

Poder Judicial de la Nación

1

“Altezor de Nuñez María Isabel c/Policlínica Privada de Cirugía SA y otros s/daños y perjuicios” (expte. 46.801/92 - Juzgado 42) Recurso 417.744

En Buenos Aires, a los días del mes de marzo de 2009 hallándose reunidos los señores Jueces integrantes de la Sala H de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal, a los efectos de dictar sentencia en los autos caratulados **“Altezor de Nuñez María Isabel c/Policlínica Privada de Cirugía SA y otros s/daños y perjuicios”** y habiendo acordado seguir en la deliberación y voto el orden de sorteo de estudio, el Dr. Mayo dijo:

I) Contra la sentencia de primera instancia (fs. 1191/1209) apelan las partes y expresan agravios a fs. 1274/1286 (la codemandada OSPSA), a fs. 1288/1303 (la actora) y a fs. 1305/1318 (la codemandada AMSA Asistencia Médica Social Argentina SA).-

Sustanciadas las quejas con las presentaciones de fs. 1325/1328, 1329/1339, 1341/1358 y cumplida la medida para mejor proveer dictada por el Tribunal, a fs. 1541 se ordenó la elevación de los autos al acuerdo a fin de dictar sentencia, providencia que a la fecha se encuentra firme.-

II) A tenor de los agravios trataré en primer término las quejas de los co-demandados referidas a la responsabilidad establecida en la sentencia.-

Ante todo, es oportuno recordar que los jueces no están obligados a hacerse cargo de todos y cada uno de los argumentos expuestos por las partes ni a analizar las pruebas producidas en su totalidad, sino tan sólo aquéllos elementos que son conducentes para la correcta decisión de la cuestión planteada (art. 386 Cód. Proc.; C.S.J.N. , RED. 18-780; CNCiv., Sala D, RED. 20-B-1040; CNCiv., Sala F, R. 172.752 del 25/4/96, entre otros).-

Sentado ello debo señalar que frente a las conclusiones del Cuerpo Médico Forense referidas al origen de las secuelas que presentó la Sra. Altezor luego de la primera intervención quirúrgica (compresión medular por hematoma epidural); conclusiones que -adelanto- admito en los términos del art. 477 del CPCC, algunos de los agravios de los apelantes han perdido vigencia, pues debe descartarse el origen isquémico de la lesión medular que sufrió la actora, también que ésta encontrara su causa en una lesión inadvertida de la arteria radicular magna o de Adamkiewicz, o bien que se tratara de un supuesto de mielomalacia isquémica medular.-

La accionante, mediante su obra social, se internó el 02/07/90 en la Policlínica Privada de Medicina y Cirugía SA en razón de padecer hernia discal nivel L-4 L-5 y con la finalidad de ser operada por el Dr. Conti, conforme se había programado.-

Así, el 03/07/90 fue intervenida quirúrgicamente.-

La paciente sufrió complicaciones que requirieron de nuevas intervenciones quirúrgicas (dos de las cuales fueron realizadas por el codemandado Conti) no pudiendo revertirse las graves secuelas que hoy padece.- No existe discusión en autos acerca de que la Sra. Altezor padece incapacidad total y permanente, no puede valerse por sus propios medios, se halla confinada a una silla de ruedas, requiere ayuda para su higiene personal, para la preparación de su alimentación, para pasar de la cama a la silla y viceversa, se encuentra parapléjica, con fenómenos de espasticidad posicionales, con sonda vesical crónica e incontinencia de esfínter anal y trastornos de la sensibilidad de sus miembros inferiores; se halla lúcida y orientada; su vida de relación se halla limitada a su desplazamiento en silla de ruedas, conservando intacto su intelecto, su lenguaje y el manejo de sus miembros superiores, no está en condiciones de llevar una vida sexual normal (cfr. sentencia de primera instancia, fs. 1199).-

Informan los especialistas del Cuerpo Médico Forense que la decisión de intervenir a la accionante por su hernia de disco fue el tratamiento adecuado y que en la operación se logró el objetivo buscado, esto es, la discectomía.-

No surge de la historia clínica la existencia de complicaciones durante la cirugía.-

Según notas de Enfermería la paciente regresa de la intervención quirúrgica a las 12.30 horas.- Hay controles a las 15.00, 18.00, 20.00, 23.00 y 24.00 hs. sin novedades.- A las 24.30 (el número "2" está enmendado) pareciera decir "se avisa al traumatólogo

de guardia que la paciente no orina desde la cirugía y presenta globo vesical, además se le hace saber que la paciente no tiene movilidad en las piernas ni reflejos al dolor desde la cintura hacia abajo”.-

El 04/01 a la 01.00 hs. se coloca por orden médica sonda vesical y bolsa colectora.-

Señala el CMF que la presencia de un globo vesical en un post-operatorio inmediato puede ocurrir con bastante frecuencia, no así la falta de movilidad en las piernas y la falta de reflejos y dolor desde la cintura hacia abajo.-

Se consigna en la HC “paciente con paraparesia (no se entiende por la caligrafía). Con diagnóstico de hematoma epidural se baja a guardia en carácter de urgencia”.-

Ese mismo 04/01 a las 13.00 hs. fue intervenida nuevamente por el Dr. Conti.- No se encontró el parte operatorio.- En la hoja de evolución de la HC se consigna “se (ilegible) incisión y se separan planos musculares. Se observa saco dural tenso y sin latido, se lo (ilegible) hacia la izquierda evacuándose gran cantidad de sangre epidural.- Se deja espongestán y drenaje extradural.- Se cierra por planos con lino”.- Del parte anestésico surge que la intervención tuvo como operación propuesta drenaje de hematoma epidural (fs. 1423/1424 CMF).-

Los expertos mencionan que al momento del hallazgo de las manifestaciones referidas (paciente con paraparesia e incontinencia de esfínteres que implicaban para la actora pérdida de la motricidad y de la sensibilidad de la cintura hacia abajo, pérdida de los reflejos de micción y defecación, paraparesia espástica en miembros inferiores y parestesias en manos) no se trataba de secuelas sino del déficit agudo causado por la complicación (compresión medular por hematoma epidural), se trató de manifestaciones que se correlacionan razonablemente con dicha complicación (1452/1453).-

Señala el CMF que en un post-operatorio normal la paciente no debe tener déficit motor, función que debe poder cumplirse en forma precoz (fs. 1426).-

