado nosocomio Militar.

Asentó que la Sra. A. , en su condición de miembro del Ejército Argentino, concurrió a dicha entidad para ser atendida por médicos de la institución y dar a luz a su primer hijo. En la ocasión y como consecuencia de la cesárea que le fuera realizada y la no detección a tiempo de una hemorragia posparto, tuvo un paro cardíaco que -según ha quedado probado- le provocó un 100% de incapacidad. La pericia producida demostró la existencia de relación de causalidad entre la atención recibida por la Sra. A. y las consecuencias por las que se reclama. En virtud de la obligación de seguridad que le cabe al Hospital Militar y más allá del análisis de la actuación de cada uno de los médicos atribuye al Estado Nacional la responsabilidad por las consecuencias dañosas que sufriera y continúa padeciendo la Sra. A. , en su calidad de responsable de los actos que se lleven a cabo dentro de las instalaciones del referido centro hospitalario; condición que ha quedado reconocida y que motivó el dictado de la resolución de fs. 580/581 que unificó en el Estado Nacional la legitimación pasiva y representación de los demandados Hospital Militar, Ministerio de Defensa y Ejército Argentino.

En cuanto al codemandado A. C. á., adujo que este profesional intervino recién a partir de las 6.10 horas, cuando ya se había llevado a cabo la cesárea, los controles y la Sra. A. ya presentaba los síntomas clínicos de las 05.00 hs. enunciados en el informe pericial. Por lo tanto, concluye que las causas que provocaron la hemorragia y posterior paro cardiorrespiratorio, ya habían acontecido al momento en que entró en escena. En consecuencia, al no existir un hecho u omisión atribuible a dicho galeno que pudiera generar una obligación derivada de su culpa o negligencia (art. 512 C. Civil), es que rechaza -a su respecto- la demanda instaurada.

En lo que atañe al coaccionado J. B. A. M. , si bien fue declarado rebelde a fs. 453, no existe prueba alguna acerca de su intervención en el hecho. Afirmó el magistrado que nada se explica en el escrito de inicio al respecto y el perito médico ni siquiera lo menciona en su dictamen cuando analiza la historia clínica. Por tal motivo, al no existir un hecho que le fuera atribuible, dispone rechazar -sin más- la demanda entablada en su contra.

Respecto a la Dra. P. C. S. , refirió que, si bien intervino -desde un principio- en la atención de la Sra. A. , en calidad de médica residente y actuó como cirujana en forma directa en la intervención quirúrgica de cesárea, bajo la supervisión de la Dra. C. -quien, además, ordenó dicho acto médico- a la fecha del hecho (marzo 2009) contaba con poco más de un año y medio de residencia, siéndole aplicable lo indicado por el perito, en relación a que se trata de un médico en formación, con supervisión. En este sentido, no advirtió la existencia de prueba para inculparla, considerando la vigilancia personal que tuvo en un acto de complejidad como lo constituye una cesárea y en los posteriores controles; más aún los efectuados desde las 5.00 hs. del día 31.03.09, en adelante, que fue cuando se desencadenó el problema de la hemorragia que derivó en el PCA y posterior estado de incapacidad de la co-actora. Por las razones apuntadas, rechazó la demanda articulada contra la Dra. S. .

Por último, en relación al reclamo entablado por P. M. N. , determinó el juez actuante que no existe en la demanda, ni en su ampliación, una explicación que lo sustente. Entendió que no hay prueba alguna en autos acerca de la invocada pérdida de actividad lucrativa y tampoco de "traslados y cuidados"; que, tampoco, se acreditó erogación alguna realizada por el Sr. N. a

favor de la Sra. A. y que tuviera relación con las secuelas que le quedarán como consecuencia de la atención médica analizada. En cuanto al daño moral, asentó que lo único que se demostró en autos es que es padre de la menor de edad S. N. y que convivió con L. A. durante algunos años (conf. declaraciones testimoniales aportadas donde se refiere a convivencia en tiempo pasado y que durara entre cuatro o cinco años aproximadamente). Por otra parte, advierte que, de la declaración obrante a fs. 122 del beneficio de litigar sin gastos (expte. 28.724/11), se desprende que N. vive con su madre y su hija; la convivencia no duró, luego, que la Sra. A. sufriera las penosas consecuencias reseñadas. Según surge de la pericia psicológica, la Sra. A. "denota una elevada afectación emocional a raíz de la separación con el Sr. N. . Manifiesta angustia, enojo y dolor por el hecho de sentirse abandonada por el padre de su hija." Agregó el a quo que el Sr. N. tampoco acompaña a su hija S. a visitar a su madre, ya que esta última es llevada -a tales efectos- por su abuela paterna y destacó que aquél no impugnó el informe psicológico, en ese aspecto ni solicitó aclaraciones.

Concluyó que, si bien en el proceso el co-actor omitió denunciar el cese de la convivencia, tal circunstancia surge de las pruebas producidas en estos obrados. En particular, de la pericial psicológica, se desprende que la separación no fue decidida por la Sra. A. . Consideró esta circunstancia un hecho modificativo, a los efectos del reclamo por daño moral (art. 163 inc. 6°, segundo párrafo del CPCC) y entendió que la separación decidida por N. , debilita -o hace desaparecer- cualquier molestia o sufrimiento que se pretendiera invocar por parte de éste. En todo caso -afirmó- ha provocado, a su criterio, la pérdida de su derecho a reclamar una indemnización de las particularidades que pretende. Por estas consideraciones, rechazó el reclamo indemnizatorio pretendido por P. M. N., con costas por su orden por haberse creído el actor con derecho a formular este reclamo y tratarse la solución de una cuestión de interpretación (art. 68, 2° apartado del CPCC).

IV.- Los agravios:

La coactora A. cuestiona el monto acordado a su favor por daño moral, el que aparece reducido frente a la magnitud de las secuelas que registra hasta la fecha y la angustia que experimenta ante la alteración perpetua de sus legítimos hábitos de vida.

El coaccionado á. centra su queja en la distribución de costas por su orden dispuesta en relación al rechazo de demanda entablada contra A. C. á., P. C. S. y J. B. A. M. , extensivo a Seguros Médicos S.A. Sostiene que en el fallo de marras no se han fundamentado las razones por las cuales se resolvió el apartamiento del principio general de la derrota para su imposición, entendiendo que debieron aplicársele íntegramente a la parte perdedora y que tal conclusión se desprende -sin hesitación- no sólo de las constancias probatorias reunidas en la especie, sino -además- del modo en que ha sido encarado el planteo de la demanda. Cita jurisprudencia en cuanto a que las excepciones a la norma legal, deben aplicarse con criterio restrictivo, ponderándose cada caso en particular y siempre que tal exención resulte debidamente justificada; no advirtiéndose, a su entender, circunstancias singulares que ameriten la excepción normada en la segunda parte del art. 68 del código ritual. Solicita, en consecuencia, que se revoque parcialmente el decisorio de grado y las costas se le impongan, en su totalidad, a los vencidos.

La emplazada S. se agravia en el mismo sentido y respecto de la fijación de las costas, señalando que en el fallo recurrido no se han fundamentado las razones por las cuales se resolvió el apartamiento del principio general de la derrota para su imposición, entendiendo que debieron aplicársele íntegramente a la parte perdedora.

El Estado Nacional se queja por: 1) la responsabilidad que le fuera atribuida al hospital. Hace hincapié en que la medicina es una ciencia que reviste un alea y que no es posible vaticinar con certeza el resultado final; que se trata de una actividad que compromete una obligación de medios. Que resulta suficiente que el personal médico emplee la debida diligencia en la atención del paciente, pudiendo interferirse la aparición de numerosas contingencias en el resultado de la prestación que actúen como condición del daño cuya reparación se pretende; 2) los guarismos acordados a la Sra. A. por daño psicológico y daño moral, los cuales exceden las sumas peticionadas en la demanda y han sido actualizados pese a la prohibición de la Ley 23.928. Entiende, además, que se han sobredimensionado los perjuicios sufridos, convirtiendo a la indemnización en desproporcionada; 3) la cuantía fijada por incapacidad sobreviniente. Cuestiona el cálculo efectuado por el "a-quo" en relación al promedio de la edad productiva para alcanzar el monto. 4) la superposición de indemnizaciones respecto de la menor de edad S. M. N. , otorgándose una suma por daño psicológico y otra por daño moral, cuando el primero de ellos carece de autonomía; duplicándose el resarcimiento sin fundamento alguno; 5) la fijación de un interés del 8 % anual hasta la sentencia, cuando las sumas ya se encontraban actualizadas, generando un enriquecimiento sin causa a favor de la parte actora y un perjuicio patrimonial al Estado Nacional; 6) la tasa activa aplicada hasta el efectivo pago, la que considera excesiva y pide se reduzca.

El coactor N. -por sí y en representación de su hija S. - controvierte: 1) la imposición de costas, por su orden, en cuanto al rechazo de la excepción de falta de legitimación activa opuesta por á. y S. , así como por parte del Estado Nacional. Pide se condene a su pago a los excepcionantes; 2) el rechazo de la demanda contra A. M. Arguye que -frente a su rebeldía procesal- debieran tenerse por acreditados los hechos en virtud de los cuales se lo demandó. Señala que no hay elementos que excluyan su participación e intervención en el desdorado evento que motiva los presentes. Pide sea condenado solidariamente con el resto de los accionados; 3) por el rechazo propiciado respecto de los Dres. S. y á. En cuanto a S. , sostiene que se trata de una médica recibida -con práctica como residente- quien intervino en forma directa y, aún supervisada, debe afrontar las consecuencias de su actuación profesional. En lo que atañe a á., advierte que en todo momento estuvo presente y, si bien refiere los hechos como ajenos a él, intervino y así debió hacerlo; desarrollaba tareas en la guardia y su responsabilidad es indudable. Peticiona se condene a ambos, juntamente con su empresa aseguradora, "Seguros Médicos SA"; 4) por haberse desestimado el reclamo indemnizatorio de P. M. N. . Señala que, de las probanzas producidas se desprende que doce años después de los sucesos, la relación con la actora A. continuaba. Que, si hubo algún distanciamiento, no fue por una situación de abandono de la relación, sino por las consecuencias que debió afrontar, siendo forzado ante los hechos, a tomar duras y difíciles determinaciones. Recalca las sucesivas internaciones de la actora. Asimismo, pide se haga lugar el reclamo por "pérdida de actividad lucrativa, traslados, cuidados", los cuales no requieren una acabada acreditación, resultando notorio la infinidad de oportunidades en las que tuvo que concurrir a los distintos lugares donde fue internada su pareja, a los cuales se trasladaba casi diariamente. También aduce que no hay duda respecto al origen de sus problemas laborales, siendo que -con su pareja en gravísimo estado- se encontraba a cargo de una menor de edad, habitando una humilde vivienda a una larga distancia del sitio de internación.

La codemandada C. critica los cuestionamientos que el decisorio formula a la defensa que efectuara en autos, la responsabilidad que le adjudica como médica obstetra de guardia y la valoración de las pruebas que llevan a incluirla en la condena. Arguye que, al contestar la demanda, expuso en forma detallada -con basamento en la historia clínica- cómo sucedieron

los hechos; refutó las imputaciones que formula el reclamo y tuvo un rol apropiado en la sustanciación de la prueba pericial médica, poniendo de relieve conceptos importantes en la valoración del caso y datos que surgen de la historia clínica soslayados en el dictamen pericial, que demuestran -según sus propias conjeturas- el desacierto en la condena que se le impone.

Señala que, en su responde, se expone que el sangrado activo en ángulo izquierdo del útero hallado en la cirugía de laparotomía realizada por la mañana, lejos está de sugerir que se produjo allí una lesión. En la cesárea, luego de la extracción fetal y de la placenta, se produce la contracción del útero que comprime los vasos sangrantes, lo cual -junto a la histerorrafia (sutura uterina) y ligadura- permite la hemostasia (detención de sangrado) y que esto no excluye que, luego de la operación, en el puerperio se presente una complicación de tipo hemorrágica; dado que -superada la instancia quirúrgica- puede manifestarse un vaso sangrante en los tejidos incididos. Asimismo, que se remarcó que en la cesárea, la hemostasia fue satisfactoria, explicándose que si hubiese existido una lesión sangrante inadvertida y sin tratar, el cuadro de hemorragia se hubiese declarado de inmediato luego de la operación, pero que -por el contrario- la evolución en las primeras horas del puerperio estuvo dentro de lo esperable, no se manifestó la signo sintomatología de la complicación y que -luego- aparecieron sólo algunos indicios, teniendo inicialmente buena respuesta las medidas de tratamiento habituales en estos casos (es decir, que el cuadro ni siquiera fue progresivo) y que, finalmente, se presentó la descompensación que motivó el pase a la Unidad de Terapia Intensiva para su asistencia.

Advierte que la cesárea, como toda cirugía abdominal, no está exenta de complicaciones de índole sangrante como la del presente caso, más allá de que la ocurrencia del problema no sea frecuente. Que el dictamen pericial informa diversas causas de complicaciones hemorrágicas derivadas de esta intervención, entre ellas la dehiscencia de la histerorrafia; esto es la abertura de la sutura del útero. Aduce que el consentimiento informado suscripto, previo a la cesárea, consigna la posibilidad de hemorragias y de dehiscencia.

Cuestiona, por otro lado, que la sentencia no recoja que el peritaje señala a la dehiscencia de la histerorrafia como complicación posible. Más allá de ello, señala que en la cesárea en cuestión se logró buena hemostasia; es decir que dicha cirugía finalizó sin que la paciente tuviera sangrado o hemorragia. Insiste en resaltar que, de lo contrario, el cuadro se hubiese manifestado en forma clara e inminente; todo ello sin mengua que muy distinta tendría que haber sido la evolución de la paciente, finalizada la operación, si la sutura era inadecuada, incompleta o si se hubiese lesionado con un corte al útero; la hemorragia se hubiese manifestado en forma mucho más rápida, porque hubiese estado sangrando desde el quirófano, con evolución distinta a la constatada durante las primeras ocho horas siguientes a la cirugía. Refiere que todo ello fue apuntado -por su parte- al impugnarse la pericia y, en la contestación de la misma, el perito no se manifestó en términos concretos. Incluso se formuló un punto de aclaración específico que no fue soslayado.

Concluye explicitando que la forma en que evolucionó la Sra. A. , desde que finalizó la cesárea a las 20.00 hs. del 30.03.2009 hasta las 5.30 hs. del día siguiente, descarta que haya salido de quirófano con una porción del útero sin suturar o con una lesión accidental, como conjetura el peritaje. Al respecto, agrega que, en el parte quirúrgico de la operación realizada en la mañana del 31.03.2009, se describe que se constata sangrado activo en ángulo uterino izquierdo" .y se refiere la resolución con puntos hemostáticos en x.". Indica que la dehiscencia es una complicación factible que en muchas ocasiones y está más allá de una buena técnica desplegada en el acto quirúrgico, dado que los organismos no ofrecen siempre una misma

respuesta al tratamiento. Ello -acota- debe ser tenido en cuenta en este caso particularmente, en el cual la hemorragia no se manifestó sino hasta pasadas varias horas y lo hizo en forma paulatina y solapada, con buena respuesta en un primer momento. Reitera que en la cesárea la hemostasia fue buena, la paciente no presentaba sangrado y que ello es relevante a los fines de la crítica a la extensión de la condena en su contra.

