

"2018 - AÑO DE LOS JUEGOS OLÍMPICOS DE LA JUVENTUD" JUZGADO DE 1RA INSTANCIA EN LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Y TRIBUTARIO Nº 21 SECRETARÍA Nº42

S. J. CONTRA GCBA Y OTROS SOBRE RESPONSABILIDAD MEDICA Número: EXP 26015/2010-0 CUIJ: EXP J-01-00054896-7/2010-0 Actuación Nro: 12394541/2018

Buenos Aires, de noviembre de 2018.

VISTOS:

Los autos caratulados "S, J c/ GCBA y otros s/ Responsabilidad Médica", EXP 26015/0, de cuyas actuaciones

RESULTA: 1) Mediante escritos de fs. 15/22, 36/8, 74, 86, 119 y 138/9 la Sra. J.S inicia demanda contra el GCBA y contra los Dres. G.M. y G.M.R –en su carácter de Directora- por el cobro de la suma de sesenta y dos mil doscientos ochenta pesos –o lo que en más o en menos resulten de las constancias de autos- que afirma se le adeudan en concepto de indemnización por los daños y perjuicios que dice haber sufrido con motivo de la defectuosa atención médica que recibiera en el Hospital Santa Lucía. Relata que en el año 1997 comenzó a tratarse por glaucoma en el mentado nosocomio, habiendo sido operada del ojo izquierdo en el año 2000 en forma exitosa. Luego, comenzó a tener derrames en el ojo derecho, por lo cual fue operada por el Dr. G.M. con fecha 29 de agosto de 2001. Refiere que tras dicha operación no recuperó la vista, debiendo permanecer 15 días con los ojos vendados. Se le dijo que se habían producido cataratas y en noviembre de 2001, se le practicó una nueva operación de cambio de cristalino, también infructuosa. Refiere que, al momento de inicio de la demanda, sólo veía oscuridad con el ojo derecho, padeciendo fuertes dolores. Imputa impericia y negligencia por parte del Dr. M. para la elaboración del diagnóstico, error en el tratamiento aplicado y falta de adecuado consentimiento informado. Por todo ello, reclama la suma de \$3000 por gastos médicos y de farmacia, \$ 2880 por gastos de movilidad, \$55000 de incapacidad sobreviniente, \$2000 por lucro cesante, y lo que se estime pertinente en concepto de daño psíquico, daño moral y gastos terapéuticos futuros. Pide se cite en garantía a Seguros Médicos SA. Funda su derecho, ofrece prueba y realiza reserva de Caso Federal.

2) A fs. 191/215 se presenta la Dra. G.M.R. y opone excepción de defecto legal, con sustento en que no precisa la suma de dinero reclamada en concepto de gastos furos y daño psíquico. Sin perjuicio de ello, contesta demanda negando los hechos invocados e impugnando la procedencia y cuantía del resarcimiento peticionado. Manifiesta que no conoció ni trató a la actora y que como Directora del Hospital no le corresponde ejercer el contralor de la actividad asistencial médica prestada por los médicos del nosocomio. Por ende, destaca la inexistencia de nexo de causalidad entre su accionar y los daños referidos por la accionante. Funda su derecho, ofrece prueba y realiza reserva de Caso Federal.

3) A fs. 223/37 contesta demanda el GCBA. Pide que se rechace el planteo por cuanto no existió error de diagnóstico ni de tratamiento, sino que ocurrió una complicación que era factible. En ese contexto, indica que la obligación de los médicos es de medios y no de resultado, debiendo en su caso la actora probar que el obrar del Dr. M. no fue el adecuado.

Impugna la procedencia y cuantía de los rubros reclamados, ofrece prueba y realiza reserva de Caso Federal.

4) A fs. 266/80 se presenta Caja de Seguros SA como compañía aseguradora de la Dra. R. Opone excepción de falta de legitimación pasiva en tanto sostiene que a su asegurada se la estaría demandando no por su labor profesional sino en su calidad de Directora. En ese contexto, sostiene que la póliza cubría la actividad profesional de la demandada, pero no los daños derivados de su desempeño como Directora del Hospital. En lo demás, reitera, en lo sustancial, los argumentos que ella expusiera al contestar demanda.

5) A fs. 509/27 se presenta el Dr. G.M. y opone excepción de defecto legal, utilizando los mismos argumentos que la co demandada R. Empero, contesta demanda negando los hechos. Destaca que la primera cirugía del ojo derecho estuvo a su cargo pero que la posterior intervención de cataratas estuvo a cargo del Dr. L como cirujano actuando él sólo como ayudante. Asimismo, que si bien el Hospital contaba con los insumos para realizar la operación, la paciente se presentó con insumos adquiridos a su peculio. Impugna la procedencia y cuantía de los rubros reclamados, ofrece prueba y realiza reserva de Caso Federal.