Que el hallazgo de “importante cantidad de sangre epidural” en la primera reintervención practicada el 04/07/90 apunta al hematoma epidural como la causa más probable del cuadro neurológico (fs. 1455).- (idem fs. 1459 diagnóstico de compresión medular por hematoma epidural agudo, idem 1464)).-

Informa que el hematoma epidural tiene un mecanismo causal no del todo claro, se acepta que se origina en los ricos plexos venosos presentes en el espacio epidural

(1458).-

Señala que la complicación sufrida por la paciente se trata de una complicación poco frecuente que, de ocurrir, debe ser tratada (fs. 1453).- Que una paraparesia con trastornos esfinterianos no es una complicación habitual pero sí reconocida (1462/1463).-

Que el sangrado epidural es una complicación de una cirugía de hernia de disco, que éste puede causar compresión medular según los niveles vertebrales involucrados (fs. 1463) y que si la hemorragia es importante puede alcanzar varios niveles por encima del punto del sangrado (fs. 1463).- Que un sangrado epidural a nivel L4 - L5 (región intervenida el 03/07/90) puede extenderse hasta el nivel medular D6 - D8 y comprimir la médula.-

Afirman que una complicación quirúrgica intraoperatoria a nivel L4 - L5 puede provocar lesión medular a nivel D6-D8.-

Agregan que un hematoma epidural causa habitualmente dolor lumbar.-

Preguntados por la parte actora acerca de si es habitual que en esta intervención quirúrgica (la realizada el 03/07/90) el paciente quede inválido, con paraplejía, sin poder volver a caminar y con los trastornos descritos, los médicos del CMF (fs. 1422) responden que ante toda intervención quirúrgica existe la posibilidad de complicaciones, como el caso de autos.- Si se produce un hematoma epidural ascendente con compresión medular secundaria puede producirse paraplejía.- El hematoma epidural es una complicación poco frecuente (9 casos -0,24 en la serie reciente de 3720 pacientes de Yi, 0,22% (Uribe), 0,1% (Scavarda)) pero reconocida.-

Consultado el CMF acerca de si hubiera cambiado la lesión secuelar de la actora si el drenaje de la sangre epidural que se efectuó en la segunda operación se hubiera realizado 22 horas antes o si se hubiera advertido en la misma operación donde se produjo, los peritos manifiestan que al estado actual de los conocimientos, la conducta mas adecuada al presentarse una paraparesia brusca posterior a una cirugía discal, es efectuar una RMI medular urgente y, comprobada la presencia de un hematoma epidural, practicar inmediatamente una laminectomía descompresiva amplia abarcando varios segmentos vertebrales, porque la descompresión sólo a través del espacio de la discectomía no resulta suficiente.-

Manifiesta que la médula es más susceptible que las raíces a la compresión, por

su profusa irrigación y por hallarse dentro de un canal osteoarticular rígido y poco expansible: ante un hematoma epidural progresivo, la intervención más exitosa es una inmediata y amplia (varias vértebras) laminectomía descompresiva (fs. 1452/1453).-

Agrega que el daño neurológico provocado por el hematoma epidural al momento del aviso de la falta de movilidad de los miembros inferiores es tanto mas reversible cuanto más precozmente se realice la cirugía descompresiva, agregando que el resultado sin embargo es variable.-

También referido a esta segunda intervención quirúrgica (04/07/90) señalan que en la hoja de evolución se consigna que se evacua importante cantidad de sangre epidural, que al haber términos ilegibles en dicha evolución no pueden determinarse las características de las maniobras efectuadas en su totalidad (fs. 1435).-

Desde otra perspectiva y respondiendo puntos periciales específicos, consideran que existieron omisiones en la historia clínica en relación a la falta de sello e identificación de las firmas como así también en la caligrafía que en algunos casos no es legible.- También existieron enmiendas.- (fs. 1427)

El dictamen mereció un pedido de explicaciones de la codemandada AMSA (fs. 1510), que fue respondido a fs. 1520/1522.- Los peritos informan que al momento de los hechos de autos (1990) la Resonancia Magnética, si bien existente, no era aún un método generalizado o habitual en nuestro medio.- Por otra parte reiteran, en referencia a la segunda operación (del 04/07/90), que la intervención más exitosa hubiera sido una inmediata y amplia laminectomía descompresiva de varias vértebras para una descompresión o liberación de la médula, no de las raíces; que una intervención de liberación sólo de las raíces (efectuada o no a las 24.00 hs.) hubiera sido insuficiente.-

Se ha señalado que el Cuerpo Médico Forense integra el Poder Judicial de la Nación conforme lo prevé el art. 52 del dto. ley 1285/58 y su informe no es sólo el de un perito, ya que se trata de asesoramiento técnico de auxiliares de la justicia, cuya imparcialidad y corrección están garantizados por normas específicas y por medio de otras similares a las que amparan la actuación de los funcionarios judiciales (CS 13/2/96 “Peleriti, Humberto”, LL 14/3/97, pág. 7, fallo 39.312 -S del 18/9/96, pág. 31).-

Sobre dicha base y en tanto el informe del cuerpo colegiado se encuentra debidamente fundado en su específica ciencia y técnica, habré de admitir sus conclusiones.-

Ello no obsta, sin embargo, a que pueda otorgarse valor a los dictámenes realizados en primera instancia por el médico traumatólogo y neurólogo designados de oficio en todo aquello que no se contradiga con las conclusiones del CMF o que supla algunas omisiones (como ocurre con ciertos puntos periciales en que los especialistas de si bien se remiten a respuestas anteriores no logran brindar una contestación correlativa a la pregunta formulada).-

En este sentido me permito citar, en cuanto al resultado de la primera intervención efectuada por el Dr. Conti, que el perito traumatólogo informa que en una operación de hernia de disco los resultados deberían ser favorables, en el caso no se lograron (pta. 34 de la actora) por las complicaciones aparecidas (pta. 47 actora).- Mientras que el neurocirujano se limita a señalar la ciencia médica no es matemática. Las variables que el profesional médico debe manejar no siempre se pueden controlar y cuando esto ocurre se originan las complicaciones, tal el caso que nos ocupa.-

Los expertos coinciden con el CMF al sostener que los inconvenientes surgidos luego de la primera intervención quirúrgica no son habituales en una operación de hernia de disco (traumatólogo), que fueron parte del cuadro de la complicación post-operatoria de la actora (neurocirujano) -pregunta 48 de la accionante.-