En cuanto a las consideraciones relacionadas con la supervisión de S. , recrea que, como médica obstetra de guardia, no selecciona al personal, ni da órdenes respecto a qué acto o actividad deben realizar los residentes; tampoco se beneficia por ello. Alega que éstos son contratados y seleccionados por el Hospital y que ella no les imparte pautas de asistencia o tareas, ni las diseña. Que conforme al Reglamento Básico General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud de la Res.303/2008 que invoca la sentencia, las labores que se asignan a los residentes son coordinadas por el Jefe de Residentes y la Jefatura de Servicio o Unidad (art. 32). No cuestiona ni se agravia de la absolucón de la Dra. S. , pero crítica la extensión de la condena a su parte, por cuanto entiende no puede reprocharse su labor; toda vez que las características del caso determinan que no se la puede responsabilizar y que el sangrado sobrevino horas más tarde por la dehiscencia de la sutura y no existió una complicación intraoperatoria advertible que permita culparla.

Pone de relieve que la cesárea era de carácter vital para la salud fetal, atento el cuadro de oligoamnios severo que afectaba a la paciente. No existen ".garantías de un resultado valioso." o asegurado. Sostiene que ello no es así: quien debe realizarse y acepta este tipo de tratamiento quirúrgico, en un ámbito hospitalario, lo hace porque es necesario y para ello recibe información sobre los riesgos inherentes al procedimiento, cuya ocurrencia no se puede descartar con certeza y debe consentir ser operada, como en toda intervención quirúrgica. Que el peritaje refiere que existen tres consentimientos informados en la historia clínica y que, en la especie, en esa documentación se describe hemorragia y dehiscencia como riesgos posibles de la cesárea.

Por otro lado, argumenta que ha detallado debidamente cómo sucedieron los hechos, con referencias concretas a la historia clínica; que la actuación médica y de enfermería evidencia que la Sra. A. tuvo la atención que requería, acorde a la evolución postoperatoria que presentaba. Insiste en que los asientos de la historia clínica en el postoperatorio de una paciente internada, constituyen el registro de datos positivos que se manifiestan en su evolución y que es erróneo el peritaje al pretender sostener que se han omitido controles o registros en la documental. Cuestiona la sentencia en tanto recepta favorablemente el peritaje, sin la debida sana crítica. Sostiene que el cuadro hemorrágico tuvo detección tardía; toda vez que, por las particularidades de la evolución de la paciente y cómo respondió a las medidas de tratamiento, no puede señalarse culpabilidad en el diagnóstico. En razón de ello, corresponde - a su criterio- se revoque la condena que se le impone.

Subsidiariamente, se agravia de los montos indemnizatorios. Respecto al resarcimiento que se concede a la menor S. E. L., solicita se deje sin efecto la inconstitucionalidad que se plantea del art. 1078 del Cód. Civil, que rige el caso de autos. En concreto, señala que los familiares de la Sra. A. no resultan ser los damnificados directos y carecen de acción.

Más allá de ello, en lo que atañe a la cuantía fijada por daño moral concedida a la actora y a su hija menor de edad, entiende que los montos resultan elevados y solicita se los reduzca sustancialmente.

En lo que hace a los guarismos que se otorgan por daño psicológico y tratamiento a la menor de edad, peticona se revoquen. Considera que el daño psíquico no representa un rubro autónomo frente al daño material y moral; que se da en la especie una múltiple reparación, por un mismo daño, que provoca un enriquecimiento sin justa causa. En subsidio, pide se reduzcan.

En lo que concierne a la incapacidad sobreviniente indemnizada a la actora, emerge, a su parecer, excesiva. Refiere que, de la propia argumentación del fallo, surge que se consideran aspectos inmateriales del daño, que a su vez están mensurados en el moral. Impugna el cálculo aritmético que contiene el decisorio en este punto, cuando valoriza el ingreso mensual de la actora y la cantidad de años que debería percibirlo, el cual evidencia -según sus asertos- una desmesura.

Seguros Médicos S.A., a fs. 1307/1308, adhiere a los memoriales presentados por los Dres. á. y S.

Por último, expresa agravios la Sra. Defensora de Menores de Cámara. En cuanto al fondo de la cuestión debatida, adhiere a los argumentos expuestos por la actora en su memoria de fs. 1288/1294. Sin perjuicio de ello, agrega que: 1) considera insuficiente el monto determinado para resarcir el daño psíquico y tratamiento psicológico para la niña, teniendo en cuenta lo que surge de la pericia realizada y considerando su gravedad y permanencia. 2) el exiguu importe indemnizatorio fijado en concepto de daño moral, en tanto -entiende- el juzgador no valoró correctamente la prueba producida. Que la sola lectura de las constancias de autos convence acerca del inmenso dolor experimentado por S. , quien desde su nacimiento vio perturbada su vida familiar y desdibujada la figura materna y es de prever que este padecimiento se prolongue indudablemente a lo largo de su vida. Agrega que, si bien su madre permanece con vida, la gran discapacidad que la afecta hace que carezca de su asistencia espiritual y material, debiendo sobre-adaptarse y buscar, en otros adultos, esa identificación. Pide se incremente considerablemente el monto fijado. 3) el modo en que han sido impuestas las costas en relación al rechazo de la demanda respecto de los codemandados á., S. , A. M. y Seguros Médicos SA. Recuerda el carácter resarcitorio y alimentario que reviste la indemnización, con la que se persigue la finalidad de reparar el perjuicio ocasionado y, por ello, no puede verse subordinada por la imposición de costas; máxime encontrándose involucrado el interés patrimonial de una niña. Peticona se impongan todas las costas generadas, a la parte demandada vencida.

V.- Ahora bien, en cuanto al pedido de deserción de los recursos interpuestos por las partes, corresponde recordar que en la sustanciación del recurso de apelación la observancia de sus requisitos debe ponderarse con tolerancia, mediante una interpretación amplia que los tenga por cumplidos aun frente a la precariedad de la crítica del fallo apelado, directiva que tiende a la armonía en el acatamiento de los requisitos legales y la aludida garantía de la defensa en juicio y delimitar restrictivamente el ámbito de las sanciones que importan pérdida o caducidad de los derechos del apelante (conf. CNCiv., Sala E, del 24/9/74, LL 1975-A-573; íd. Sala G, del 10/4/85, LL 1985-C-267; conf. CNEsp. Civ. y Com. Sala I, del 30/4/84, ED 111- 513).

Teniendo en cuenta ello y dado que no se advierte que las expresiones de agravios en cuestión se hayan apartado, en lo sustancial, de los principios fijados en el art. 265 del Ritual, corresponde desestimar lo solicitado.

VI.- Atento la entrada en vigencia del nuevo Código Civil y Comercial (Ley 26.994 y su

modificatoria Ley 27.077), de conformidad a lo previsto en su art. 7 y teniendo en cuenta la fecha de los hechos ventilados en autos, es que resultan de aplicación al caso las normas del Código Civil de Vélez.

He de adelantar que, luego de un estudio completo y acabado de las pruebas agregadas al expediente, analizadas y valoradas en su conjunto con el prisma de la sana crítica (arts. 386 y 477 del CPCCN), los argumentos desarrollados en las fundamentaciones recursivas en cuanto a la responsabilidad atribuida a los codemandados G. C. y Estado Nacional (Ministerio de Defensa-Ejército Argentino- Hospital Militar) por la producción del evento en tratamiento y las consecuencias derivadas del mismo, no logran conmover, a mi criterio, las razones que llevaron al Sr. Juez a-quo a admitir la demanda instaurada. Sin embargo, distinta solución entiendo corresponde dar en cuanto al rechazo de demanda propiciado respecto de la Dra. S. , y su aseguradora; confirmándolo en lo que atañe a los restantes emplazados.

Se destaca que el juzgador debe arribar a la verdad jurídica que, al decir de Morello, no es la verdad absoluta y abstracta "sino el estado subjetivo del juez cuyo acceso a esa verdad (certeza) se ha ajustado a un procedimiento reglado y a pautas y guías lógicas de experiencia y sociológicas" (Estudios de Derecho Procesal Civil; t. I; Buenos Aires 1998, Abeledo-Perrot; p. 102 y siguientes).

En nuestro sistema, el concepto de prueba está integrado con la atribución de las partes, la función del juez y el resultado que debe consagrar la sentencia. Para los litigantes, prueba es el conjunto de elementos autorizados por la ley para demostrar que la versión de los hechos, respectivamente expresada en los escritos de constitución del proceso, es exacta. Para el juez es una función de aportación, selección y valoración de los indicados elementos, con el fin de establecer que aquellas versiones son las exactas -verdad formal- o, donde proceda, la que efectivamente coincide con la realidad -verdad material-. Siempre debe ser sobre las "versiones dadas por las partes". Reitero: el objeto de la prueba está constituido por los hechos invocados en las alegaciones de las partes, en tanto sean controvertidos. Es decir, afirmados por una y desconocidos por la otra y conducentes.

Al decir de Zannoni, "El incumplimiento imputable a la obligación contractualmente asumida (que en su ámbito propio constituye el ilícito al que se imputa la obligación resarcitoria: arts. 520 y 521 del Código Civil), trasciende como el hecho al que el art. 1109 vincula la obligación de reparar desde que, por culpa o negligencia del incumplidor, se ha ocasionado "un daño a otro" (autor citado, El daño en la responsabilidad civil, p.141).

Como se advierte, debe necesariamente analizarse la relación de los galenos actuantes con el paciente, a fin de determinar si existió incumplimiento de la prestación médica y -en su caso- la relación causal de ese obrar con el resultado de la intervención quirúrgica y tratamiento implementado, que acreditado, originará la responsabilidad frente a los accionantes.

Se ha recurrido a los principios generales del art 512 del C. Civil en los supuestos de responsabilidad profesional, a la que se define como "aquella en la que incurre el que ejerce una profesión al faltar a los deberes especiales que ésta le impone; requiere para su configuración de los mismos elementos comunes a cualquier responsabilidad civil. Ello quiere decir que cuando el profesional incurre en la omisión de las diligencias correspondientes a la naturaleza de su prestación, ya sea por impericia, imprudencia o negligencia, falta a su obligación y se coloca en la posición de deudor culpable -art 512 del C. Civil". (Suprema Corte de Bs As, en "Rivero y Hornos c/ Echalde, Norberto y otro s/ daños y perjuicios", del 22/12/87;

también otros citados por Ghersi, Carlos en "Responsabilidad por prestación médico-asistencial", p. 343 y sgtes., entre otros).

Se ha señalado, como nota característica del profesional, la habilidad en el desempeño de su actividad, que ésta se encuentre reglamentada y suponga habilitación previa, su presunción de onerosidad y que se ejerza con autonomía técnica y sujeción a la colegiación, a normas éticas y a potestades disciplinarias. (Alterini, Atilio, López Cabana, Roberto," la Responsabilidad civil de los profesionales", en "Las responsabilidades profesionales" -Libro homenaje al Dr. Luis Andorno-, p. 659, Ed.Platense, 1992).

La Corte Nacional, al valorar en el caso de los médicos la obligación jurídica de asistencia, ha remarcado que el deber jurídico de obrar se compone no sólo con la carga de actuar con la prudencia y el pleno conocimiento impuesto por las normas del Código Civil, sino con las que establecen los ordenamientos particulares, propios de los profesionales del arte de curar- v.gr. "Código Internacional de ética Médica", Declaración de Ginebra, etc.- (Fallos : 306.187 y JA, 1984-II-373; CS 24/10/89, "Amante Leonor y otros c. Asociación Mutual Transporte Automotor", JA, 1990-II-127).

El régimen legal aplicable es el derivado de la órbita contractual por cuanto, la mayoría de las veces, se trata de la inejecución de un previo acuerdo de voluntades ente el damnificado y el profesional. La responsabilidad médica constituye parte especial de la responsabilidad profesional y, al igual que ésta, se halla sometida a los mismos principios que la responsabilidad en general, siendo erróneo considerar que el médico sólo debe responder en casos de falta notoria de pericia, grave negligencia o imprudencia, ignorancia inexcusable, grosera inadvertencia o graves errores de diagnóstico y tratamiento. Cuando el profesional incurre en la omisión de las diligencias correspondientes a la naturaleza de su prestación; ya sea por impericia y/o imprudencia, se coloca en la posición del deudor culpable.

La culpa en sentido genérico es objeto de dos sistemas de apreciación: la valoración en concreto o subjetiva, por la que se merita con relación al sujeto mismo, atendiendo -únicamente- a sus condiciones personales y a las demás circunstancias de tiempo y lugar en que actuó; y la valoración en abstracto u objetiva en la que el parámetro de comparación está dado por la previsibilidad general de un patrón o tipo medio: el hombre común, el buen padre de familia, etc. (Orgaz, Alfredo, "La culpa", Ed. Lerner, Bs.As., 1970; Bustamante Alsina, Jorge "Teoría General de la responsabilidad civil", p.48, nota 4).

Puntualiza Orgaz que ambos sistemas no son antagónicos, sino que se complementan; la apreciación abstracta u objetiva no prescinde por completo del examen de la naturaleza de la obligación y de las circunstancias del caso, ni la apreciación en concreto deja de comparar la conducta del agente con la de un individuo de diligencia normal ("La culpa", cita en nota 22, p. 133).

El juez debe, ante todo, examinar el caso concreto con toda su constelación fáctica y luego, confrontarlo con la conducta que -en tal evento- habría observado un hombre prudente (Cazeaux-Trigo Represas, "Derecho de las Obligaciones", t. III, p. 161, Ed. Platense, 1970), o sea, en definitiva, que el art. 512 del Cód. Civil consagra un sistema mixto -concreto y abstracto- (Bueres, Alberto, "Resp. Civil de los médicos", p. 208).

Por su parte, Trigo Represas sostiene que, para apreciar la culpa, ha de acudir al "buen profesional" de la especialidad, ya que deben armonizarse las directivas del art. 512 del C.C.

con las del 902 para la esfera aquilina y, con el art. 909 de ese mismo cuerpo legal, para el ámbito contractual. Por ende, el adiestramiento específico que supone la condición profesional, genera un especial deber de obrar con más prudencia y conocimiento ("Nuevas reflexiones sobre responsabilidad civil de los médicos ", LL, 1984 C, 586).

En cuanto a la prueba de la culpa, como regla general, deberá ser probada por el acreedor; todo ello sin mengua de la importancia que tienen, como medio de prueba, las presunciones judiciales o bien, en casos excepcionales, la teoría de las cargas probatorias dinámica. Ello claro está, en la medida que el ordenamiento jurídico no consagre una presunción genérica de culpa como ocurre en algunos supuestos particulares.

En consecuencia, el distingo clasificatorio para nada incide en el régimen de la prueba, sino que va mucho más allá y sirve para determinar si estamos frente a un supuesto de responsabilidad subjetiva u objetiva -en este último caso, la culpa queda fuera de la cuestión.

Queda en claro que, en la responsabilidad médica como regla general, estamos frente a obligaciones de medios, con lo cual no basta, pues, con revelar la mera infracción estructural, o sea, la causación del daño médico, para deducir "sic et simpliciter" el elemento subjetivo (culpa). Es que, en las obligaciones de medios, existe un doble juego de intereses -en todo caso un interés dual- que forma parte integrante del objeto del deber prestacional. Estos intereses pueden ser denominados como final y primario. El interés final, que es el aspirado por las partes, resulta aleatorio (en el caso médico, la curación definitiva) y, por tanto, el deudor no está en condiciones de asegurarlo. Al lado de ese interés final, aparece el interés primario que se satisface con el esfuerzo del "solvens", en tanto se traduzca en una actividad prudente y diligente. Este último interés (el primario) basta para que se considere que el proyecto de la prestación se ha cumplido, con lo cual la sola falta de obtención del interés final, no es suficiente para patentizar la responsabilidad del deudor.