6) A fs. 570/80 se presenta Caja de Seguros SA como compañía aseguradora del Dr. M. reiterando, en lo sustancial, los argumentos que el expusiera al contestar demanda.

7) A fs. 585/7 quedan radicadas las actuaciones ante este Tribunal en orden a lo dispuesto por la Res. CM. 146/13.

8) A fs. 623/4 se rechazan las excepciones de defecto legal y se difiere para el momento de dictar sentencia la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por la Caja de Seguros SA con relación a la Dra. R.

9) Abierta la causa a prueba (fs. 646/8), se produce la informada a fs. 1015/6. Tras haber ejercido su derecho a alegar únicamente la parte actora y la co demandada GCBA (fs. 1067), quedan los autos en estado de dictar sentencia, y

CONSIDERANDO:

I. En primer término, es preciso aclarar que, teniendo en cuenta la fecha del hecho que habría ocasionado los daños que se reclaman en autos, la presente controversia ha de ser jurídicamente encuadrada en la normativa prevista por el antiguo Código Civil (Leyes 340 y 17711), de conformidad con lo prescripto por el art. 7 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación.

II. Ello asentado, es dable recordar que en nuestro derecho positivo, para que haya responsabilidad, tienen que concurrir una serie de elementos configurativos. Si desglosamos ontológicamente el hecho indemnizatorio, advertimos que se trata de un complejo fáctico que puede resumirse en la fórmula siguiente: daño + antijuricidad + factores de atribución + nexos causal. Cuando se encuentran reunidos estos requisitos, el ordenamiento para revertir la violación dañosa del derecho ajeno, impone al agente el deber jurídico de indemnizar el perjuicio causado (Goldemberg, Isidoro H.; “La relación de causalidad en la responsabilidad civil”, pág. 221). De acuerdo con ello, para resolver esta demanda es necesario entonces

discernir dos cuestiones: a) La efectiva falta de prestación adecuada del servicio médico, y b) su vinculación como causante de la pérdida de la visión del ojo derecho de la actora. En este marco, cabe recordar que el Estado es responsable por sus actividades ilícitas –en el marco del Derecho Público- siempre que estén presentes al menos los siguientes presupuestos ineludibles:

a.- la falta de servicio –así nuestro Máximo Tribunal expreso en el célebre caso “Vadell” del 18 de diciembre de 1984, que “esa idea objetiva de falta de servicio encuentra fundamento en la aplicación por vía subsidiaria del artículo 1112 del Código Civil que establece un régimen de responsabilidad por los hechos y las omisiones de los funcionarios públicos en el ejercicio de sus funciones, por no cumplir sino de una manera irregular las obligaciones legales que les están impuestas”-. Así, ha sostenido que “no se trata de una responsabilidad indirecta la que en el caso se compromete, toda vez, que la actividad de los órganos o funcionarios del Estado realizada para el desenvolvimiento de los fines de las entidades de las que dependen, ha de ser considerada propia de éstas, que deben responder de modo principal y directo por sus consecuencias dañosas” (Conf. CSJN Fallos 306:2030).

b.- la existencia de un daño cierto (actual o futuro),

c.- la relación de causalidad directa y adecuada entre la conducta estatal – acciones y omisiones- y el daño cuya reparación se persigue y, por último, d.- el factor de imputación, a través de la llamada teoría del órgano, mediante la cual las conductas de los agentes estatales, son trasladadas al propio estado. En efecto, no se trata de un supuesto de responsabilidad indirecta, “toda vez que la actividad de los órganos, funcionarios o agentes del estado, realizada para desenvolvimiento de los fines de las entidades de las que dependen, ha de ser considerada propia de éste, quien debe responder de modo principal y directo por sus consecuencias dañosas” (conf. CSJN in re Reynot Blanco, Salvador Carlos c. Provincia de Santiago del Estero s/daños y perjuicios”, sent. del 12 de agosto de 2008, Fallos 331:1690). En cuanto a los facultativos demandados, resulta propicio recordar que la obligación asumida por el médico frente al paciente reviste –como principio- el carácter de una obligación de medio y no de resultado, consistente en la aplicación de su saber y de su proceder a favor de la salud del enfermo. De ahí que el fracaso o ausencia de éxito en la prestación de los servicios no signifique incumplimiento (Conf. Cam. Nac. Civil, Sala F “O., J. A. c/ Clínica La Esperanza y otros” del 22/9/2000 y sus citas; Trigo Represas, Félix A. “Reparación de daños por mala praxis médica”, Ed. Hammurabi, pág. 99). Específicamente, deberá acreditarse la conexión entre la conducta antijurídica del agente y el daño sufrido, de modo tal que aparezcan vinculados por una relación de causa a efecto (conf. Goldemberg, Isidoro H. “La relación de causalidad en la responsabilidad civil”, pág. 221).