En lo referido al hematoma epidural, como vimos causa de la compresión medular, al responder las preguntas 3-4-5 de la policlínica codemandada, ambos peritos señalan que la evolución clásica de un hematoma post-operatorio se acompaña de síntomas irritativos, como dolor y parestesias con proyección radicular y más tarde síntomas deficitarios como son la anestesia y la parálisis.- Cabe colegir que se trata de síntomas progresivos, por oposición a lo informado respecto de las lesiones isquémicas donde la característica de instalación del cuadro es la aparición brusca del déficit, sin dolor previo.-

Agregan por otra parte que si el origen de la lesión padecida por la actora hubiera sido la compresión por un hematoma comprensivo, un intervención quirúrgica a las 24 horas debería haber sido exitosa (Traumatólogo) hubiere generado algún tipo de cambio favorable (Neurocirujano).-

El neurocirujano señala que la evacuación de un hematoma cuanto más precoz, más efectiva.- Informa que en el supuesto caso que el daño neurológico estuviese provocado por una lesión hemorrágica (o isquémica) existe un grado importante de

irreversibilidad al momento de producida la noxa, aun antes de instalarse completamente los síntomas, pero en el caso de una hemorragia la posibilidad de evacuar la misma con premura plantea la posibilidad cierta de recuperación (cfr. contestación de impugnación, fs. 1077).-

Refiere que aunque la relación causal entre la cirugía y el déficit neurológico es innegable es difícil establecer con absoluta seguridad su patología ya que todas las explicaciones de la fisiopatología del evento se deben manejar en el terreno de las hipótesis.- Me permito recordar en este aspecto que la duda al respecto ha quedado superada con el dictamen del Cuerpo Médico Forense, que a su vez remite a las constancias de la propia historia clínica en cuanto señalan como diagnóstico previo a la segunda intervención quirúrgica la existencia de un hematoma epidural.-

Acerca de la atención post-operatoria (luego de la primera cirugía) sostiene que si tomamos como hipótesis la existencia de un hematoma, el drenaje es una indicación de urgencia ya que la premura en la indicación conlleva a un mejor pronóstico (fs. 838/9).-

Preguntados acerca de si en el primer post-operatorio la actora fue atendida y cuidada en forma idónea, dado que la historia clínica revela que no se controló la micción y diuresis de la paciente y que recién se advierte la formación del globo vesical y las secuelas motoras y sensitivas a las 12 horas de la operación; el perito traumatólogo responde la diuresis se controló por sonda, el primer acto médico es del Dr. Caram.- El neurocirujano informa que la ocurrencia del globo vesical es frecuente.- En cuanto al déficit neurológico la certeza recién se tiene cuando el Dr. Conti deja constancia en la historia clínica.- Queda la duda de cual habría sido la actitud médica si dicho déficit se hubiera detectado con anterioridad o si dicho déficit tenía la magnitud suficiente como para obligar al cirujano a tomar la decisión de reintervenir.- También queda la duda de cual habría sido el resultado de una operación precoz, porque es muy frecuente que en este tipo de complicaciones cuando se detecta el déficit neurológico, cualquiera sea la actitud adoptada para mitigarlo, los resultados son pobres (pregunta n° 35 de la parte actora).-

Al responder la siguiente pregunta, el neurocirujano agrega, en cuanto a la duda respecto del momento de la decisión de la reintervención, que se puede afirmar que moderados déficit neurológicos, sensitivos o motores son habituales luego de una

cirugía sobre las raíces, como lo es la exéresis de hernia discal.- Reiterando lo expresado en la respuesta anterior, muchas veces cuando se detecta la diferencia entre déficit moderado, habitual y reversible y déficit preocupante, considerado como una verdadera complicación, las medidas que se puedan adoptar para revertirlo son en general pobres.-

Al contestar impugnaciones (fs. 1074) el perito neurocirujano concluye que si tomamos la hipótesis del hematoma como causa de las secuelas, la actora no fue intervenida con la premura del caso; el cuidado post-operatorio no fue el adecuado.- La cirugía precoz -en caso de hematoma- hubiera minimizado las secuelas.-

Agrega que no fue adecuada la decisión médica tomada por el médico de guardia en la madrugada del 04/07/90 de colocar una sonda vesical frente al globo vesical y la paraparesia indicada por la paciente, sino que debió haber examinado a la paciente y ante cualquier duda comunicarse con el cirujano (fs. 1076).-

Hasta aquí las conclusiones de los informes médicos.- Me permito recordar la innegable importancia que esta prueba reviste a la hora de dilucidar la responsabilidad médica en los juicios por mala praxis.-

También cabe ponderar la relevancia de la historia clínica.- Al respecto, numerosos antecedentes jurisprudenciales han señalado la trascendencia de la historia clínica como elemento útil para juzgar la conducta de los profesionales de la medicina, en la medida en que su confección está encomendada a los mismos autores de los actos luego juzgados -que, razonablemente, la elaboran con anterioridad al surgimiento del litigio-, y sus contenidos poseen -en principio- mayor inmediatez que otros medios de prueba.-

La historia clínica, no cabe duda, es un documento cuya importancia trasciende lo meramente terapéutico, a punto tal que podríamos aventurar, sin exagerar, que es la prueba estelar en este tipo de procesos.- A través de sus datos, asentados de forma cronológica, se pretende reconstruir históricamente todo lo sucedido en la atención del paciente, para así tratar de dilucidar ex-post facto, si existe una relación de causalidad entre la conducta del médico y el evento de daño.- Luego, esto es, constatada la autoría material del menoscabo, en buena medida, permitirá confrontar si el susodicho profesional ha omitido actuar con la diligencia debida (cfr. Prevot, Juan Manuel “Responsabilidad Civil de los Médicos” Ed. Abeledo-Perrot, Bs. As., 2008, pág.394 y

sgtes.)-

Su valor probatorio se vincula entonces con la posibilidad de calificar los actos médicos realizados, conforme a estándares (como adecuados y exhaustivos, inadecuados e insuficientes, etc.); y coopera para establecer la relación de causalidad entre ellos y los eventuales daños sufridos por el paciente.-

No puede soslayarse que las anotaciones que los profesionales médicos hacen en la historia clínica no son tareas administrativas sino de índole profesional, motivo por el que deben ser realizadas con rigor, precisión y minucia, ya que de ello depende el correcto seguimiento de la evolución del paciente.-

Un correcto y detallado registro de todos y cada uno de los pasos del tratamiento no sólo le permitirá al supuesto profano (paciente) demostrar el error médico, sino también que el profesional médico tenga a su alcance el elemento más importante y trascendente para asegurar sus defensas.-