A la luz de lo expuesto, no cabe duda que, en la responsabilidad médica, asumiendo las profesionales obligaciones de medios, para que quede comprometida su responsabilidad, debe quedar probado que no se ha cumplido con el fin primario (actividad prudente y diligente), lo que en otras palabras significa acreditar la culpa del o los galenos.

Por su parte, el establecimiento asistencial, asume frente al paciente una responsabilidad de naturaleza contractual directa, como consecuencia del contrato celebrado entre la clínica (estipulante) y el médico (promitente) a favor del enfermo (beneficiario) -art. 504 C.C., estipulación a favor de tercero- (Bueres, "Responsabilidad civil de los médicos", p. 375/76), cuya obligación principal surge del contrato de prestación de servicios médicos y consiste en suministrar la debida atención a través de las personas idóneas y los medios materiales suficientes y adecuados al efecto.

Contrae -además- una obligación tácita de seguridad ínsita en el principio genérico de "bona fide" en el cumplimiento de las obligaciones, conforme art. 1198, párr. 1° del Cód Civil, art. 5 de la ley de Defensa del Consumidor, de carácter accesorio a la anterior y, en virtud de la cual, el paciente no debe recibir daño alguno con motivo de la asistencia médica requerida.

Revelada la culpa del médico, dicha responsabilidad se torna inexcusable, en tanto queda de manifiesto la violación del crédito a la seguridad y el establecimiento sanitario no puede probar su no culpa en la elección o en la vigilancia (Bueres, Ob. Cit. p. 386/87).

La Excma. Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires, in re "Brito de Lescano c/ Sjolita, Carlos y otros" (JA 1992-I-p. 315) señaló que: ".Como los establecimientos asistenciales se valen de la actividad ajena de los médicos para el cumplimiento integral de su obligación, habrán de responder por la culpa en que incurran sus sustitutos, auxiliares o copartícipes en razón de la irrelevancia jurídica de tal sustitución, ya que al acreedor no le interesa que el cumplimiento sea efectivizado por el propio deudor o por un tercero del cual éste se valga para sus fines y de la equivalencia de comportamientos del obligado y de sus sustitutos que determina que el hecho de cualquiera de ellos se considere como si proviniese del propio deudor."

Ahora bien, las dificultades probatorias acusadas que debe sortear -con frecuencia- el paciente para poner a las claras la culpa del galeno, recondujeron a la doctrina a conferir un elevado valor, quizá como en ninguna otra materia, a las presunciones judiciales -"praesumptio hominis"- . Su admisión no importa derogar el régimen de la carga de la prueba, sino que habrá que demostrar hechos que generen "indicios", para extraer de ellos la culpa de manera indirecta. A lo sumo, cabrá entender que existe un aligeramiento de la actividad probatoria y una concreción a los jueces de posibilidades para apreciar las circunstancias implicadas sobre la base de la equidad (CNCiv., Sala D, 28/ 2/ 96, in re "G.F.M. y otro c/ Centro Médico Lacroze y otros", del voto del Dr. Bueres, Alberto J.).

Con las observaciones mencionadas, analizaré las constancias arrimadas a la causa, a fin de determinar la responsabilidad médica en el supuesto.

Destaco el derecho elemental del juzgador de no seguir a las partes en todos y cada uno de los argumentos que esgrimen en resguardo de sus pretensos derechos, limitándose a escoger entre aquellos que guardan relación directa con la litis y que revisten sustancial importancia para la justa solución del diferendo (conf. Corte Sup., ED 18-780; CNCiv., Sala D, ED 20-B-1040; Sup. Corte de Bs.As., Ed 105-173; esta Sala, expte.Nº 114.223/98, entre muchos otros).

Tal como destaca el primer sentenciante, se encuentra demostrado en autos que L. P. A. - quien pertenecía al Ejército Argentino, con grado de cabo primero de artillería (fs. 704)- ingresó al Hospital Militar el 30 de marzo de 2009, a las 15.20 hs., con la finalidad de recibir atención médica para dar a luz, conforme se describe en la pericia médica; que a las 19:00hs. de dicho día, nació -por cesárea- su hija, la co- actora S. M. N. y, de manera inmediata, la Sra. A. fue enviada a una habitación, con buen estado de recuperación (pericia, fs. 943). Poco después, a las 22.45 hs. la paciente refirió dolor en el área quirúrgica y fue atendida en dicha habitación. Luego, fue controlada a las 0.00 hs., 2.00 hs., 3.45 hs., 5.00 hs. y 5:30 hs. del día 31 de marzo de 2009. A las 6.00 hs sufrió una descompensación y la trasladaron a terapia intensiva y en el camino, sufrió un paro cardíaco (PCA). Como consecuencia de su estado, se le realizó una ecografía uterina y, ante el resultado, fue operada nuevamente (conf. pericia, fs. 944). Tras sufrir el PCA y posterior operación, la Sra. A. ha quedado con secuelas que le provocan una incapacidad total, absoluta y permanente del 100% de la total (conf. pericia, fs. 944 vta y 952 vta).

Conforme lo expuesto, la Sra. A. concurrió a tener a su primera hija al nosocomio perteneciente a la fuerza del Estado a la cual servía y salió de dicho hospital con secuelas de tal gravedad que la han incapacitado de por vida, sin posibilidad alguna de cura.

Tan es así, como sostiene el "a-quo" que, a partir del 31 de mayo de 2016, el Ejército

Argentino dispuso su retiro obligatorio, abonándole la cantidad de treinta y cinco haberes de indemnización (conf. hecho nuevo denunciado a fs. 709/10, documentación acompañada y constancias de los autos "A. , L.P. c/ EN M. Defensa EA s/ amparo. Ley 16986". Expte. CCF7077/2015/CA1, que -en este acto- tengo a la vista).

Sobre la base de estos sucesos, es que corresponde establecer si el estado de salud en el que se encuentra la Sra. A. desde el día 31 de marzo de 2009, es una consecuencia derivada de las prestaciones que le fueron brindadas en el Hospital Militar Central -dependiente del Estado Nacional-; establecer la causa de tan penoso desenlace y -en su caso- a quienes corresponde atribuir la responsabilidad sobreviniente.

Como se analizará, los accionados -en especial el Hospital Militar- no han aportado una versión clara, precisa y asequible respecto al origen del gravísimo daño sufrido por la actora. En cambio, la actora ha producido la prueba tendiente a demostrar sus dichos.

Se cuenta con el expediente administrativo "Letra B3 09 n°1251. Cde. 5 Cbo 1° L. P. A. ", iniciado con fecha 24.04.09, agregado al amparo ya referido, en el cual el capitán médico del ejército, Gabriel Hernán Santín, determinó a fs. 6 que ".el embarazo no presentó anomalías o sintomatología alguna de su afección post- cesárea."

Asimismo, el informe médico, obrante a fs. 31 de esas actuaciones, refiere a las complicaciones en la intervención que sufriera A. , indicando el diagnóstico de egreso: ".Encefalopatía hipóxica.". En las "consideraciones" se detalla que ". presenta en el post-operatorio inmediato (dentro de 12 horas) deterioro del estado general y paro cardiorrespiratorio punto de partida de sangrado en zona de apertura uterina, lo que se resuelve con laparotomía. Sin embargo, presentó evolución tórpida y con complicaciones múltiples (coagulación intravascular diseminada, neumonía, convulsiones, hipertensión arterial, encefalopatía hipóxica por isquemia cerebral, infección uterina y pérdida de la visión casi total (visión bulto) .".

Como consignara el magistrado de grado, la actuación administrativa interna llevada a cabo por el Ejército Argentino, no se adentra en la causa del diagnóstico de egreso. Sí reconoce que la paciente se internó en buen estado en el Hospital Militar y que tuvo un embarazo normal, señalando -luego y como se desarrollara en las consideraciones transcrites- la presencia de un cuadro postoperatorio inmediato que merecía investigación médica específica en relación con las causas que lo motivaron; pero nada de ello surge del expediente administrativo, ni de la contestación de demanda del Estado Nacional.

Pues bien, a los fines de analizar las actuaciones profesionales, resulta relevante la prueba pericial médica realizada en autos.

A fs. 942/957, obra el informe allegado por el Dr. Jorge Eduardo Rodríguez, especialista en obstetricia, ginecología y medicina legal designado de oficio quien, tras el examen efectuado a la actora, refiere que la misma se expresa con dificultad y -a veces- solo con monosílabos; no controla esfínteres y usa pañales; es dependiente de terceros en un 100 % para todas las actividades: comer, beber, caminar (no puede ni sostenerse parada o sentada), leer, lavarse los dientes, etc. Tiene pie equino irreductible, con gran limitación en la movilidad por la espasticidad. Es constipada. Presenta una cuadriplejía espástica secundaria a encefalopatía anóxica. Tiene visión de algo de luz durante el día, pero no puede distinguir ninguna imagen; presenta visión bulto. Está en una silla de ruedas postural y tiene valvas cortas en los cuatro

miembros; siendo que el resto del día permanece en cama.

Detalla el profesional que, según surge de la historia clínica de internación, la paciente A. L. se internó el 30.03.09, a las 15.20 hs., con diagnóstico de embarazo de 41 semanas y oligoamnios severo. Se trataba de una primigesta. Presentando latidos fetales de 148 por minuto, tono uterino normal y contractilidad uterina aislada; tensión arterial 130/70, frecuencia cardíaca de 74 por minuto y temperatura axilar de 36,2 grados. El examen clínico no mostró anomalías. Al tacto vaginal presentaba el cuello uterino centralizado, blando, borrado en un 80 %, permeable al dedo, cefálica móvil y membranas íntegras. La internación está firmada por la Dra. C. y por la Dra. S. .

Señala que consta un consentimiento informado firmado por la actora y por la Dra. S. , para realizar prácticas médicas, establecer el diagnóstico y llevar a cabo tratamientos. Que obra otro parigual consentimiento informado para la inducción al parto, el cual está suscripto por la accionante y no está rubricado por ningún médico y -un último y similar documento- para cesárea electiva, donde consta pre-impreso "Que el doctor. (en blanco) me ha explicado la siguiente información sobre la operación CESÁREA.". El mismo está firmado solo por la Sra. A. y no lo refrenda ningún profesional.

Informa el facultativo que se asentó en la HC que se decide internación para inducción del trabajo de parto. Iniciándose ésta con ocitocina a las 16.00 hs. y a las 17.30 hs se decidió efectuar la cesárea abdominal por falta de progresión y descenso. La cesárea fue decidida por la Dra. C. y a las 18.30 hs., la actora pasó a quirófano. En la evaluación pre-anestésica se constató tensión arterial 120/70 y frecuencia cardíaca de 80 por minuto. Según el parte quirúrgico, la cirujana fue la Dra. S. y la primera ayudante la Dra. C. . La anestesia fue raquídea. El parte quirúrgico, en su parte más relevante, refiere: apertura de piel por incisión de Pfannestiel. Apertura de pared por planos. Histerotomía a lo Munro Kerr, amniotomía. Escasa cantidad de líquido amniótico meconial. Se extrae recién nacido de sexo femenino. Presenta circular del cordón al cuello, que se entrega a neonatología y llora espontáneamente. Alumbramiento manual, asistido y completo. Escobillado de cavidad. Histerorrafia con ángulos y surget pasado con catgut cromado 2. Buena hemostasia y uteroretracción. Cierre de pared. Aponeurosis con Vycril 2. Piel con intradérmica. Orina clara bolsa colectora. ATB profiláctico intraoperatorio. Conteo de gasas satisfactorio. Pasa en buen estado a sala de recuperación; se indica medicación endovenosa. No consta a qué hora finalizó la cesárea.

Describe el profesional los controles postoperatorios que obran en la historia clínica: "a) a las 20:30 hs. pulso 72 por minuto, tensión arterial 110/70, ginecorragia moderada, medicación ocitocina y Klosidol. b) a las 21:30 hs: pulso: 78 por minuto, tensión arterial 110/70, ginecorragia moderada, medicación ocitocina y Klosidol. c) 22:45 hs: pulso: 80 por minuto, tensión arterial 110/70, ginecorragia moderada, medicación ocitocina y Klosidol. Estos controles fueron efectuados por la Dra. S. . Consta que a las 22:45 hs la paciente refiere dolor en el área quirúrgica, Loquios moderados, utero retraído, tensión arterial 110/70. Se indica Nubaina 1?2 ampolla subcutánea. Esta última evolución está firmada por las Dras. S. y C. . A las 00:00 hs. del 31/3 fue evaluada por la Dra. C. , constatándose temperatura axilar de 36,3 grados, pulso de 80 por minuto, y tensión arterial de 110/70. El útero estaba retraído a nivel umbilical, con loquios hemáticos escasos, diuresis positiva por sonda, y ruidos hidroaéreos presentes. Hay una nueva evaluación de la Dra. C. a las 2 hs, quién consignó: paciente en BEG (se interpreta buen estado general), afebril, hemodinamicam. compensada. Franca mejoría del dolor postquirúrgico. Loquios escasos hemáticos. A las 3:45 hs la Dra. C. registra: afebril en BEG, abdomen blando, útero retraído, loquios hemáticos escasos. Herida quirúrgica:

gasa limpias y secas. A las 5 hs, paciente hemodinámicam. compensada Tensión arterial 80/40. Abdomen blando, útero retraído. Loquios escasos. Se indica posición de Trendelenburg y expansión con 500 ml de solución fisiológica a goteo libre. Dra. C. . A las 5:30 hs., paciente en iguales condiciones. Se .(ilegible) hematocrito por guardia. Se indica solución de Ringer lactato y posición de Trendelenburg. Dra. C. . A las 6 hs., la paciente refiere sensación de falta de aire. Tensión arterial 80/40. Abdomen blando, útero retraído. Loquios escasos. Se llama a médico clínico de guardia. Se recibe hematocrito de 18 %. Se aplica máscara de oxígeno. Se solicita sangre y hemoderivados a servicio de Hemoterapia. Dra. C. . 6:10 hs: se constata palidez franca cutáneo-mucosa, excitación psicomotriz. Teniendo en cuenta todas las medidas previamente tomadas (reposición de líquidos y cambio de decúbito) y ante la falta de respuesta a las mismas, se decide pase a Terapia Intensiva a cargo de enfermería y médicos de guardia. Dra. C. , Dra. S. y Dr. Alvarez. 6:.(ilegible pues impresiona sobreescrito) consta: en traslado a Terapia Intensiva se constata ausencia de pulso carotideo y de frecuencia respiratoria, por lo que se inician maniobras de reanimación cardiopulmonares iniciales (masaje cardíaco y reanimación boca a boca). Dra. C. , Dra. S. y Dr. á. 6:30 hs.: ingresa a Terapia Intensiva continuando con maniobras correspondientes a dicho servicio. Según la hoja de enfermería, a las 22:30 hs. presenta mareos y náuseas, se realiza control de tensión arterial: 110/70, pérdidas normales. A las 5 hs; paciente hipotensa, se pasa solución fisiológica a goteo libre mejorando favorablemente descompensada. 5:30 hs. evaluada por médico. 6:30 hs UTI. En Terapia Intensiva consta que el motivo de internación fue: paro cardiorespiratorio secundario a shock hipovolémico por sangrado intraabdominal. Se procede a reanimación cardiopulmonar avanzada, sale tras 20 minutos de maniobras de RCP (resucitación cardiopulmonar). Se usaron 8 ampollas de adrenalina, se coloca vía central y se inician cristaloides 1000 ml, Voluven 500 ml, 2 unidades de sangre, 1 ampolla de bicarbonato y una de gluconato de calcio. Los gases en sangre al ingreso eran: PH de 6,89, PO₂ de 327, Pco₂ de 20,4, satura 99,5, bicarbonato de 3,9, y exceso de base de -25. Se administran 200 meq de bicarbonato, se inician inotrópicos con lo cual se logra estabilizar la tensión arterial en 120/80, frecuencia cardíaca en 120, en asistencia respiratoria mecánica. Se efectúa ecografía abdominal, la cual muestra líquido libre en cavidad. Se decide operar. Pasa a quirófano a las 8:30 hs. La cirujana es la Dra. C. , el primer ayudante el Dr. V., y el segundo .ilegible. Se reabre la incisión de Pfannestiel, se llega al peritoneo, y al abrirlo, se constata abundante cantidad de coágulos y sangre roja activa. Se constata sangrado activo en el 5 ángulo uterino izquierdo. Se efectúan puntos hemostáticos en X según técnica. Hemostasia satisfactoria. Se revisa cavidad abdominal no evidenciándose otros focos de sangrado activo. Retracción uterina satisfactoria. Se realiza lavado y aspiración de la cavidad abdominal. Hemostasia satisfactoria. Se dejan drenajes por contraabertura, uno en el fondo de saco de Douglas y otro preuterino. Consta en la evolución de Terapia Intensiva que a las 10:50 hs volvió de quirófano en asistencia respiratoria mecánica, bajo efecto de anestesia. Se observa sangrado por herida quirúrgica, se pide coagulograma. Por drenajes se sospecha de hematoma de pared. La ecografía abdominal muestra que no hay líquido libre en la cavidad abdominal. A las 12:30 hs consta el resultado del coagulograma: dímero D 156, tiempo de protrombina de 33 %, KPTT de 355 seg., y fibrinógeno de 169. Se diagnostica coagulación intravascular diseminada, y se interconsulta con Hemostasia, quienes indican: factor 7 recombinante, 8 ampollas. Se pasan 7 unidades de crioprecipitados, 3 unidades de plasma y 3 ampollas de Protromplex. En la evolución del 01/04/09 se registró: pronóstico reservado. El 2/4/09 se registró que la paciente presentaba insuficiencia renal aguda secundaria a shock hipovolémico, no oligúrica. Se le administraron 2 unidades de glóbulos rojos desplasmatisados. El 03/04/09 se constata cuadriparesia. Se efectúa una tomografía computada de cerebro observándose edema cerebral. El 4/4 se rotó el tratamiento antibiótico a Vancomicina imipenem por cuadro febril de 24 hs de evolución. El 7/4 se registró que la paciente presentaba una cuadriplejía. El 9/4 continuaba con la cuadriplejía. El

10/4 se registró: paciente con probable encefalopatía hipóxica. La ecografía efectuada el 11/4 mostró que existía una colección en la pared abdominal a lo largo de la herida quirúrgica. El 12/4 se presentaba vigil, con afasia de expresión. Presentó tendencia a la hipertensión arterial. El 14/4 se consignó distonía neurovegetativa (taquicardia y sudoración). Continuaba con tratamiento antibiótico con vancomicina e imipenem. Se le rota la vía central por presentar 6 flogosis. Se realizó una resonancia magnética de cerebro con gadolinio que como dato a destacar refiere: El hallazgo principal del presente estudio lo constituye una tenue área de hiperseñal en secuencias T2 a nivel de la corteza occipito basal derecha la cual muestra un discreto realce tras la administración del agente de contraste endovenoso y podría corresponder a un lecho isquémico con fenómenos de reperfusión. El 17/4 se describió paraparesia severa de miembros inferiores, y miembros superiores con plejía. En la evolución del 19/4 se registró: encefalopatía hipóxico-isquémica Regular estado general, pronóstico reservado. El 21/4 consta: cuadriparesia severa miembros inferiores, y plejía en miembros superiores bilateral. Se decide el pase al piso (sala de internación general), sector de Clínica Médica. Según la Epicrisis de Terapia Intensiva, la paciente presentó durante su internación: Encefalopatía hipóxica, convulsiones, neumonía intrahospitalaria, y coagulación intravascular diseminada no complicada. En el retrocultivo se detectó la presencia de la bacteria Estafilococo coagulasa negativo.

El 22/4/09 ya en Clínica Médica, estaba en regular estado general, vigil, con score de Glasgow 10/15. Emite sonidos .(ilegible) y retira miembros inferiores ante la estimulación. No responde a órdenes simples. Mirada desviada hacia la derecha. Presenta plejía de miembros superiores y paresia profunda a nivel de miembros inferiores. Babinsky izquierdo positivo. El 23/4/09 se consignó: paciente que cursa internación por encefalopatía hipóxica secundaria a shock hipovolémico. Lábil emocionalmente, con llanto en forma intermitente. Hiperreflexia osteotendinosa. Signos de piramidalismo. Se decide colocar valvas en miembros superiores e inferiores, y potenciales evocados. El 24/4/09 se solicita un colchón neumático. El 25/4/09 a las 2:30 hs la paciente presenta un globo vesical, por lo que se recambia la sonda vesical. En la evolución siguiente dice; intercorre con retención aguda de orina e infección urinaria. Ese mismo día es examinada, observándose: sudoración profusa, vigil, responde con monosílabos, manos en garra con hipotonía muscular generalizada. El día de ayer se colocó valvas en ambos miembros inferiores para evitar posición viciosa. Alimentada por 7 sonda K 108. Se decide realizar hemocultivo por 2, urocultivo e iniciar tratamiento con piperacilina-tazobactam. En el día de ayer se le colocaron valvas en los miembros inferiores para evitar posturas viciosas. El 26/4/09 se le efectuó una resonancia magnética con contraste endovenoso, en la cual como dato a destacar se detectó: incremento de señal en la corteza temporo-occipital derecha, a lo cual se agrega realce post-contraste con un patrón giral, sin evidencia de efecto de masa o edema vasogénico. Esto sugiere que corresponde a una lesión de naturaleza vascular isquémica. También hay áreas un poco más ténues con realce giral en la convexidad temporal basal izquierda (girus fusiforme) y en ambas convexidades parietales. Después de administrar el contraste se consigna captación en ambos putámenes y caudados: cuerpos estriados (¿daño hipóxico) El 27/4/09 presenta estado vigil, responde monosílabos, con cuadriparesia, labilidad emocional, llanto fácil. El 29/4/09 se realizan valvas de yeso en los 4 miembros para evitar mano en garra y pie equino. Presenta plejía de miembros superiores y paresia profunda de miembros inferiores. El 30/4/09 continua kinesioterapia en habitación, se quitan férulas y se moviliza. El 1/5/09 presentó fiebre, con temperatura axilar de 38,5 grados, se evaluó a la actora y se interpretó el cuadro como una infección asociada a catéter. Continuó con asistencia kinésica motora. El 8/5/09 en el contexto de una evaluación fonoaudiológica la actora refirió que no veía. El 22/5/09 se consignó que se recibe informe de resonancia magnética de cerebro, donde se observan áreas compatibles con secuelas de lesiones

isquémicas hipóxicas en región occípito-basal derecha y en menor medida izquierda, y en regiones lenticulares. Estas lesiones justifican el cuadro clínico neurológico y la pérdida de visión que la paciente refiere. El 25/5/09 está con tratamiento con ceftazidima por urocultivo positivo para escherichia Coli. El 1/6/09 la paciente se encontraba clínicamente estable y se efectuó el traslado de la misma a centro de rehabilitación. El 30/8/10 se reinternó en el Hospital Militar Central por deshidratación, y por presentar 8 espasticidad por encefalopatía hipóxica. Se interna para rehabilitación integral. Se fue de alta el 23/12/10." En las consideraciones médico-legales de su informe, el galeno describió que ".la principal manifestación de hemorragia intraperitoneal no traumática, la constituye el dolor abdominal de aparición brusca, que podrá acompañarse de hipotensión arterial o signos de shock hipovolémico en relación con la magnitud del sangrado. La sangre tiene poco efecto irritativo sobre el peritoneo y la intensidad del dolor dependerá del volumen de sangre y de la rapidez con la que esta se acumula en la cavidad (Mortele 2003). La ausencia de signos iniciales no descarta la existencia de hemoperitoneo. Solo el 20% de las enfermas presentan algún signo semiológico en el primer examen físico. El examen tampoco pondrá en evidencia la acumulación de sangre intra-abdominal. Si consideramos la cavidad abdominal un cilindro, la acumulación de casi 3.000 ml de sangre solo aumentará el radio en 1 cm.El hemoperitoneo puede ser producto de una ruptura uterina, producto de la extensión de la histerotomía hacia la región lateral del útero, dehiscencia de la histerorrafia, en algunos casos de hematoma retro-placentario con infiltración miometrial (útero de Couvelaire) y trasvasación de sangre en la cavidad, posiblemente a través de las trompas; a veces puede ser consecuencia de una inadecuada sutura de la histerotomía (apertura del útero por donde se extrae al feto), lo que produce una dehiscencia parcial de la histerorrafia, que haya quedado algún sector de tejido sangrante sin suturar al cerrar el útero, o una herida cortante en el útero, acaecida durante la cesárea y que haya pasado inadvertida. Verosímilmente, alguna de estas tres últimas cuestiones, podrían ser lo que sucedió en el caso de autos. El diagnóstico que confirma la presencia de líquido en la cavidad se establece mediante una ecografía y se confirma con punción abdominal o culdocentesis. La hemostasia se logra luego de individualizar el vaso o sitio sangrante, y suturar el mismo en la laparotomía exploradora, o mediante una arteriografía con embolización selectiva. La principal manifestación del hemoperitoneo es la hipotensión arterial asociado con dolor y palidez, requiere confirmar la presencia de líquido mediante una ecografía y resolverlo mediante laparotomía de urgencia o embolización arterial. El shock hemorrágico es un síndrome secundario a la pérdida aguda del volumen circulante, con incapacidad cardiorrespiratoria y baja disponibilidad de oxígeno para suplir las necesidades de los tejidos del organismo, causando daño en diversos parénquimas por incapacidad para mantener la función celular. Desde el punto de vista clínico, cuando el shock se encuentra desarrollado, se expresa por: o Hipotensión arterial con TA sistólica menor de 90 mmHg (la actora a las 5 hs del 31/1/09 presentaba tensión arterial sistólica de 80, lo cual muestra que ya estaba en shock) o Taquicardia, pulso débil (desde las 00 hs del 31/3/09 hasta que se produjo el paro cardio-respiratorio no hubo controles del pulso). o Signos de hipoperfusión tisular (en los tejidos): a) oliguria (o disminución de la diuresis): no consta en las evoluciones médicas desde las 00 hs hasta que se produjo el paro cardio-respiratorio que la paciente haya tenido diuresis; b) deterioro del estado de la conciencia: consta a las 6:10 hs del 31/3/09 que la actora presentó excitación psicomotriz. o Signos cutáneos: palidez, sudoración, hipotermia distal, relleno capilar enlentecido. No consta en la historia clínica ninguno de estos controles desde que se finalizó la cesárea, sí a las 6:10 hs consta: palidez franca cutáneo mucosa. La demora en el diagnóstico implica retraso para iniciar el tratamiento, y conduce al incremento de la morbimortalidad materna y fetal, tal cual lo sucedido en el caso de autos con la madre." (el subrayado es propio).

En respuesta a los puntos periciales ofrecidos, el experto respondió que las lesiones cerebrales que presenta la actora, se deben a la hemorragia proveniente del útero, la cual fue cuantiosa. Recrea que requirió traslado a la Unidad de Terapia Intensiva y estuvo en asistencia respiratoria mecánica, dado su cuadro de shock hipovolémico y paro cardio-respiratorio. Arguye que, por las constancias de la historia clínica, la hemorragia verosímilmente fue gradual.

Determinó que ".un control estricto y oportuno durante el postoperatorio permite diagnosticar que la paciente tiene síntomas de un sangrado anormal.El diagnóstico del sangrado anormal pudo haberse efectuado con anterioridad al momento en el que se efectuó. La actora a las 5 hs del 31/1/09 presentaba tensión arterial sistólica de 80, lo cual muestra que ya estaba en shock, y esto implica que ya había perdido una cuantiosa cantidad de sangre circulante. Desde las 00 hs del 31/3/09 hasta que se produjo el paro cardiorespiratorio no hubo controles del pulso materno ni de la frecuencia cardíaca, lo cual impide conocer en qué momento comenzó la taquicardia que caracteriza al compromiso hemodinámico del shock hipovolémico. No consta en las evoluciones médicas desde las 00 hs hasta que se produjo el paro cardiorespiratorio que la paciente haya tenido diuresis, la disminución de la diuresis o la falta de la misma representa un signo de hipoperfusión tisular (en los tejidos). Signos cutáneos: palidez, sudoración, hipotermia distal, relleno capilar enlentecido. No consta en la historia clínica como estaban las mucosas y la piel (si la paciente tenía palidez o no) desde que se finalizó la cesárea en adelante. El control del estado de la piel y las mucosas. A las 6:10 hs consta palidez franca cutáneo mucosa. En los controles postoperatorios de la cesárea a las 2 y a las 3:45 hs. no se controló la tensión arterial."

Afirmó que ".de haberse controlado los signos descriptos, muy probablemente se hubieran detectado signos de hipovolemia, tales como descenso de la tensión arterial, taquicardia, palidez cutáneo-mucosa, y disminución de la diuresis. Ello hubiera llevado a la solicitud de un hematocrito de urgencia, y a efectuar una ecografía abdominal para valorar la presencia de sangrado intrabdominal. En referencia a las constancias de la historia clínica, se debió haber pedido el hematocrito a las 5 hs, cuando la actora presentaba hipotensión arterial de 80/40, y no a las 5:30 hs como se hizo.Esto demoró el diagnóstico de la anemia grave que se evidenció con el valor del hematocrito de 18 %, que fuera solicitado media hora más tarde, es decir, a las 5:30 hs. El hematocrito es fácilmente disponible para los internados, es de simple realización y de bajo costo.De haberse llegado al diagnóstico de sangrado intrabdominal con anterioridad al momento en el que se lo hizo, se hubiera efectuado la laparotomía exploradora con anterioridad, verosímilmente se hubiera evitado el paro cardíaco y todos los daños posteriores." Aclaró -luego- que ".el resultado del hematocrito solicitado a las 5:30 hs. fue de 18%, es decir, muy bajo, lo cual implica que existió una pérdida sanguínea muy importante. Ya a las 5 hs la paciente presentaba una tensión arterial de 80/40, que es una hipotensión arterial severa y, entonces, es en ese momento que se debió haber pedido el hematocrito. No consta en la evolución de las 5 hs. como estaban la piel y las mucosas, es decir, si existía palidez o no. De existir palidez y, ante semejante hipotensión arterial, se hubiera orientado rápidamente a pensar en una hemorragia por genitales o intrabdominal. Tampoco se ha tomado el pulso a las 5 hs, signo vital básico, que en los casos de sangrado excesivo se acelera anormalmente, o sea, se detecta taquisfigmia. A las 5 hs. se describió al abdomen como blando, pero no se refiere si era doloroso o no, y de ser doloroso puede orientar a sospechar un hemoperitoneo (que es lo que tenía la actora). En consecuencia, el pedido de sangre fue tardío, y de haber efectuado una evaluación médica completa a las 5 hs, verosímilmente se hubiera sospechado la existencia de un hemoperitoneo y se hubiera intervenido quirúrgicamente a la actora mucho antes que después de las 8:30 hs.Cuando se sospecha un hemoperitoneo, luego de una

cesárea, no hay que pasar a la paciente a Terapia Intensiva, hay que re-intervenirla quirúrgicamente para ver cuál es el sitio del sangrado y resolver esta cuestión. Luego si el cuadro lo amerita debe internarse a la paciente en Terapia Intensiva."