Como contrapartida, el carácter incompleto y por tanto irregular de una historia clínica, constituye presunción en contra de una pretensión eximitoria de la responsabilidad médica, pues de otro modo el damnificado por un proceder médico carecería de la documentación necesaria para concurrir al proceso en igualdad de posibilidades probatorias (conf. CSJN, 4/9/01, “Pla, Silvio Roberto y otros c/Clínica Bazterrica S.A. y otros”, elDial - AAF5). -

Por otra parte y a tenor de los agravios debo mencionar que, conforme lo establece el art. 377 del Código Procesal “incumbirá la carga de la prueba a la parte que afirme la existencia de un hecho controvertido o de un precepto jurídico que el juez o el tribunal no tenga el deber de conocer.- Cada una de las parte deberá probar el presupuesto de hecho de la norma o normas que invocare como fundamento de su pretensión, defensa o excepción...”.-

No se trata de invertir la carga de la prueba como se critica en la queja.-

Tampoco se exige que el médico deba demostrar la causa ajena pues no estamos frente a una responsabilidad con factor de imputación objetivo.-

El actor deberá demostrar la culpa del demandado.- Pero no puede soslayarse que tratándose de un caso en el que se discute la responsabilidad profesional del médico, es éste quien -por sus conocimientos científicos y por la posesión o disponibilidad material de los elementos probatorios indispensables-, se encuentra en mejores condiciones de

probar su accionar diligente.-

En el caso particular además, debe valorarse que las complicaciones surgidas de la primera intervención no resultan ser las habituales para este tipo de cirugía, circunstancia que constituye un indicio que permite poner mayor énfasis en la carga de la prueba que también incumbe al demandado de acreditar los hechos sobre los cuales funda su defensa.-

Conforme lo hemos visto, se tiene conocimiento de que la Sra. Altezor no orinaba desde la cirugía, presentaba globo vesical y no tenía movilidad en las piernas ni reflejos al dolor cuando la enfermera Stella lo asienta en la historia clínica a las 24.30 hs (00.30 hs.) del 04/07/90.- El número "2" está enmendado.-

En los controles previos de enfermería se consigna "sin novedades".- Sin embargo la paciente no orinaba desde la cirugía, aún cuando esto sea habitual en un post-operatorio lo asentado en la historia clínica aparece como no adecuado totalmente a la realidad.-

Cabe recordar que las secuelas que presenta la actora tuvieron su causa en un hematoma epidural, complicación poco frecuente pero reconocida en la literatura médica.- El origen fue hemorrágico.- El sangrado fue de tal magnitud que permitió que la lesión medular por compresión ocurriera a nivel D6 D8 mientras que la intervención quirúrgica se había efectuado a nivel L4 L5.-

Si se admite que los síntomas que produce la presencia del hematoma son progresivos y se tiene en cuenta que el sangrado fue importante, si se considera además que el hematoma epidural provoca dolor, cabe razonablemente concluir que la Sra. Altezor debió presentar síntomas con anterioridad al momento en que la enfermera lo consignó en la historia clínica.-

El paciente no tiene obligación de conocer cuál es la evolución habitual de una operación de hernia de disco.- No puede exigírsele que conozca si la presencia de dolor en la espalda, el hecho de no poder orinar o bien la circunstancia no tener reflejos en los miembros inferiores constituye una complicación de la cirugía.- Es razonable que pueda atribuirlo al tipo de intervención quirúrgica o a los efectos de la anestesia.- Así entonces no puede admitirse como premisa cierta que los síntomas aparecieron cuando la enfermera Stella los consignó en la historia clínica.- Incluso si la paciente no los refirió espontáneamente tampoco puede valorarse como un hecho perjudicial para aquélla.-

La Sra. Altezor fue controlada sólo por enfermeras.- Ningún médico la controló.- Frente al informe de la enfermera Stella, el médico de guardia se limitó a ordenar que le coloquen una sonda vesical.- Nunca visitó a la paciente.- La Sra. Altezor volvió de la cirugía a las 12.30 horas del día 03/07/90.- Transcurridas doce horas se consignó en la H.C que no tenía movilidad en las piernas ni reflejos desde la cintura hacia abajo.- Estos síntomas indicaban que podía tratarse de una urgencia.- Sin embargo no se llamó al cirujano.- Tampoco se acercó el médico de guardia a fin de asistirle y comprobar la gravedad del cuadro.-

Aún cuando los expertos informen lo contrario, no puede desconocerse que es de buena práctica médica que el cirujano visite al paciente a quien operó el mismo día de la intervención quirúrgica, más aún cuando se trata de un supuesto de cirugía mayor.- Pero aún prescindiendo de la presencia del médico que operó a la actora, si se tiene en cuenta esta última premisa, resulta reprochable que ningún otro médico del piso hubiere controlado a la paciente durante el post-operatorio y antes de que la enfermera Stella consignara las anomalías que presentaba.-

Recuérdese que el Cuerpo Médico Forense informó de irregularidades en la historia clínica.-

Adviértase que no se menciona en ella que la paciente hubiera egresado del quirófano con movilidad en sus miembros inferiores.- Esto, unido a la circunstancia de que las complicaciones sufridas por la actora no son habituales en este tipo de cirugía, constituyen presunciones que juegan en contra del codemandado Conti y que no han sido desvirtuadas por prueba en contrario.-

Así entonces, sobre la base de estas premisas, en razón de la inmediatez existente entre la primera cirugía del 03/07/90 y la complicación advertida en el post-operatorio, adquiere relevancia lo informado por el perito neurocirujano en torno al innegable nexo causal con aquel acto médico.- A su vez el Cuerpo Médico Forense señaló que una complicación quirúrgica intraoperatoria a nivel L4-L5 puede provocar lesión medular a nivel D6-D8.-

Ante estas circunstancias y en razón de las presunciones mencionadas, no me cabe duda de que eran los demandados quienes debían aportar prueba adecuada que convenciera al Tribunal acerca de la ausencia de culpa de los profesionales que asistieron a la Sra. Altezor.-

Es que a la luz del estado actual de la actora derivado de aquellas complicaciones (compresión medular secundaria a hematoma epidural por hemorragia) no puede afirmarse que se alcanzó el resultado buscado con la operación de hernia de disco, aún cuando en esta se hubiera logrado el objetivo primigenio, esto es, la discectomía.-

Por lo demás, vale señalar que no se probó una enfermedad pre-existente o una condición predisponente de la Sra. Altezor (es más ha de considerarse lo contrario ante la ausencia de mención específica en la historia clínica).-

Tampoco se acreditó que la lesión medular hubiera sido provocada por un mal movimiento de la paciente en el post-operatorio, por tos, etc.- Debo señalar que si estas simples situaciones trajeran aparejada la posibilidad de ocurrencia de un hematoma epidural con lesión medular por compresión secundaria con las consiguientes graves secuelas que padece la actora, el post-operatorio no podría consistir en la mera ingesta de medicamentos y control, seguramente debería inmovilizarse a los pacientes o tomarse otras medidas de mayor seguridad.- Lo expuesto no se compadece con lo informado en los dictámenes periciales.- De igual manera cabe concluir que si tan simples situaciones fueran aptas para generar un hematoma epidural a nueve espacios vertebrales de la zona operada, seguramente no se trataría de una complicación poco frecuente en este tipo de cirugía.-

En otro orden de ideas, ha quedado acreditada la deficiente atención médica posterior al aviso de la enfermera Stella: a) el médico de guardia no revisó a la paciente; b) fue incompleta la indicación de la colocación de una sonda vesical, c) no se actuó con la premura del caso (debía ser intervenida en forma inmediata para lograr descomprimir cuanto antes la zona afectada), d) no se le realizó una tomografía computada -que hubiera permitido evaluar el cuadro junto con el examen clínico, e) no se llamó con urgencia al médico cirujano que la había operado.-

No me extenderé mas allá en este punto pues la negligencia e impericia con que se actuó ha sido reconocida (implícita o explícitamente) por los apelantes.-

A lo expuesto debo agregar que tampoco ha actuado con pericia el Dr. Conti al realizar la intervención quirúrgica del 04/07/90.- Al tomar conocimiento de la complicación el cirujano decidió explorar el lecho quirúrgico, surge del parte anestésico (recordemos que no se encontró el parte operatorio y en la hoja de evolución de la HC

existen términos ilegibles) que la intervención tuvo como propuesta el drenaje del hematoma epidural; sin embargo el Cuerpo Médico Forense informó que la descompresión sólo a través del espacio de la discectomía no resulta suficiente sino que la intervención más exitosa hubiera sido una amplia laminectomía descompresiva.-

En otro sentido debo señalar que no resulta exacto lo sostenido en la queja acerca de que al momento de conocerse los síntomas (aviso de la falta de movilidad de los miembros inferiores) el daño era ya irreversible, por lo que, en todo caso la deficiente atención médica configuró una pérdida de chance de curación.- Todos los expertos coinciden al señalar que por tratarse de una hemorragia que derivó en un hematoma epidural, la premura en su atención era fundamental en torno a la reversibilidad del daño neurológico.- Por supuesto que nunca podrá conocerse con certeza absoluta cual habría sido resultado de esta cirugía, ya que no se realizó, más ello no convierte a la situación en la pretendida pérdida de chance de curación.- Además debe ponderarse que la posibilidad de revertir el cuadro era cierta.-

Por lo demás la respuesta dada por el perito neurocirujano está citada de manera incompleta en la queja.- La lectura integral del peritaje concluye de la forma en que lo propongo.-

En todo caso, la falta de detección temprana de los síntomas se debió a la ausencia de un adecuado control por parte de los médicos tratantes.-

Por otra parte no debe perderse de vista que incluso esta segunda cirugía existió un grave error por parte del demandado Conti pues, como lo resaltara precedentemente, la conducta adecuada hubiera sido practicar una inmediata laminectomía descompresiva amplia abarcando varios segmentos vertebrales ya que la descompresión sólo a través del espacio de la discectomía no resultaba suficiente.-

En suma, considero que la decisión de grado resulta ajustada a derecho, a las particularidades del caso y a la prueba producida en autos, más aún al circunscribirse el origen del daño de conformidad con el dictamen del Cuerpo Médico Forense, por lo que propongo rechazar los agravios sobre el particular.-

III) Decidido lo anterior corresponde tratar ahora los agravios referidos a la extensión del resarcimiento.-

El Sr. Juez “a-quo” estableció la indemnización en la suma de \$ 35.000 por daños materiales, \$ 168.000 por daño físico, \$ 25.000 por daño psicológico, \$ 20.000

por daño estético, \$ 175.000 por daño moral, y \$ 1.850 por el costo de una silla de ruedas y una cama ortopédica.-

Por los motivos que invoca en su presentación ante esta alzada, a los que me remito por razones de brevedad, la parte actora se agravia de los montos de condena acordados en cada rubro.-

Por su parte, la codemandada AMSA sostiene que existe una duplicidad resarcitoria alegando que se han otorgado distintas indemnizaciones por iguales consecuencias dañosas; que la sentencia no se encuentra debidamente fundada al establecer los montos de condena y que estos, además, resultan excesivos.-

No existe discusión ante esta alzada acerca de que la Sra. Altezor padece incapacidad total y permanente, no puede valerse por sus propios medios, se halla confinada a una silla de ruedas, requiere ayuda para su higiene personal, para la preparación de su alimentación, para pasar de la cama a la silla y viceversa, se encuentra parapléjica, con fenómenos de espasticidad posicionales, con sonda vesical crónica e incontinencia de esfínter anal y trastornos de la sensibilidad de sus miembros inferiores; se halla lúcida y orientada; su vida de relación se halla limitada a su desplazamiento en silla de ruedas, conservando intacto su intelecto, su lenguaje y el manejo de sus miembros superiores, no está en condiciones de llevar una vida sexual normal.-

En cuanto al aspecto psicológico, la perito designada de oficio informó que el evento de marras ha producido un deterioro psicológico en la forma de una depresión reactiva crónica cuya aparición guarda nexo de causalidad con el mismo y por el cual estima un porcentaje de incapacidad del 30% parcial y permanente.-

La actora, al momento de ser intervenida quirúrgicamente por su afectación de hernia de disco, tenía 49 años y trabajaba como mucama en el Sanatorio Colegiales.- Es viuda, vive con su hija, su yerno y el hijo menor de éstos en una vivienda humilde (conforme lo describen los testigos que declararon en el beneficio de litigar sin gastos - ver también informe socio-ambiental agregado en autos y no cuestionado de fs. 334/340).-