Expresó que en la cirugía solo se dejó constancia que: ".Se constata sangrado activo en ángulo uterino izquierdo.", no detallándose sobre la causa del mismo. Este sangrado, a veces, puede ser consecuencia de una inadecuada sutura de la histerotomía por lo cual se produce una dehiscencia parcial, que haya quedado algún sector de tejido sangrante sin suturar al cerrar el útero o una herida cortante en el útero, acaecida durante la cesárea y que haya pasado inadvertida. Verosímilmente algunas de estas tres últimas cuestiones podrían ser lo que sucedió en el caso de autos. De la lectura del parte quirúrgico solo surge: ".Se constata sangrado activo en ángulo uterino izquierdo.". No se ha detallado cual sería la causa de dicho sangrado activo, el cual fue resuelto mediante la aplicación de puntos hemostáticos en X según técnica.

En cuanto al consentimiento informado, refirió que el formulario para la cesárea es pre-impreso y está incompleto, por tanto, no cumple con los requisitos formales de este tipo de instrumento o de documento. Los riesgos que se describen en el consentimiento para cesárea electiva, rubricado por la actora, son: hemorragias, atonía uterina, desgarros y endometritis, infecciones, trastornos de la coagulación, infecciones de la herida, de la pelvis, hematomas superficiales o profundos de la pared o de la cavidad abdominal, adherencias, infecciones urinarias, lesiones de órganos vecinos, dehiscencia y eventración postquirúrgica, rotura uterina, embolia de líquido amniótico, hemorragia por atonía uterina y necesidad de efectuar una histerectomía. Luego de la explicación de los riesgos se lee:".A pesar de lo expuesto, y conociendo que el parto vaginal es una opción posible en pacientes que tienen una cesárea previa tiene menos riesgo que una cesárea, aunque no está exento de riesgo, decido libremente, optar por que se me realice una CESAREA PROGRAMADA O ELECTIVA y no esperar a que se desencadene mi trabajo de parto."

Advirtió que la cesárea de la actora, según surge de la historia clínica, tuvo como indicación: embarazo de 41 semanas, oligoamnios severo y falta de progresión y descenso, luego de haber intentado una inducción al parto. Es decir, que la actora nunca decidió ".optar por que se le realice una CESAREA PROGRAMADA O ELECTIVA y no esperar a que se desencadene mi trabajo de parto.". Adicionalmente, informó que la accionante no tenía una cesárea previa, sino que era primigesta, por lo que la siguiente frase del consentimiento no es aplicable al caso de autos:(". conociendo que el parto vaginal es una opción posible en pacientes que tiene una cesárea previa tiene menos riesgo que una cesárea.").

Señaló que la Sra. A. presenta secuelas, como consecuencia de la hipoxia sufrida en ocasión del paro cardio-respiratorio, que son: -privación del uso de sus miembros superiores e inferiores, no pudiendo incorporarse, ni marchar; -visión bulto, que constituye la privación del uso de la vista y esto verosímilmente, es consecuencia de la falta de oxígeno a nivel cerebral; cuadriplejía espástica; -no controla esfínteres y debe usar pañales en forma permanente. Padece una incapacidad del 100 % (total) en forma permanente, con necesidad de asistencia de terceros para las actividades de la vida diaria, alimentación, movilidad y traslados. Tiene una cama especial y a su vez una silla de ruedas. No pudo amamantar, dado su estado de encefalopatía hipóxico- isquémica.(el 9/4 se indicó inhibición de la lactancia). Quedó en el severo estado secuelar que la afecta a los 31 años de edad y, previo a ello, era una persona con trabajo, que se podía autovaler y que efectuar actividades habituales como cualquier otro ser humano sin discapacidades neurológicas. Concluyó que su aspecto es antiestético y su

estado actual no tiene cura.

Determinó el perito que ".Existió una relación de causalidad directa entre el diagnóstico y tratamiento tardío de la hemorragia postcesárea, la tórpida evolución posterior y el estado secular actual de la actora.".

En la contestación a las impugnaciones a fs. 1002/1004, el facultativo dejó en claro que ningún tipo de cuestionamiento hubo en cuanto a la indicación de la cesárea. En cuanto al análisis que efectuara en su informe respecto del consentimiento informado, reiteró que la paciente no optó para que se le efectúe una cesárea programada o electiva, sino que hubo una indicación precisa y determinada por parte del personal médico, a pesar que dicho consentimiento no fue rubricado por ningún galeno.

Respecto a la explicación que brindara acerca de la causa de un hemoperitoneo (obviamente en el caso de una paciente embarazada o luego de una cesárea), advirtió que esas son las causales posibles del hemoperitoneo. En el supuesto de autos, dado que la paciente no tuvo: ruptura uterina, extensión de la histerotomía (apertura del útero que se efectúa en la cesárea para extraer al feto) hacia la región lateral del útero, ni hematoma retroplacentario con infiltración miometral, las causas posibles son: una inadecuada sutura de la histerotomía (apertura del útero por donde se extrae al feto) lo que produce una dehiscencia parcial de la histerorrafia; que haya quedado algún sector de tejido sangrante sin suturar al cerrar el útero, o una herida cortante en el útero, acaecida durante la cesárea y que haya pasado inadvertida.

Concluyó que ".es muy difícil determinar cuál de estas tres fue el origen del hemoperitoneo, puesto que la Dra. C. al reintervenir quirúrgicamente a la paciente, no dejó constancia de cuál fue el hallazgo específico que motivó el "sangrado activo en ángulo uterino izquierdo", lo cual correspondía. Una reintervención quirúrgica de urgencia luego de una cesárea sin complicaciones intraoperatorias (de acuerdo a lo descrito en el parte quirúrgico), requiere de una explicación consignada en el parte quirúrgico, de la causa de semejante hemoperitoneo, sangrado que llevó a la paciente al paro cardiorespiratorio." Hizo hincapié en que la descripción de ".sangrado activo en ángulo uterino izquierdo." es de tipo genérico; o sea, se dice que sangra, pero no cuál es la causa específica del sangrado. Independientemente de cual haya sido, lo cierto es que el mismo llevó a la paciente a una hipovolemia (disminución del volumen de sangre circulante en los vasos sanguíneos) severa con shock, que culminó en el paro cardiorespiratorio. Es decir, hubo un sangrado anormal posterior a la cesárea que no fue detectado a tiempo. Lo tardío de la detección del cuadro y su correspondiente tratamiento, llevaron a la paciente al paro cardiorespiratorio, con lo cual hubo que pasarla a terapia intensiva para asistirle por este grave evento. Reiteró que el cuadro de hemoperitoneo debió haber sido resuelto con anterioridad al momento en que se lo hizo, con lo cual verosíblemente se hubiera evitado el paro cardiorespiratorio.

En la contestación de fs.1005/1006, el experto señala que, ante el cuadro que presentaba la paciente a las 5.00 hs., con tensión arterial de 80/40 y signo evidente de shock, se imponía el pedido de un hematocrito urgente, para ver si estaba anémica y que grado de anemia presentaba. Ello es una consideración necesaria. Arguye que no surge de todos los controles médicos post-cesárea, que se haya dejado constancia del dolor abdominal, a excepción de los controles de las 22.45 hs. (paciente que refiere dolor en área quirúrgica) y 00.00 hs. (mejoría del dolor posquirúrgico).

Si bien es cierto que el Juez tiene plena o amplia facultad para apreciar el contenido del

dictamen pericial, dicha prerrogativa no puede ser ejercida con discrecionalidad; toda vez que para apartarse de las conclusiones allegadas por el experto, deben tenerse razones fundadas; máxime cuando el mentado informe comporta la necesidad de una apreciación específica en el campo del saber del diestro y para desvirtuarlo es imprescindible contar con elementos de juicio que permitan descubrir el error o en el inadecuado uso que el facultativo ha hecho de los conocimientos científicos de los que por su profesión o título habilitante se lo supone dotado -conf. CNCiv. Sala M, 08.03.1993, DJ 1994-I, 483. Idem, Sala E, 19.03.2008, ar/jur/515/2008, reñidas con principios lógicos o máximas de la experiencia o que se contradicen con el restante material probatorio objetivamente considerado -conf. CNCiv Sala H, 04.12.2009, ar/jur//62898/2009-, falta de idoneidad o de basamentos científicos -conf. CNCiv Sala H, 25.10.2007, ar/jur/8874/2007-; siendo necesario, incluso, que se aquilaten probanzas de similar o mayor rango técnico que desmerezca las conclusiones arrimadas en el citado peritaje -conf. CNCiv. Sala E, 26.11.2008, ar/jur/14658/2008. Idem, Sala F, 11.08.2014, ar/jur/44765/2014-.

Para apartarse de dichos resultados se exijan bases sólidas demostrativas de la equivocación del perito y que habiliten la procedencia de objeciones o de cuestionamientos -conf. CNCiv. Sala D, 26.06.2003, ar/jur/7688/2003. ídem Sala H, 26.10.2006, LL 2007-A, 181, entre otros-.

Los demandados en autos no han requerido ni aportado informes de consultores técnicos. Los emplazados á. y S. desistieron de ello a fs.1063 y 1064, y el Estado Nacional y la Dra. C. , no los ofrecieron, en su instancia.

Puede resaltarse, entonces, que el experto nos advierte sobre la existencia de un diagnóstico y tratamiento tardío de la hemorragia que culminara en el paro cardio- respiratorio y fuera la causa del grave estado secuelar que presenta la Sra. A. . En cuanto al motivo del sangrado, el cual se omite en el parte quirúrgico de la re- intervención, el facultativo refiere a tres posibles orígenes, todos ellos derivados de la cesárea a que se sometiera.

Merece destacarse especialmente que, en este tipo de procesos, la prueba pericial deviene relevante; toda vez que el informe del diestro no suele ser una mera apreciación sobre la materia del litigio, sino un análisis razonado con bases científicas y conocimientos técnicos (CNCiv, Sala D, en autos "Yapura, Gregoria Erminda c/ Transporte Automotor Riachuelo S.A. s/ daños y perjuicios" expíe. libre N° 77.257/ 98, del 8/10/02; id. "Fiorito, José Luis c/ Petersen José y otro s/ daños y perjuicios" expte. libre N° 105.505/ 97, del 20/09/91).

Pues bien, cabe recordar que la diversa temporalidad de los acontecimientos puede darse como mera sucesión de hechos o como relación entre ellos. La causalidad importa una relación entre el antecedente y el consecuente, de manera que sea posible afirmar que el efecto es atribuible a la causa o, a la inversa, que ésta determinó el efecto (conf. "Derecho de Obligaciones" Atilio Aníbal Alterini, Oscar José Ameal Roberto, M. López Cabana, pág.231).

En el caso, tengo por corroborada la relación causal entre la actuación médica de la Dras. G. C. y P. C. S.y el resultado dañoso padecido por el Sra. L. P. A.

Entiendo así que la conducta desplegada por dichas profesionales, trasunta negligencia pasible de responsabilidad por las consecuencias finales acaecidas.

El vínculo causal existe cuando se advierte o colige una omisión médica y/o no aplicación del tratamiento debido, siendo deber del profesional disponer de los medios y las diligencias que -

normal y ordinariamente- pueden llevar a un resultado exitoso.

Debe destacarse en orden a lo expuesto, la necesidad de examinar la cuestión a través del prisma de la causalidad adecuada. De este modo, debe establecerse en el plano jurídico si un suceso es causa de otro. Por consiguiente, es necesario realizar ex post facto un diagnóstico de probabilidad en abstracto, inquirendo si la acción u omisión que se juzga era, de suyo, idónea para producir normalmente ese hecho, según el curso natural y ordinario de las cosas (conforme Goldemberg Isidoro, citado por Silvia Y. Tanzi, Juan M. Alterini, "La Demanda de Daños", pág. 154).

Dicho juicio de probabilidad tiene virtualidad para no sólo establecer la existencia de una relación causal sino, además, para precisar su consecuencia jurídica.

Tal como se desprende de la historia clínica, la pericial producida y demás constancias de autos, la Dra. C. , médica obstetra de guardia del nosocomio, fue quien recibió a la paciente A. derivada de consultorios externos y firmó la internación junto con la Dra. S. . Tras la inducción del parto natural sin resultado, decidió llevar a cabo la cesárea, en la cual actuó en carácter de ayudante y S. de cirujana. Al respecto, comparto con el juez "a-quo" que, dada la condición de médica residente de S. , cuadra interpretar que fue C. quien decidió que aquella cumpliera el rol de cirujana, lo que se entiende efectuó bajo su supervisión.

Asimismo, esta profesional intervino en las verificaciones postoperatorias de manera directa, encontrando particularmente dos omisiones es su actuación: en el control de las 05:00 hs. del día 31.03.09 y ante la presencia de una hipotensión arterial severa, no pidió laboratorio -recuento de hematocritos-. Asimismo, no consta si existía palidez -cómo estaban la piel y mucosas-, ni se tomó el pulso. De haber sido ello debidamente controlado, como señala el perito de oficio, hubiera podido advertir, con antelación, la hemorragia sobreviniente, evitando el PCR que llevó a las irreparables consecuencias descriptas. Por otro lado, en la re-intervención posterior al PCR, no se dejó asentada en la historia clínica de la actora, la causa de la hemorragia interna constatada; respecto de la que -tampoco- nada dijo en su contestación de demanda, ni en las impugnaciones que efectuara al dictamen pericial.

En cuanto a P. C. S. , su intervención se retrotrae también al ingreso de la paciente, reconociendo que se le encomendó la confección de la historia clínica, la suscripción del consentimiento informado y realización de monitoreo fetal. En la cesárea -como se acotara- actuó como cirujana -bajo supervisión- y también en los controles posteriores; incluidos los de las 05:00 hs. y 05:30 hs. que derivaron en el referido PCR, al que se llegó por la falta de detección temprana de la hemorragia que presentaba A. .

No se desconoce que a la fecha del hecho contaba con poco más de un año y medio de residencia en Tocnoginecología (fs. 771/773), hallándose en aprendizaje y respondiendo a los profesionales encargados de su formación y supervisión, conforme lo dispone el art.14 de la Ley n° 22.127, referida al Sistema Nacional de Residencias de la Salud.

Sin embargo, tal condición no la exime de responder por los daños derivados de una mala praxis, pues el sistema que regula la prestación médica en tales casos, no excepciona las reglas de la responsabilidad civil contenidas en el derecho de fondo (conf. Cámara 1a de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Minas, de Paz y Tributaria de Mendoza "Ontivero, Juan de Dios c. Hospital Central de la Provincia de Mendoza p/d. y p.", 15/03/2012, LL Gran Cuyo 2012 (junio), 549, AR/JUR/3806/2012).

Está claro que, si bien el residente no está capacitado para realizar -por sí mismo- toda clase de actividades médicas, lo cierto es que se trata de un profesional que cumple una labor de especialización, bajo la supervisión de su instructor y tiene obligación de desempeñarse con eficiencia, desplegando todo el caudal de conocimientos científicos de los que supuestamente está dotado.

El análisis expuesto determina que no corresponde eximir de responsabilidad a un facultativo residente por la sola circunstancia de investir esa categoría, pues habrá que analizar -en cada caso- cuál ha sido su participación personal en el acto médico y/o si actuó dentro de la órbita de sus facultades.