A tenor de los agravios que expone la co-demandada, me permito citar un trabajo de mi autoría “El daño moral. Los diversos supuestos característicos que lo integran” publicado en “Revista de Derecho de Daños” “Daño moral” Ed. Rubinzal Culzoni, n° 6 -1999-, en donde he señalado que “entendido el daño moral en su mas amplia dimensión

conceptual, esto es, abarcando el tradicional *pretium doloris* y todas las posibilidades no patrimoniales que tiene el sujeto para realizar en plenitud su proyecto de vida (Bueres Alberto “El daño moral y su conexión con las lesiones a la estética, a la sique, a la vida de relación y a la persona en general” en Revista de Derecho Privado y Comunitario N° 1, Rubinzal Culzoni, Santa Fe, 1998, p. 264), debe considerarse ante todo, que su resarcimiento cumple una diversa función de la que corresponde a la reparación de los daños patrimoniales.- En efecto, no puede hablarse aquí de una función compensatoria en sentido propio, como sucede respecto de los daños patrimoniales que son mensurados según el criterio de la equivalencia con la pérdida económica sufrida por la víctima, sino de una función satisfactoria del afectado, desechando una ficticia equivalencia entre un daño económicamente irrelevante y una suma de dinero (Salvi, “La responsabilidad civile en Trattato di Diritto Privato, a cura di Iudica-Zatti, Giuffrè, Milano 1998, p.32), lo que explica, a su vez, que el resarcimiento del daño moral determina un enriquecimiento económico de la víctima, aspecto inadmisibles, por principio cuando se trata del daño patrimonial (Salvi, op. cit. p. 31/2).- De allí también resulta que, por su naturaleza, el daño moral es totalmente independiente del daño material o patrimonial, tal cual lo ha decidido insistentemente la jurisprudencia de nuestro mas Alto Tribunal.-

Desde la generalidad del alcance del daño moral, según el enfoque precedente, corresponde descender a su contenido concreto, es decir, a los supuestos característicos que lo integran, según lo que hoy en día es admitido corrientemente por la doctrina y la jurisprudencia.-

Parece acertado reconducir el ámbito del daño moral a un significado mas amplio, comprensivo de los dolores físicos y espirituales, las afecciones anímicas o los sufrimientos morales, los sentimientos respecto del goce de los bienes y el espíritu y la capacidad de entender, querer y sentir.-

Y como situaciones que han llevado a cierta doctrina y jurisprudencia a una solución que provoca perplejidad, destaco que lo atinente al daño estético, al daño psíquico y al daño a la vida de relación, en tanto se ha sostenido que configuran especies distintas del daño moral propiamente dicho.- Coincido con quienes sostienen que tal equívoco deriva de haber partido para caracterizar al daño moral, de los bienes conculcados y no de los intereses afectados, a una de las consecuencias, pues en nuestro Derecho el daño resarcible sólo es patrimonial o moral, dependiendo de los intereses

afectados, en tanto, como bien enseña Bueres “las lesiones a la estética, a la psiquis, a la vida de relación, etc., constituyen menoscabos naturalísticos a bienes (a veces a la lesión o menoscabo se le denomina *evento*).- Pero el *daño* será minoración de intereses *patrimoniales* o *morales* (espirituales) derivada de aquel menoscabo primario.-

En suma, examinados brevemente los distintos supuestos característicos dentro del daño extrapatrimonial cabe contemplar:

a) el *pretium doloris*, que encuadra dos aspectos diferentes: el dolor físico que la víctima experimenta como consecuencia del hecho dañoso sobre su propio cuerpo, que incluye las sensaciones de malestar, el insomnio o cualquier otro tipo de manifestación dolorosa que se haya originado en su disminución física, y el puro daño moral, representado por el dolor moral, que se refleja en la pena, la tristeza o el sufrimiento -no físico- que pueden padecer tanto la víctima directa como los parientes que están legitimados por el ordenamiento (conf. Vicente Domingo, Elena, “Los daños corporales: tipología y valoración” Bosch, Barcelona, 1994, pag. 186 y ss.).-

b) el daño a la vida de relación o *prèjudice d'agrément* como dicen los franceses.- De dicho rubro puede tenerse un criterio amplio, comprensivo de todos los goces ordinarios de la vida, sean cuales fueren su naturaleza y origen, esto es, el conjunto de los sufrimientos, goces y frustraciones experimentados en todos los aspectos de la vida cotidiana en razón de la lesión y de sus secuelas, lo que parece un poco excesivo porque podría cubrir otras situaciones características como el daño estético o el daño juvenil o el daño sexual; por ello parece más preciso limitarlo a la pérdida de la posibilidad de ejercitar ciertas actividades de placer u ocio, como las artísticas o deportivas pero también de cualquiera que le signifique una privación de satisfacciones en la dimensión social o interpersonal de la vida.-

c) el daño psíquico, entendido como enseña Zavala de Gonzalez, como “una perturbación patológica de la personalidad de la víctima, que altera su equilibrio básico o agrava algún desequilibrio precedente” (“Resarcimiento de daños”, Ed. Hammurabi, 1999, t 2.a, pag. 193) y que se desbroza en las lesiones de base orgánica y en las lesiones psíquicas estrictas o neurosis traumáticas (Zavala de Gonzáles, op. cit. pag. 198 y ssgtes.).-

d) el daño estético, que se manifiesta como una “deformidad” del estado de la persona, entendida tal deformidad como toda irregularidad física -visible o no,

permanente o no- estigma, tara fisiológica, consecutivas o residuales respecto de las lesiones anteriormente sufridas, y que sin necesidad de convertir al sujeto en un monstruo, Quasimodo, esperpento o adefesio, le hacen perder su normal aspecto periférico, de un modo perceptible y apreciable, *in visu*, afectando su anatomía exterior y no su sique o intelecto, de manera duradera aunque no fuera definitiva.-

e) el “perjuicio juvenil” que, como bien lo describe Mosset Iturraspe (“Responsabilidad por daños” t. IV, “El daño moral” Ediar, pág. 100) corresponde al dolor que provoca en una persona joven la conciencia de su propia decadencia y la amargura por la pérdida de toda esperanza de vida normal y de la alegría de vivir.-

f) el perjuicio sexual, o daño resultante de la pérdida de las facultades sexuales, que da sustento obviamente, a la reparación del daño moral, sea cual fuere la situación del sujeto afectado, incluyendo la proyección de futuro.-

Sobre dicha base entonces, y sin perjuicio de señalar que más allá de las diferentes denominaciones que se otorguen a los daños realmente comprobados o a su condición autónoma, lo que realmente interesa es tratar de colocar al damnificado en la situación a la que se hallaba con anterioridad a los hechos que originaron los daños, considero que deben admitirse los agravios de la parte demandada en cuanto proponen indemnizar los perjuicios sufridos por la damnificada sea en la esfera patrimonial o extrapatrimonial afectada.-