Se ha dicho así que, por ser residente, no se produce una rebaja en el modelo exigible, pues siempre existe un mínimo por debajo del cual la culpa estará siempre presente (cfr. Vázquez Ferreyra, Roberto A., "Importantísimos aspectos del derecho de daños en un fallo sobre responsabilidad médica"; nota a fallo de CNCiv., Sala D, "G., F. M. y otro c. Centro Médico Lacroze y otros", 28-2-1996; LA LEY, 1996-D, 452).

Es que, sin perjuicio de la responsabilidad de su superior, desde el punto de vista profesional, su actuación ha sido personal y genera las responsabilidades propias del ejercicio de la medicina. Debe tenerse en cuenta, que el art.16 de la normativa mencionada, establece que a los efectos de lo dispuesto en el art. 14, la ejecución de los actos de progresiva complejidad encomendados al residente en cumplimiento de los programas de residencias, se desarrollarán bajo su propia responsabilidad profesional, sin perjuicio de la que eventualmente pueda recaer sobre el instructor que hubiera dispuesto su realización (conf. esta Sala, voto del Dr. Oscar J. Ameal, en autos: "Bellino, Juana Isabel c/ Obra Social Bancaria Argentina Solidaridad y otros s/ daños y perjuicios", expte. N° 113.754/04).

En dicha inteligencia, corresponde -con basamento en las consideraciones expuestas- incluir en la condena a la Dra. S. , en tanto -conforme la prueba aportada- fue quien realizó la intervención quirúrgica (cesárea) en carácter de cirujana y participó de los ya citados controles posteriores, junto con la Dra. C. .

En función de ello, propicio al Acuerdo confirmar la responsabilidad atribuida en el decisorio de grado, tanto a la Dra. C. , como al Hospital Militar-Ministerio de Defensa-Estado Nacional, en virtud de la obligación de seguridad que le cabe por los actos médicos llevados a cabo por los profesionales de la institución médica donde acaecieran los hechos; revocando el rechazo de la demanda respecto a P. C. S. , haciéndose lugar a la misma; lo que se extiende a su compañía aseguradora, Seguros Médicos S.A., declarando inoponible a la víctima la franquicia y límites de cobertura de la póliza invocados -a lo que se opusiera la actora en su presentación de fs.567/ 568-.

Al respecto, este tribunal sostuvo la inoponibilidad de la franquicia a la víctima pactada entre los contratantes del seguro por aplicación analógica del plenario "Obarrio", desde que se encuentran en juego idénticos intereses a los que inspiraron aquélla doctrina legal, dictada con sustento en la función social del seguro y el adecuado resguardo a las víctimas.

Ello, por cuanto la aseguradora intenta eximirse del cumplimiento de una obligación hasta el límite de la suma o porcentaje fijado para la franquicia. Desde el ángulo de la autonomía privada, no puede admitirse que se esté en el terreno de la disposición de los particulares (art.

1137 y art. 1197 del Código Civil), el disponer de esa porción de la estructura obligacional, puesto que tal exención de responsabilidad está en contra de su función típica (art. 953 y art. 1198 del Código Civil) y resulta abusiva.

Como quedo dicho, el seguro de responsabilidad civil no tiene como propósito solo defender al asegurado evitándole una grave pérdida económica, sino resguardar a la víctima el resarcimiento rápido e integral del daño injustamente padecido. Lo contrario importaría la desnaturalización de la función del contrato de seguro, al que cabe considerar como una relación de consumo contemplada por el art. 42 de la CN y normas concordantes, ley N° 24.240 y sus modificatorias (ley 26.361) ello, no solo por no contemplar los derechos del asegurado en procura de su indemnidad, sino primordialmente por verse afectados los intereses de los damnificados desvaneciéndose la garantía de una efectiva percepción de la indemnización por daños (Conf. Arg. CNac. Civ. en pleno, 13/12/06, "Obarrio, maría Pía v. Microómnibus Norte S.A.").

El ya referido fin social fundamental que tiene el contrato de seguro, permite que los terceros damnificados obtengan el merecido resarcimiento de los perjuicios sufridos, en concordancia con una tendencia cada vez más firme en el moderno derecho de daños consistente en proteger a la víctima procurando que el daño injustamente causado sea debidamente reparado (CNCiv. esta Sala, "Speso Nora Esther y otro c/ Autopista del Sol SA y otros s/ daños y perjuicios" del 13 de diciembre de 2006).

Y todo esto, sin perjuicio del derecho de reintegro o repetición por parte de la aseguradora frente al asegurado, en virtud de lo que abone a la víctima del daño en mayor medida al monto incluido como límite de la cobertura (CNCiv., esta Sala, en autos "Flores, L. R. c/ Giménez, M. O. s/ daños y perjuicios", del 28/5/2013, entre otros).

No se desconoce que nuestro Máximo Tribunal, a la hora de juzgar las responsabilidades del asegurador frente a cualquier tercero beneficiario, ha sostenido, en relación a la ley de seguros, la exigencia de mantener los términos del contrato (ver causas N.312.XXXIX "N. , Nicolaza del Valle c/ La Cabaña S.A. y otros" y V.482.XL "Villarreal, D. Alberto c/ Fernández, Andrés Alejandro y otros," publicadas en Fallos 331:379 y 334: 988 -entre muchos otros casos-, doctrina que se siguió sosteniendo a pesar de la nueva composición, incluso con ampliación de fundamentos del Dr. Carlos Rosenkratz en autos: "Díaz, Graciela L. c. Evangelista, Jorge D. Pascual y otros s/ daños y perjuicios (acc. trán. c/ les. o muerte)" del 12/06/2018). Es decir, siempre ha seguido una línea que hace prevalecer, frente al tercero perjudicado, los límites del contrato celebrado entre el tomador del seguro y la empresa de seguros. Casualmente esta postura la expuso en la citada causa, donde previno esta Sala, autos: "Flores c. Gimenez, Marcelino s.daños y perjuicios" (CSJN, 678/2013 (49- F)/CS1, del 6-6-2017) y en otros pronunciamientos (CSJN, "Tarante" Fallos 319:3489; "Yegros" Fallos 322:653). De esta manera, es dable inferir que la Corte no admite decisiones que se aparten de la solución legal que establece el art. 118 de la ley 17.418.

Lo recién expuesto, debe también interpolarse con la realidad socio-económica de nuestro país que, en los últimos años, viene siendo sometida a un proceso de inflación de considerable magnitud que es de público conocimiento y esto hace que el límite de cobertura fijado en la póliza que aquí se analiza, resulta hoy en día manifiestamente insuficiente a los fines propios del seguro de responsabilidad civil (CNCiv., esta Sala, en autos "Guimil, Victoria Elizabeth Vanesa contra Unión General Armenia de Beneficencia s/ daños y perjuicios", entre otros).

Incluso podría aseverarse que se conformaría un supuesto de "no seguro" por insuficiencia de la suma asegurada (conf. Waldo Sobrino, "Consumidores de Seguros", publicado en La Ley, 2.009, pág. 278).

Por las consideraciones precedentes, siguiendo el principio fundamental del sistema de reparación de daños, en cuya virtud la compensación debe ser plena e integral, se propone al Acuerdo -como quedó dicho- decretar la inoponibilidad de la franquicia y límite de cobertura a la víctima.

En lo que atañe a los coaccionados á. y A. M., corresponde a mi criterio confirmar el rechazo de la demanda entablada en su contra.

En cuanto al primero de ellos, su intervención recién consta a las 06:10 hs. del día 31.03.2009, ante la falta de respuesta a las medidas tomadas por las profesionales actuantes, registrándose a las 6.00 hs. que se convoca al médico de guardia. Es decir, que el Dr. A. C. A. no actuó en la cesárea, ni en los controles posteriores -fundamentalmente en el de las 5.00 hs-; su atención a la paciente fue posterior a que experimentara los síntomas "ut supra" señalados que advertían la hemorragia que llevó al PCR.

En lo que atañe a J. B. A. M. , la rebeldía decretada, no tiene valor absoluto ni vincula al juez, en tanto es sabido que ella debe ser juzgada en relación con las circunstancias particulares de la causa y demás elementos que obren en el proceso, para, sobre la base de ese conjunto, poder probar su eficacia (Colombo- Kiper, Código Procesal Civil y Comercial de la Nación Anotado y Comentado, T I, pág. 466; CNCom., Sala B, 18/02/1986, DJ, 1986-2-354).

Entiendo, al igual que el a-quo, que no existe prueba alguna respecto a su actuación en el caso, la cual no se determina en la demanda, no siendo siquiera mencionado -por otro lado- por el perito en su detallado y meduloso análisis de los sucesos y de la historia clínica.

En este sentido, no se encuentra acreditado en autos que existiera, de parte de los nombrados, acción u omisión que genere una obligación derivada de su culpa o negligencia (art. 512 del Cód Civil).

VII.-Se analizará seguidamente la procedencia y/o cuantía pecuniaria respecto de los rubros indemnizatorios acordados a L. P. A. y a S. M. N. que fueran cuestionados y el rechazo respecto a los peticionados por P. M. N. .

He de advertir, a los fines de la estimación de los montos resarcitorios, que en la demanda las sumas peticionadas fueron supeditadas a ".lo que en más o en menos resulte de la prueba a rendirse en autos." (conf. fs. 263 vta./264).

A. L.P.:

A) Incapacidad sobreviniente.

El sentenciante de grado otorgó por daño físico, psicológico y estético la suma total de \$ 6.800.000, la cual ha merecido agravio de las accionadas, no así de la actora, quien solo se queja de la acordada por daño moral.

Pues bien, la incapacidad sobreviniente es el perjuicio que consiste en las limitaciones a la

capacidad genérica que son consecuencia de las lesiones experimentadas por la víctima, exigiendo el resarcimiento del perjuicio patrimonial sufrido por el damnificado la consideración prudencial de los aspectos a ella referidos (edad, sexo, profesión u oficio, etc.), gozando el arbitrio judicial de un amplio margen de apreciación.

Así como toda disminución de la integridad física debe ser materia de resarcimiento, hay que admitir que cualquier merma de las aptitudes psíquicas de un individuo, constituye también un daño reparable.

En este aspecto, se configura la lesión psíquica mediante la alteración de la personalidad, es decir, la perturbación profunda del equilibrio emocional de la víctima que guarde adecuado nexo causal con el hecho dañoso y que entrañe una significativa descompensación que perturbe su integración en el mundo social.

En esa inteligencia, corresponde a mi criterio colegir la total autonomía e independencia entre el daño psíquico y el moral. Uno importa un menoscabo a la salud psíquica e integra el concepto de incapacidad, mientras que el otro repercute en los sentimientos del damnificado.

En otro orden de ideas, en la determinación de la incapacidad sobreviniente corresponde evaluar, no sólo el aspecto productivo, sino la incidencia en la llamada "vida de relación", detrimento que está contenido en este rubro indemnizatorio.

A los efectos de su determinación, no sólo ha de tenerse en cuenta de que manera incide su gravitación en las aptitudes de la víctima para el trabajo futuro o en la frustración de obtener beneficios económicos, pues esa incidencia no es única ni exclusiva a los fines resarcitorios, sino -además- de que manera gravita en todos los demás aspectos de la personalidad de la víctima, tanto en su vida personal como de relación (esta Sala Exptes. 101.557/97; 31.005/01; CNac.Civ., Sala F, 21/11/02, JA 2003-IV-síntesis; CCiv. y Com. Morón, Sala 1a, 1/10/02, JA 2003-II-síntesis; Id., Sala 2a. 20/2/03, JA 2003-IV-262; CNac.Civ., Sala H, 23/5/02, JA 2003-I-síntesis, entre muchos otros).

Ha sostenido la Corte Suprema de Justicia de la Nación que, cuando el perjudicado resulta disminuido en sus facultades físicas o psíquicas de manera permanente, esta incapacidad debe ser objeto de reparación al margen de que desempeñe o no una actividad productiva, pues tal integridad tiene en sí misma un valor indemnizable y su lesión afecta diversos aspectos de la personalidad que hacen al ámbito doméstico, social, cultural y deportivo con la consiguiente frustración del desarrollo pleno de la existencia (Fallos. 308:1109; 312:2412, S.621. XXIII, originario, 12-9-95).

Tal criterio se mantiene aún por aplicación de lo dispuesto por el art. 1746 del CCyCN. Ello, en tanto la norma conserva los criterios interpretativos que confieren al razonable arbitrio judicial la cuantificación del daño. A cuyo fin, deben ponderarse las circunstancias personales del damnificado y la gravedad de las secuelas que abarcan tanto el ámbito de trabajo como de sociabilización.

En este marco, cuadra atenerse a las constancias obrantes en autos; entre ellas, las periciales médicas producidas, que valoro y acepto en los términos de los arts. 386 y 477 del CPCCN.

Pues bien, el facultativo actuante -como se acotara- determinó que la Sra. A. padece una incapacidad del 100 % de la total en forma permanente, con necesidad de asistencia de

terceros para las actividades básicas de la vida diaria, alimentación, movilidad y traslados; utilizando una cama especial y silla de ruedas. Quedó en severo estado secuelar -sin posibilidad alguna de cura-, tan solo con 31 años de edad y presenta, además, un aspecto antiestético.

Desde el punto de vista psíquico, conforme experticia producida por la especialista designada de oficio -Lic. Patricia Salomón- la examinada padece un trastorno que condiciona y modifica distintas áreas de despliegue vital, pudiendo encuadrarse como "Reacción Vivencial Anormal Neurótica Depresiva Severa grado IV, que representa una incapacidad del 70 % de la total (fs. 898 vta.), La experta ratifica sus conclusiones en la contestación a las impugnaciones de fs. 927/928, dónde señala que ".sobre los cuestionamientos realizados acerca de la relación de causalidad entre los hechos de autos y las incapacidades evaluadas en la Sra. A. , se responde que las conclusiones a las que se ha arribado no son producto de un análisis subjetivo de los dichos del actor. Con anterioridad a los hechos que se investigan, la Sra. A. residía en el hogar familiar, llevaba una vida autónoma y era capaz de desarrollar sus actividades laborales como cabo del Ejército Argentino. Tal como consta en las historias clínicas que forman parte del expediente judicial, las severas disfunciones que padece a nivel físico se sucedieron de manera inmediatamente posterior al paro cardio-respiratorio sufrido como consecuencia de los hechos de la litis. Antes del mismo, la peritada se movilizaba por sus propios medios y contaba con una visión suficiente para desenvolverse cotidianamente sin dificultades. Después del mismo, la actora quedó cuadripléjica y ciega, incapacidades con las que no hubiera resultado posible que realizara las actividades laborales mencionadas con normalidad. Por lo tanto, considerando la severidad de las disfunciones que padece, resulta altamente improbable que el buen estado de salud previo y las secuelas incapacitantes posteriores se traten de una mera "creencia" de la peritada.".

En virtud de las consideraciones expuestas, siendo aceptadas las conclusiones periciales sobre el punto, teniendo en cuenta las condiciones subjetivas de la damnificada; en especial las relativas a su edad (31 años al momento de la intervención), las gravísimas secuelas que padece e incapacidad total y absoluta que presenta, es que propongo al Acuerdo confirmar la procedencia de los conceptos englobados en este rubro y la cuantía acordada por el magistrado de grado, la no ha sido -como quedó dicho- cuestionada por la reclamante.

B) Daño moral.

El sentenciante de grado otorgó por este ítem a la Sra. A. la suma de \$1.000.000. A tales fines entendió que, al tratarse de un rubro cuya cuantificación difícilmente pueda ser modificada por lo que resulte de la prueba a producirse, corresponde otorgar el equivalente -a valores actuales- del importe que la actora estimó por este rubro (\$300.000); de los cual se agravian las partes.