En cuanto a lo primero, cabe ponderar que la accionante no podrá volver a trabajar.- Por supuesto no podrá acceder a una jubilación ordinaria ni aspirar a lograr un ascenso o una mejor posición en sus tareas habituales.- De estos datos se colige que la cuenta que realiza la codemandada AMSA en sus agravios no puede ser admitida en tanto refleja una situación estática, sin dejar de señalar que la cantidad que menciona como base del cálculo no encuentra sustento en medio probatorio alguno.-

Por otra parte debe tenerse en cuenta se trata de una mujer de 49 años al momento de los hechos (ha de computarse el período hasta la edad jubilatoria -60 años), que trabajaba de mucama en el Sanatorio Colegiales, viuda, de condición humilde que vive con su hija, su yerno y su nieta.-

Sobre dicha base, considerando únicamente el detrimento económico sufrido por la actora, considero que el daño patrimonial debe establecerse en la suma de trescientos mil pesos (\$ 300.000), haciendo uso para ello de lo previsto por el art. 165 del CPCC y

las particularidades que presentó el caso.-

En lo que se refiere al aspecto moral, cabe ponderar el daño psíquico informado por la perito oficial.-

También debe incluirse el daño estético resultante de las distintas operaciones a que fue sometida la actora y la presencia de la escara.- En cuanto a esto último y dado el planto de los demandados apelantes, debo mencionar que el daño resulta resarcible por cuanto constituye una consecuencia inmediata de la inmovilidad derivada de los actos médicos que la produjeron.- Si bien la escara fue tratada correctamente, el daño estético producido es concreto, actual y puede visualizarse a simple vista en las fotografías acompañadas en autos por el perito oficial.- Por el contrario no procede admitir como daño estético al mayor peso de la actora toda vez que no fue mencionado en la demanda y por lo tanto no formó parte de la litis.-

Ahora bien, en cuanto al monto respectivo, cabe reiterar que la damnificada no podrá volver a trabajar y hasta el fin de sus días verá seriamente afectada su vida social y de relación en razón de las secuelas irreversibles que padece y las lamentables consecuencias que ellas acarrear.- No caminará nunca más.- Se halla confinada a una silla de ruedas.- No puede realizar sola tareas básicas como higienizarse, prepararse la comida, pasar de la cama a la silla de ruedas.- Se encuentra parapléjica con fenómenos de espasticidad posicionales.- Deberá utilizar sonda vesical crónica y tiene incontinencia de esfínter anal.- Ha sufrido una escara, que debió der mejorada mediante tratamiento.- Se encuentra latente la posibilidad de sufrir infecciones urinarias.- No está en condiciones de llevar una vida sexual normal.-

Ninguna duda puede haber acerca del quebrantamiento de espíritu, dolor físico y moral que toda esta situación ha generado en la actora y habrá de persistir durante toda su vida.- No es difícil -aunque sí doloroso- llegar a imaginar la angustia, la desazón, la tristeza, el dolor y seguramente la desesperación que habrá sentido la Sra. Altezor desde el momento mismo en que comenzaron las complicaciones derivadas de la primera cirugía que requirieron de otras tantas para intentar superar el déficit neurológico padecido.- La incertidumbre acerca del futuro de su salud, la angustia de entrar reiteradamente a los quirófanos, los tratamientos de rehabilitación, sus variables resultados y finalmente la irreversibilidad del cuadro.-

Cabe valorar también la entidad de los hechos que generaron los daños en la

actora, es de recordar que ingresó al quirófano para superar su problema de hernia de disco, debe ponderarse que se trató de una operación programada con la consecuente confianza seguramente depositada en el cirujano y la expectativa de lograr una mejoría de la dolencia - También debe tenerse en cuenta la deficiente atención médica dispensada (o mas bien la ausencia de atención profesional) durante el post-operatorio.-

Todos estos parámetros, valorados en conjunción con las condiciones personales de la víctima, me llevan a considerar que la suma establecida en la anterior instancia es reducida y proponer que se eleve a la cantidad de \$ 300.000 (trescientos mil pesos).-

Finalmente debo mencionar que la cita de otros casos en los que supuestamente se estableció una incapacidad total no constituyen por sí solos un elemento de convicción suficiente pues al no ser tarifadas las indemnizaciones deben valorarse distintas pautas en cada caso concreto, circunstancia que impide formular generalizaciones.-

En cuanto al ítem “daño material - gastos futuros” debo mencionar que la indemnización solicitada en el pto.2.1 (fs. 1291 vta.) “gastos de subsistencia” no resulta procedente pues se trata de gastos habituales (gastos de vestimenta, alimentación, habitación, etc), que la actora habría realizado aún de no producirse los sucesos de autos.-

En cuanto a lo demás, cabe admitir en nexo causal adecuado con los hechos de autos, que la actora deberá usar sonda vesical de manera crónica -circunstancia que implica reconocer el costo del material descartable (sonda y bolsa)- como también de una enfermera para su recambio (cada 10 o 15 días); también deberá realizarse frecuentes urocultivos mensuales ante la posibilidad latente de sufrir infecciones urinarias; resulta evidente que deberá utilizar pañales por su incontinencia de esfínter anal.-

Cabe admitir, por aplicación del principio de reparación integral, en razón de la solución de casos análogos y dado la situación en que se encuentra la actora que deberá también requerir de asistencia kinesiológica en forma periódica para atender a su espasticidad (fs. 844) y que deberá medicarse en forma crónica con relajantes musculares (fs. 844).-

Respecto del tratamiento psicológico y psicofarmacológico aconsejado por la perito designada de oficio y admitido en la sentencia, debo señalar que la circunstancia

de que la incapacidad derivada de la depresión que padece la Sra. Altezor sea de carácter permanente y que el daño psicológico hubiera sido considerado al establecerse la reparación por los daños extrapatrimoniales en modo alguno implica una duplicidad de indemnizaciones.- Debe tenerse en cuenta el principio de reparación integral como también que la terapia fue aconsejada a fin de mejorar el cuadro que presenta la víctima, circunstancias que fundamentan su admisión.-

En cuanto al valor unitario de la sesión que mencionó la perito resulta coincidente con el valor promedio considerado por el Tribunal.-

En relación al costo por la asistencia de una enfermera permanente, los peritos designados en autos informaron que ello no resultaba necesario.- Admito estas conclusiones que no logran ser desvirtuadas por los agravios.- Sin embargo, si se tiene en cuenta que la actora necesita de ayuda para pasar de la cama a la silla de ruedas, para higienizarse y para preparar su comida, es razonable considerar que la Sra. Altezor necesitará, al menos en cierta parte del día, de la asistencia de otra persona, aunque no se trate de un profesional (enfermera).- Entiendo que, dentro de este marco, corresponde admitir el reclamo limitado ocho horas diarias.-

También resulta procedente el reclamo por gastos de traslados.- La actora no puede caminar, es lógico admitir que para su traslado deba movilizarse mediante el uso de taxis o remises y deba prescindir de los medios públicos de transporte.-

Ahora bien, en cuanto al monto por el que habrá de prosperar la partida, debo señalar que el establecido en la instancia de grado resulta ciertamente reducido.-

Debe considerarse que la expectativa de vida fue establecida en la sentencia hasta los 75/78 años (en aspecto que se encuentra firme), valorándose entonces el período por el cual se extenderán estos gastos (a excepción del tratamiento psicológico, cuyo plazo máximo fueron 24 meses).-

Desde otro punto de vista debe ponderarse que era la parte actora quien debía acercar prueba que acreditara el costo de los distintos “items” que componen este rubro, sin embargo ello no ha sucedido, por lo que habrá de establecerse la cuantía con suma prudencia a fin de no beneficiar la inactividad probatoria de la reclamante (art. 165 y 377 del CPCC).-

También habrá de considerarse que la Sra. Altezor obtuvo en mayo de 1996 el beneficio jubilatorio por invalidez, lo que implica la posibilidad de afiliación al PAMI,

entidad que cubre en forma parcial el costo de algunas de las erogaciones que deberá afrontar la actora con motivo de las gravísimas secuelas que padece.- Pero aquí también cabe reprochar a los responsables la falta de una adecuada prueba que hubiera permitido conocer con mayor precisión el porcentaje en que son cubiertos ciertos gastos, circunstancia que evidentemente les resulta perjudicial.-

Sobre dicha base, en atención a la resolución de casos análogos, los datos que son de público conocimiento, y por aplicación de lo previsto por el art. 165 del CPCC, propongo a mis colegas elevar la partida indemnizatoria en este rubro a la suma de \$ 200.000 (doscientos mil pesos).-

Finalmente habré de desestimar los agravios de la actora por los que pretende que se eleve el monto por el costo de la cama y silla de ruedas ortopédica pues no se aportó prueba (que se hallaba a su cargo -art. 377 del CPCC) que demuestre que el monto establecido es reducido o que el reclamado en la demanda se ajuste al valor real de mercado.-

IV) Por último, la parte actora solicita que se modifique la imposición de costas por el rechazo de la demanda promovida contra los Dres. Casal, Citria y Caram.- Pretende que se aplique la excepción que contempla el art. 68 del CPCC y se impongan a los demandados vencidos o bien por su orden.- Subsidiariamente pide la fijación del mínimo de la escala.-

Me parece oportuno recordar que las costas tienden a resarcir al vencedor de los gastos de justicia en que debió incurrir para obtener del órgano jurisdiccional la satisfacción de su derecho.- No revisten el carácter de pena sino de indemnización debida a quien injustamente se vio obligado a efectuar erogaciones judiciales, es decir, comprenden los gastos ocasionados al oponente por obligarlo a litigar con prescindencia de la buena o mala fe o de la razón de las partes, pues la conducta de éstas o el aspecto subjetivo es irrelevante (CNCiv. Sala D 15/12/98 LL 2000-A-548 citado en “Código Procesal Civil y Comercial de la Nación” Elena I. Highton - Beatriz Arean -dirección- T.2, Editorial Hammurabi, 2004).- En nuestro derecho la imposición de las costas se funda en el hecho objetivo de la derrota y deben ser soportadas por quien resulte vencido en el proceso.-

No encuentro en las razones que expone la apelante fundamentos suficientes que justifiquen el apartamiento del principio reseñado.-

Es verdad que la historia clínica contiene deficiencias tales como falta de aclaración de firmas o bien su ausencia en algunos casos, sin embargo en la demanda no se mencionó ni siquiera los motivos por los que se imputaba responsabilidad a los nombrados.- Adviértase que tampoco se desistió de ellos luego de conocido el resultado de los peritajes, obligándolos de tal manera a continuar en el litigio.- Téngase en cuenta, además, que no se consigna una imputación concreta en el alegato.-

Bajo tales circunstancias considero que la excusa intentada no alcanza en el caso para exonerar a la parte actora del pago de las costas generadas por la citación de los codemandados Citria, Casal y Caram como tampoco modifica su condición de vencida en el juicio.-

En cuanto al pedido de que se aplique el mínimo de la escala, nada cabe decidir por cuanto la cuestión no ha sido sometida a decisión del Juez de primera instancia ya que aún no se han regulado los honorarios de los profesionales (art. 277 del CPCC).-

V) Por las razones propongo al acuerdo modificar la sentencia de grado y establecer la indemnización por daños patrimoniales en la suma de \$ 300.000, por daño moral en la suma de \$ 300.000, por daños materiales (gastos futuros) en la suma de \$ 200.000, confirmar el monto por el costo de una silla de ruedas y cama ortopédica y confirmar el fallo en lo demás que decide y fue materia de agravios.-

Las costas de alzada se imponen a los demandados vencidos con excepción del tema referido a las costas por el rechazo de la demanda contra los Dres. Casal, Citria y Caram que se imponen a la actora (art. 68 del CPCC).-

Así lo voto.-

Los Dres. Jorge A. Giardulli y Claudio M. Kiper por las consideraciones expuestas por el doctor Mayo, adhieren al voto que antecede.- Con lo que se dio por finalizado el acto, firmando los señores Jueces por ante mi de lo que doy fe.- Fdo. Jorge A. Mayo, Jorge A. Giardulli, Claudio M. Kiper.-

//nos Aires, de marzo de 2009.-

Y VISTO, lo deliberado y conclusiones establecidas en el acuerdo transcripto precedentemente, por unanimidad de votos, el Tribunal decide: modificar la sentencia de grado y establecer la indemnización por daños patrimoniales en la suma de \$ 300.000, por daño moral en la suma de \$ 300.000, por daños materiales (gastos futuros) en la suma de \$ 200.000, confirmar el monto por el costo de una silla de ruedas y cama ortopédica y confirmar el fallo en lo demás que decide y fue materia de agravios.-

Las costas de alzada se imponen a los demandados vencidos con excepción del tema referido a las costas por el rechazo de la demanda contra los Dres. Casal, Citria y Caram que se imponen a la actora (art. 68 del CPCC).-

Regístrese, notifíquese y, oportunamente, devuélvase. -