Pues bien, existe daño moral indemnizable cuando hay una lesión o agravio a un interés jurídico no patrimonial, es decir un menoscabo a bienes extrapatrimoniales.

El derecho no resarce cualquier dolor, humillación, padecimiento sino aquello que sea consecuencia de la privación de un bien jurídico sobre el cual el dolorido tenía un interés reconocido jurídicamente (conf. Zannoni, "El daño en la responsabilidad civil", pág. 234/235; Brebbia, "Daño moral", pág. 47; art.1078 del Código Civil).

El agravio moral está constituido por la lesión a las afecciones íntimas del damnificado, las

aflicciones que experimenta, la duración de su convalecencia y la incertidumbre sobre el grado de restablecimiento.

Es así que, considerando las condiciones personales de la accionante, los innumerables y evidentes padecimientos que sufrió a raíz de la situación disvaliosa vivida y demás particularidades que muestra la causa, entre ellas que no puede realizar por sí misma actividades básicas de la vida cotidiana, padeciendo severas disfunciones (cuadriplejía, disminución visual, daño neurológico) que limitan en forma drástica su normal desenvolvimiento y la colocan en una situación de total dependencia para subsistir; sumado al hecho de no haber podido criar a su hija recién nacida, ni poder convivir con ella por encontrarse internada en un centro de rehabilitación al requerir asistencia permanente; viendo truncado su proyecto de vida con la incuestionable angustia que todo ello genera, es que propongo al Acuerdo incrementar el guarismo otorgado en la anterior instancia a la suma de pesos tres millones (\$ 3.000.000) -conf. art. 165 del CPCCN-.

S. M. N. :

A) Daño psíquico y tratamiento.

En la anterior instancia se concedió por estos conceptos la suma de \$ 1.000.000 y \$ 48.000, respectivamente; agraviándose las partes por ambos emolumentos.

Como fuera expuesto, cualquier merma en las aptitudes psíquicas de un individuo, constituye también un daño reparable; correspondiendo -a mi criterio- colegir la total autonomía entre el daño psíquico y el moral.

Asimismo, acreditada la relación de causalidad de las deficiencias psíquicas que padece la damnificada con los sucesos investigados, los gastos que ocasione el tratamiento que aconseja la perito para que disminuyan dichas secuelas, deberán ser resarcidos por los demandados.

Ello no obsta a que tenga lugar el resarcimiento por la incapacidad padecida, ni que exista por dicha causa duplicación de reparaciones (v. exptes.N° 56.220/00, 18.147/03 y 112.805/01 de esta Sala, entre otros), puesto que una cosa es resarcir la minoración permanente de aptitudes y otra cubrir con una terapia adecuada la posibilidad de que empeore el estado de la peticionante.

En este orden de ideas, se hace necesario señalar que es, precisamente, la opinión de la experta en la materia, la adecuada para tener en cuenta a los efectos de estudiar la procedencia o no del rubro en cuestión.

La facultativa nominada de oficio en autos, indicó en su experticia de fs. 899/903 que ".durante la evaluación se detectó en S. la presencia a nivel latente de una conflictiva no resuelta en relación a la situación en la que se encuentra su madre como consecuencia del hecho de autos y a las repercusiones que esto tuvo en los vínculos y dinámica familiar. Se evidencia en la niña la presencia de cierta dificultad para posicionarse en el entramado familiar. Asimismo, a nivel latente se ha detectado un sentimiento inconsciente de culpa, ansiedad contenida, sentimientos de inseguridad y necesidad de apoyo. Como un mecanismo psicológico defensivo frente al conflictivo familiar, se observa en S. una conducta sobreadaptada. La sobreadaptación es un mecanismo de defensa contra el miedo al rechazo: implica un

sobreesfuerzo para agradar a los demás, para cumplir con un ideal de perfección. De esta manera, S. es una niña-adulta, que no trae problemas, tiene un excelente rendimiento académico y el mejor promedio de su grado, es la mejor compañera, etc. Si bien las personas sobreadaptadas son vistas como eficientes, exitosas y saludables, el costo psíquico es elevado. Con el paso del tiempo, la rigidez de este mecanismo defensivo patológico y disfuncional, puede tener un alto impacto en el curso del desarrollo emocional, pudiendo generar a futuro dificultades y efectos adversos, como ser elevados niveles de estrés, enfermedades psicosomáticas, conductas adictivas o transgresoras, etc."

Señaló que ".las secuelas incapacitantes del hecho de autos en la vida de su mamá, su consecuente imposibilidad para ocupar la función materna, la conflictiva familiar y el ocultamiento del nexo de las mismas con su origen, han sido vivenciados por S. como traumáticos y han generado efectos patógenos duraderos en su organización psíquica."

Concluyó la profesional explicitando que ".la peritada padece un trastorno psíquico que condiciona y modifica distintas áreas de despliegue vital. puede encuadrarse como Reacción Vivencial Anormal Neurótica Moderada Grado II, que representa un grado de incapacidad del 20%. A fin de promover el proceso de elaboración de las perturbaciones detectadas en la niña, se recomienda la iniciación de tratamiento psicoterapéutico de modo individual, con un profesional psicólogo especialista en niños, durante al menos dos años, con una frecuencia semanal, quedando a criterio del profesional interviniente la duración total y frecuencia del mismo."

Consideró que ".el daño psíquico siempre se produce a nivel inconsciente y genera una marca que no es posible de ser eliminada. No obstante, la realización de un tratamiento psicoterapéutico favorecerá la elaboración de lo vivenciado (incapacidad de su madre para ocupar la función de crianza; ocultamiento de las causas; vínculos, historia y conflictiva familiar; posicionamiento subjetivo de la niña frente a los mismos, etc. a través de mecanismos defensivos más adaptativos. Debido a que la niña se encuentra transitando una etapa clave en el desarrollo de la personalidad, la realización de un tratamiento psicológico puede favorecer un proceso más saludable de socialización e individuación, previniendo la posible emergencia de importantes trastornos, problemáticas y/o disfuncionalidades futuras."

Conclusiones todas ellas que son ratificadas por la experta en su contestación a las impugnaciones a fs. 927/928.

Pues bien, el carácter de crónica y permanente de la minusvalía, se impone; toda vez que la mejoría que -conjeturalmente- pudiera resultar del tratamiento resarcido, resulta ser -a todas luces- tan ignota como incierta.

En virtud de las consideraciones precedentes y a la luz de las conclusiones periciales, que acepto en los términos de los arts. 386 y 477 del CPCCN., teniendo en cuenta las condiciones subjetivas de la damnificada, quien naciera precisamente en el momento de los sucesos de autos, la incapacidad psíquica padecida, psicoterapia aconsejada y demás constancias de la causa, es que si mi voto es compartido, propongo al Acuerdo confirmar la procedencia de ambos conceptos; confirmando el guarismo fijado por "daño psíquico" en la anterior instancia e incrementando el establecido por "psicoterapia" a la suma de pesos ochenta y seis mil (\$ 86.000) -art. 165 del CPCCN-.

B) Daño moral.

Es Sr. Juez de grado hizo lugar a la inconstitucionalidad del art. 1078 del C.Civil y rechazó la excepción opuesta por los accionados, admitiendo la legitimación activa de la niña para el reclamo del presente rubro -como así también de P. M. N. -, criterio que es sostenido por el Sr. Fiscal General en su dictamen de fs. 1346/1348. Los demandados cuestionaron tal decisión.

Ahora bien, el Código Civil en su art.1078 adopta un sistema cerrado y confiere legitimación para reclamar el daño moral sólo al damnificado directo y, en caso de muerte de la víctima, a sus "herederos forzosos", excluyendo a los damnificados indirectos.

Esta restricción legitimaria, ha sido reiteradamente criticada por la doctrina y la jurisprudencia dando origen a un criterio amplio que, en circunstancias de excepción, admite el daño moral de damnificados no contemplados por la redacción del art. 1078, pero por un daño propio, en virtud de lo dispuesto por los arts. 1068 y 1079 del Código Civil.

Otra corriente ha propugnado la inconstitucionalidad de la norma mencionada, por su redacción restrictiva (Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires en la causa "C., L.A y otra c/ Hospital Zonal de Agudos General M. Belgrano y otros s/ daños y perjuicios", 16/05/07, publicado en JA 2007-III, p.46 y 56).

Conceptualmente, tanto en la órbita contractual como en la extracontractual, al tratarse el daño moral se aborda una temática idéntica. En uno y otro supuesto el menoscabo de orden espiritual genera la obligación de indemnizar mereciendo idéntica reacción del ordenamiento jurídico.

La ampliación "lege ferenda" de los legitimados activos para reclamar daño moral ha sido sostenida en forma absolutamente mayoritaria en Jornadas y Congresos: "II Congreso Internacional de Derecho de daños", Buenos Aires, 1991; "III Jornadas de Derecho Civil y Comercial de la Pampa", 1991; "XIV Jornadas Nacionales de Derecho Civil", San Miguel de Tucumán, 1993 y "IV Congreso Internacional de Derecho de Daños", Buenos Aires, 1995, entre otros).

En la actualidad, el art. 1.742 del Código Civil y Comercial de la Nación recoge tal doctrina al establecer que ". Si del hecho resulta su muerte o sufre gran discapacidad también tienen legitimación a título personal, según las circunstancias, los ascendientes, descendientes, el cónyuge y quienes convivían con aquel recibiendo trato familiar ostensible".

Ahora bien, bajo la normativa del Código Velezano, el art.1079 del Código Civil, marca la tendencia respecto a la reparación amplia y plena de todo daño; criterio éste que debe imperar integralmente en el campo del responder civil.

En esa situación se encuentra en autos la menor de edad, quien, si bien es damnificada indirecta, experimenta el demérito como propio y dada su magnitud, merece ser contemplado en los rubros de la cuenta indemnizatoria.

Ello es así, en razón de los principios solidaristas que rigen la materia, respaldando la reparación de todo perjuicio injustamente padecido.

La protección de los intereses simples es ajustada a derecho, según la postura mayoritaria y autorizada de la doctrina nacional, por lo que tratándose en el caso que nos ocupa de un

supuesto que encuadra en esas características se impone una reparación equitativa que satisfaga las pesadumbres experimentadas por la -en ese devenir- recién nacida; dando, así, una respuesta justa frente a la dolorosa situación que atravesó y que sigue padeciendo actualmente.

La normativa legal que regula el derecho de daños debe interpretarse como orientada a lograr un remedio eficaz e integral a las consecuencias de la ilicitud ocurrida. En tal sentido, no puede admitirse como limitativo el contenido del art. 1078 del C.C. respecto de los legitimados activos para solicitar la reparación del daño moral, por cuanto éste, como una especie del perjuicio indemnizable, debe ser contenido por la pauta genérica que fluye del art. 1079 del mismo cuerpo legal.

Es por ello, que un análisis integral de la normativa no puede ignorar la directiva emanada de los arts. 1068 y 1079 del Cód.Civ., que apuntan a la indemnización plena de todo daño injustamente sufrido.

El resarcimiento admitido por el Código debe ser, de acuerdo con elementales principios de justicia y equidad, el más completo posible, ya que el derecho no es una serie de compartimentos estancos, sino un todo integrado al servicio del hombre y del orden social consecuente.

El juez, al aplicar la norma, más que a los términos estrictos empleados en ella, debe atenerse a desentrañar su espíritu, procurando tener en cuenta la finalidad que tuvo el legislador al sancionarla en su afán de brindar eficaz protección a los derechos subjetivos; ello es así, porque de lo contrario- en forma inadmisiblemente- emplearía un método exegético puro que reduce el derecho al texto legal y lo "condena a la impotencia por divorciarlo de la vida" (conf. Llambías, Jorge Joaquín "Tratado de Derecho Civil", Parte General, n° 108-p. 104).

La función primordial del magistrado es tutelar para llegar a la justicia; para ello debe aplicar el derecho positivo al caso singular con equidad, amparando bienes humanos fundamentales cuyo menoscabo implicaría desatender "los principios generales del derecho" (art. 16 Cód. Civil, última parte) que constituyen un firme basamento de todo orden jurídico. Línea que ha seguido el Código Civil y Comercial de la Nación al establecer que la ley debe ser interpretada acorde las disposiciones que surgen de los tratados de derechos humanos, los principios y los valores jurídicos (art. 2, Cód. cit.).

No media ninguna razón de política jurídica que deba impedir la compensación por un daño real e injustamente padecido, ya que negar la indemnización cuando el perjuicio espiritual aparece como cierto, además de lesionar la Justicia quebrante la seguridad jurídica que nunca deja de estar comprometida frente a los daños injustos (conf. Zavala de González, op. cit. P.394 y ss.).

Las consideraciones vertidas en orden al criterio que respecto de la cuestión se sustenta, tornan abstracta la cuestión relativa al planteo de inconstitucionalidad del art. 1078 del CC. Ello por cuanto, como fuera señalado, una interpretación sistemática del Código Civil en virtud de los principios generales del derecho, fundamentalmente que debe resarcirse todo daño causado en aras al principio de la reparación integral como derecho constitucional (art. 14 bis y Tratados Internacionales) y el derecho a la integridad personal, que comprende su faz espiritual y sus afectos, permite reconocer el resarcimiento cuando se ha acreditado el daño reparable (esta Sala, expte. N° 37.646/2014, "Berjano, Sandra Karina y otros c/ Loza, José

Gonzalo y otros s/Daños y Perjuicios", entre otros).

El magistrado de grado otorgó por el rubro a la menor de edad, la suma de \$ 1.000.000, a tales fines entendió -al igual que al meritar este concepto respecto de su madre- que, al tratarse de un ítem cuya cuantificación difícilmente pueda ser modificada por lo que resulte de la prueba a producirse, corresponde otorgar el equivalente -a valores actuales- del importe que se estimara en la demanda (\$300.000); de los cual se agravian las partes.

Considerando las condiciones personales de la niña S. M. N. , los padecimientos que sufrió y que aún soporta, a raíz de la situación disvaliosa vivida por su progenitora; viendo perturbada su vida familiar desde su nacimiento y desdibujada la figura de su madre, careciendo de su presencia material y espiritual cotidiana; sumado a las restantes particularidades y circunstancias que muestra la causa que surgen de la prueba producida, es que propongo al Acuerdo incrementar el guarismo otorgado por el "a-quo" a la suma de pesos dos millones quinientos mil (\$ 2.500.000) -conf. art. 165 del CPCCN-.

P. M. N. :

A) Daño moral.

El juez de la instancia previa rechazó el rubro en el entendimiento que las pruebas producidas - particularmente la pericia psicológica- demuestran que el coactor decidió separarse de la Sra. A.y ponerle fin a la convivencia, luego de las penosas consecuencias de la cesárea -lo cual, dice, omitió denunciar en autos-; ello ha provocado -a criterio del a-quo- la pérdida de su derecho a reclamar la indemnización que por este ítem pretende. Tales apreciaciones son controvertidas por el Sr. N. en su memoria, quien peticona se haga lugar al concepto en análisis.

De la mencionada experticia se desprende que, la Sra. A. ".permaneció internada en el Hospital Militar Central hasta el día 1o de junio de 2009, luego fue trasladada al Instituto de Rehabilitación ALPI, donde realizó un tratamiento durante aproximadamente un año. Posteriormente permaneció cuatro meses en su hogar, tras los cuales regresó al Hospital Militar. Finalmente, fue trasladada en junio de 2012 a la Clínica de Rehabilitación Hirsch, donde se encuentra en la actualidad, realizando diversos tratamientos de rehabilitación: kinesiológica, terapia ocupacional, psicoterapia, etc. Es decir, desde hace siete años se encuentra internada en hospitales y centros de rehabilitación."

Respecto a la niña S. , que ".nació sana y, al ser dada de alta, fue entregada al cuidado de su abuela paterna, quien -junto a su padre- se hizo cargo de la crianza hasta el momento presente. S. vive desde su nacimiento en la casa de la abuela paterna, con su padre, tíos y primos. La pareja de su abuela y sus tíos colaboran con el cuidado de la niña. Junto a su abuela, visita de manera periódica a su madre. Tiene poco vínculo con la familia de su madre, con quienes se relaciona dos o tres veces al año."

En cuanto al Sr. N. , refiere la perito que ".acompañó a la Srta. A. durante los primeros años, en los cuales permanecía de lunes a viernes junto a su pareja de manera constante, volviendo a la casa de su madre los fines de semana para estar con su hija. Se vio obligado a abandonar la vivienda que compartía junto a A.y mudarse a la casa de su madre a fin de facilitar el cuidado de la niña.Hace aproximadamente tres años finalizaron la relación de pareja, por no haber podido superar conflictos que se suscitaron entre ambas familias como consecuencia de

las secuelas del hecho de autos, y no han vuelto a tener contacto desde entonces. La Srta. A. está en la actualidad bajo el cuidado principal de su madre."

En la entrevista que realizara a la coactora A. , ésta afirmó ". sentirse acompañada por sus familiares. Su mamá acude de manera diaria a la clínica para asistirla. En los fines de semana la visitan periódicamente su padre y hermanos. En relación a su hija S. , menciona que también la visita con frecuencia, acompañada de su abuela paterna. Refiere que en las visitas dialogan mucho y juegan. Denota una elevada afectación emocional a raíz de la separación con el Sr. N. . Manifiesta angustia, enojo y dolor por el hecho de sentirse abandonada por el padre de su hija. Menciona que cuando se separaron, experimentó una profunda depresión, lloraba a diario, no hablaba, se aisló y dejó de realizar las actividades de rehabilitación. Refiere no recordar detalles de la separación, y se muestra reticente a hablar sobre la misma, debido a que le genera una intensa angustia."

Ahora bien, entiendo que la convivencia con la Sra. A. , atento su requerimientos de cuidado y su internación continua en centros de rehabilitación, no ha resultado -desde un principio- un hecho posible, ni que pudiera endilgarse al reclamante; sin embargo, advierto que el acompañamiento hacia su pareja, se extendió tan solo por unos años, finalizando luego la relación entre ambos; encontrándose acreditada la angustia y sensación de abandono que tal situación generó en la actora, más aun en el pavoroso y penoso estado en que se encuentra.

Bajo estos lineamientos y teniendo en cuenta -como surge de la experticia- que el Sr. N. no tiene contacto alguno con la Sra. A., quien es asistida por su madre y visitada asiduamente por su padre y hermanos, como también por su hija S. E., quien acude llevada por su abuela paterna y no por su progenitor, es que considero -como destacara el a-quo- que conforman circunstancias -no controvertidas por el coactor al impugnar el informe pericial- que hacen desvanecer cualquier molestia o sufrimiento que pretendiera invocarse por este concepto.

Por todo lo expuesto, es que propongo al Acuerdo confirmar el rechazo propiciado en la instancia de grado, como así también la imposición de costas por su orden, por haberse podido creído el co-accionante con derecho a reclamar como lo hizo (art. 68, 2° parr. del CPCCN).

B) Pérdida de actividad lucrativa, traslados, cuidados, etc.

Reclamó el coactor por estos conceptos la suma de \$100.000 o lo que -en más o en menos- resulte de la prueba (fs. 264). En la instancia de grado, se rechazó el rubro por no existir en la demanda, ni en la ampliación de fs. 287/299, una explicación que los sustente, además de no haber sido demostrado.

Pese a lo expuesto por N. en su memoria, no ha sido agregada prueba fehaciente respecto de la invocada pérdida de actividad lucrativa, ni de erogaciones por traslados o cuidados, realizada por el co-actor a favor de la Sra. A. , como consecuencia de las secuelas que padeciera a raíz del suceso en estudio. Tampoco considero que, a la luz de las constancias de autos, puedan razonablemente presumirse sin el aporte de una documentación procedente o indiciaria.

En este sentido, compartiendo las argumentaciones vertidas al respecto por el juzgador, propicio al acuerdo la confirmatoria del rechazo del rubro en análisis.

VIII.- Tasa de interés aplicable.

Se quejan los coaccionados por la tasa de interés aplicada desde la mora (aquí, desde el hecho) hasta la sentencia (8 % anual) y por la tasa activa fijada desde el decisorio hasta el efectivo pago.

La doctrina del acuerdo plenario de fecha 20 de abril de 2009 en autos "Samudio de Martínez, Ladislaa c. Transporte Doscientos setenta S.A. sobre daños y perjuicios", dejó sin efecto la fijada en los plenarios "Vázquez, Claudia Angélica c. Bilbao, Walter y otros sobre daños y perjuicios" del 2 de agosto de 1993 y "Alaniz, Ramona Evelia y otro c. Transportes 123 SACI, interno 200 sobre daños y perjuicios" del 23 de marzo de 2004 y estableció como tasa de interés moratorio la tasa activa cartera general (préstamos) nominal anual vencida a treinta días del Banco de la Nación Argentina, con cómputo 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. Esta excepción debe ser alegada y probada por la parte a quien afecta (principio dispositivo).

Los perjuicios padecidos a causa de un hecho ilícito tienen su origen en el siniestro ocurrido, porque el perjuicio se ha producido allí y la mora "ex lege" nace en ese momento (conf. art. 1067 C. Civil).

Por lo demás, el juez en la sentencia fija un quantum, lo que de ningún modo equivale al momento a partir del cual la obligación se hace exigible, teniendo en cuenta que la no liquidez de la suma no implica la no exigibilidad y, por tanto, es desde la mora -en el caso, el hecho - que resulta computable.

Lo que se debe no es una suma determinada, sino la compensación que el acreedor tiene derecho a percibir como resarcimiento por el daño padecido, que se resuelve en una suma dineraria en el momento en que el juez, al dictar sentencia, fija su determinación y cuantificación. La naturaleza de la deuda (de valor) no cambia por el procedimiento que se realice (cuantificación).

En tal sentido, la circunstancia de tratarse en el caso de deudas de valor que se traducen en una suma de dinero como compensación del perjuicio producido y que el órgano jurisdiccional fija en la sentencia, no implica en modo alguno, que la fijación del quantum contenga mecanismos de actualización o cualquier otro que configure una repotenciación o indexación de deuda.

Por otra parte, los antecedentes mencionados y la doctrina plenaria recaída en autos "Samudio de Martínez, Ladislaa c. Transportes Doscientos setenta S.A. sobre daños y perjuicios", no permiten diferenciar con respecto a la valuación con fundamento en la fecha de fijación de la cuenta indemnizatoria, ni tampoco atendiendo a la naturaleza de la obligación, ya que aquellos dispusieron una solución aplicable a todos los casos acorde a su generalidad.

Agregando que la salvedad que se hace al responder al interrogante referido a desde cuándo y hasta qué momento se fija la tasa moratoria que se formuló en el acuerdo del plenario predicho no es operante en este contexto; dicha salvedad queda confinada al hipotético caso de que, en el futuro, se autorizara la repotenciación de un capital de condena, lo que, en principio, no es posible hacer actualmente, en acatamiento del derecho vigente.

Es por ello que, desde el inicio de la mora, ya sea que la obligación pertenezca a la órbita

contractual o aquiliana, hasta el cumplimiento de la sentencia queda determinada una regla general: aplicar al cálculo de intereses moratorios (art. 622 del Código Civil) la tasa activa. Dicho aserto no admite cuestionamiento.

No obstante, aun derogadas en un futuro hipotético las leyes que prohíben la actualización por repotenciación de deuda, a efectos de otorgarle virtualidad a la excepción a la regla general resuelta en el plenario referido de "Samudio", es necesario que se den ciertos presupuestos: la coexistencia de un enriquecimiento de una parte y un empobrecimiento de la otra, la relación causal entre ambos e inexistencia de una justa causa que avale la variación operada entre los patrimonios del deudor moroso y su acreedor, que altere el significado económico del capital de condena por aplicación de una tasa distinta a la activa en el cálculo de los intereses moratorios, todo lo cual deberá ser debidamente solicitado y acreditado por el interesado.

Ello así, por cuanto la facultad morigeradora de oficio es propia cuando en virtud del principio de autonomía de la voluntad (art. 1197) las partes pactaron intereses punitivos exorbitantes en caso de mora del deudor, pero de ningún modo cuando se trata del supuesto contemplado por el anterior art. 622 del Código Civil, atento al principio dispositivo del proceso; la naturaleza patrimonial de la acción ejercida y las reglas respecto de la carga probatoria establecida en el art. 377 del Código Procesal.

Por los fundamentos vertidos, dejando a salvo el criterio de esta Sala, se confirma el decisorio de grado, por no existir agravio de los co-actores, ni de la Sra. Defensora de Menores de Cámara, sobre el particular.

IX. Costas.

Se agravia el coactor N. -por sí y en representación de S. N. - por las costas impuestas por su orden respecto del rechazo de la excepción de falta de legitimación activa a su respecto, opuesta por los emplazados á., S. y Estado Nacional.

Por las particularidades del caso, la normativa vigente al momento de su oposición y lo controvertido de la cuestión, cabe considerar que los mencionados emplazados actuaron sobre la base de una convicción razonable acerca del derecho invocado.

Siendo así, corresponde aplicar el criterio excepcional aludido en el art. 68 del Código Procesal, dado que pudieron creerse con derecho a peticionar en la forma en que lo hizo, por lo que es justo y razonable que las costas por el rechazo de la excepción opuesta se distribuyan por su orden (art. 68 2º parte del Cód. Procesal).

Por último, se quejan el coaccionado á. y la Sra. Defensora de Menores de Cámara, por la imposición de costas -en el orden causado- respecto del rechazo de demandada propiciado en relación a á., A. M. y S. -quien es condenada en este decisorio-.

No puede soslayarse que el ordenamiento legal vigente ha receptado en los artículos 68 y 69 del Código Procesal, como pauta de imposición en la materia de costas, el principio objetivo que las mismas deben ser soportadas por el derrotado en juicio.

En cuanto a los gastos causídicos generados a raíz de la intervención en el pleito de un coaccionado finalmente absuelto, entiendo éstos han de cargarse a los codemandados que resultaron condenados, por ser los responsables de los perjuicios cuya reparación se reclama;

que son quienes, en definitiva, originaron la necesidad de acudir al pleito para que la víctima encuentre respuesta jurisdiccional a su pretensión resarcitoria.

En consecuencia, se modifica en este aspecto el decisorio de grado, en tanto las costas del proceso se imponen a los codemandados y aseguradora vencidos (art. 68 del Código Procesal).

En función de lo expuesto y si mi voto es compartido, propongo al Acuerdo:1) Revocar la sentencia de grado en cuanto rechaza la demanda contra P. C. S. , haciendo lugar a la misma y extendiendo la condena a su aseguradora, "Seguros Médicos SA"; declarando inoponible a la víctima la franquicia y límites de cobertura pactados en la póliza de seguros; 2) Modificarla en el sentido de incrementar la suma acordada por "daño moral" a favor de L. P. A. a la de \$ 3.000.000; 3) Incrementar las cuantías concedidas a S. M. N. por "tratamiento psicológico" y "daño moral" a las de \$ 86.000 y \$ 2.500.000, respectivamente; 3) Modificar las costas de primera instancia respecto del rechazo de la demanda entablada contra Andrés C. Álvarez y J. B. A. M. , imponiéndolas a las codemandadas vencidas (art.68 del CPCCN); 4) Confirmarla en todo lo demás que decide manda y fuera objeto de agravio, 5) Disponer que las sumas correspondientes a la menor de edad sean depositadas en una cuenta a abrirse como perteneciente a estas actuaciones en el Banco de la Nación Argentina, sucursal Tribunales, cuya disponibilidad -hasta tanto no arribare a su mayoría de edad- deberá ser canalizada con la previa intervención del Defensor de Menores actuante y del Juzgado Nacional de Primera Instancia interviniente y, 6) Imponer las costas de Alzada a las coaccionadas y aseguradora vencidas (art. 68 del CPCCN); con excepción de las derivadas de la excepción de falta de legitimación activa y del reclamo formulado por el co-actor N. por sí, que se imponen en el orden causado (art. 68 2º parte del ritual).

El Dr. Ameal y la Dra. Bermejo, por las consideraciones y razones aducidas por el Dr. Álvarez, votan en igual sentido a la cuestión propuesta.

JULIO M.A. RAMOS VARDE (SECRETARIO).

Buenos Aires, 29 de septiembre de 2020.

Y visto lo deliberado y conclusiones establecidas en el Acuerdo transcrito precedentemente, por unanimidad de votos el Tribunal decide: 1) Revocar la sentencia de grado en cuanto rechaza la demanda contra P. C. S. , haciendo lugar a la misma y extendiendo la condena a su aseguradora, "Seguros Médicos SA"; declarando inoponible a la víctima la franquicia y límites de cobertura pactados en la póliza de seguros; 2) Modificarla en el sentido de incrementar la suma acordada por "daño moral" a favor de L. P. A. a la de \$ 3.000.000; 3) Incrementar las cuantías concedidas a S. M. N. por "tratamiento psicológico" y "daño moral" a las de \$ 86.000 y \$ 2.500.000, respectivamente; 3) Modificar las costas de primera instancia respecto del rechazo de la demanda entablada contra Andrés C. á. y J. B. A. M. , imponiéndolas a las codemandadas vencidas (art.68 del CPCCN); 4) Confirmarla en todo lo demás que decide manda y fuera objeto de agravio, 5) Disponer que las sumas correspondientes a la menor de edad sean depositadas en una cuenta a abrirse como perteneciente a estas actuaciones en el Banco de la Nación Argentina, sucursal Tribunales, cuya disponibilidad -hasta tanto no arribare a su mayoría de edad- deberá ser canalizada con la previa intervención del Defensor de Menores actuante y del Juzgado Nacional de Primera Instancia interviniente y, 6) Imponer las costas de Alzada a las coaccionadas y aseguradora vencidas (art. 68 del CPCCN); con excepción de las derivadas de la excepción de falta de legitimación activa y del reclamo

formulado por el co-actor N. por sí, que se imponen en el orden causado (art. 68 2° parte del ritual).

Difiérase la regulación de honorarios para una vez aprobada en autos la liquidación definitiva (art. 279 del CPCCN).

Regístrese de conformidad con lo establecido con el art. 1° de la ley 26.856, art. 1 de su Decreto Reglamentario 894/2013 y arts. 1, 2 y Anexo de la Acordada 24/13 de la CSJN.

La difusión de la presente resolución se encuentra sometida a lo dispuesto por el art. 164, segundo párrafo del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación y art. 64 del Reglamento para la Justicia Nacional. En caso de su publicación, quien la efectúe, asumirá la responsabilidad por la difusión de su contenido.

Notifíquese por secretaría y cúmplase con la comunicación pública dispuesta en las Acordadas de la C.S.J.N. 15/2013 y 24/2013. Oportunamente, devuélvase a la instancia de grado.

OSVALDO ONOFRE ALVAREZ

OSCAR J. AMEAL

SILVIA PATRICIA BERMEJO.