Es necesario recordar también que el art. 301 del CCAyT de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires prescribe que “Incumbe la carga de la prueba a la parte que afirme la existencia de un hecho controvertido o de un precepto jurídico que el tribunal no tenga el deber de conocer. Cada una de las partes tiene la carga de probar el presupuesto de hecho de la norma o normas que invocare como fundamento de su pretensión, defensa o excepción”. En este marco, la doctrina es conteste en sostener que “ésta es una regla del proceso dispositivo -a diferencia del inquisitivo-, donde el interés de las partes, de demostrar la verdad de sus respectivas

afirmaciones, determina la obligación de su producción y las consecuencias adversas de su no producción” (conf. Balbín Carlos F. [Director], “Código Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Comentado y Anotado”, 2da ed., Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2010, pág. 710).

En tal sentido, la Cámara del Fuero tiene dicho que “es sobre el accionante que pesa la carga de aportar los elementos que el juez evaluará y no éste quien debe pedirlos a las partes. El principio dispositivo ritual que emana del art. 301 CCAyT, pone en cabeza de los litigantes el deber de probar los presupuestos que invocan como fundamento de su pretensión” (conf. Cam. CAyT, Sala II, “Orornoz de Bigatón, Celina C/ GCBA S/amparo [art. 14, CCBA]” sent. del 26/02/2001). No obstante, y particularmente en casos vinculados con responsabilidad profesional, estos conceptos deben ser flexibilizados. Surge así la teoría de las cargas probatorias dinámicas, que le asigna el onus probandi a quien está en mejores condiciones de probar. Por ello, no basta la actitud meramente pasiva del profesional demandado, quien debe acreditar que obró sin culpa, o sea, con diligencia, prudencia y pleno conocimiento de las cosas.

III. En esa línea de ideas, la pretensión de la actora de que únicamente se utilice como prueba la historia clínica secuestrada y reservada no resulta aceptable. Lo relevante en autos es alcanzar la verdad material acerca de lo efectivamente ocurrido en torno a la atención recibida por la actora (doc. CSJN “Colalillo” del 18/9/57). Y he de formarme una convicción tomando en consideración todos los elementos de juicio que se hayan adjuntado a estos autos. En tal sentido, ya en el III Congreso Internacional de Daños, celebrado en el año 1993 se recomendó “la instauración de un criterio de amplitud en la recepción y modalidad de la producción de las pruebas en los procesos de responsabilidad profesional médica, atento las peculiaridades que presentan éstos. Ello con vista a la prevalencia de la verdad jurídica objetiva, sobre la verdad meramente ritual” (Trigo Represas, Félix (director) “Responsabilidad Civil – Doctrinas Esenciales”, Ed. La Ley, Bs. As., 2007, T. V, pag. 643). Empero, debe destacarse que la documentación de fs. 53/69 refiere a la operación del ojo izquierdo de la actora acaecida en el año 2000, y no a la que genera el presente reclamo.

IV. Ahora bien, en el caso, hay hechos de particular relevancia que no pueden soslayarse. Si bien en el año 2001 en que ocurrió el hecho presuntamente dañoso no se encontraba sancionada la Ley 26529 de Protección de los Derechos del Paciente, ya existía para esa fecha abundante material jurisprudencial y doctrinario que destacaban la importancia de la historia clínica. “La historia Clínica u hoja de guardia son elementos útiles 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 y sus contenidos poseen en principio mayor inmediatez que otros medios de prueba”. (CN Civ. Sala H, 2000/11/21 C c/ MCBA, L.L. 30/8/01). En base a ello, se ha dicho que el carácter completo y permanente de la historia clínica de un paciente es en la medicina moderna una condición de calidad de los cuidados médicos o de la correcta asistencia facultativa (Ryckmans y Meer Van de Put “Le Droits et les Obligations des Mediciens”, Bruselas, 1971, pag. 175). Tal como lo ha sostenido Compagnucci de Caso, las omisiones y deficiencias de la historia clínica sólo perjudican al hospital demandado, por cuanto sus constancias son aptas para interpretar la labor de los médicos actuantes (“La culpa en la Responsabilidad Médica”, LL 1994 A, 268).

En el sentido indicado, la Jurisprudencia ha sostenido que de las omisiones de las historias clínicas emerge una presunción de culpa, y ello importa una responsabilidad de los establecimientos; esta presunción judicial genera la necesidad de aportar prueba para eximirse de ella (Conf. CN Civ., Sala G, 12/599, LL1999, p.64; íd. 26/9/00, LL 2001, 118, Sala I, 11/5/00, LL 2000-D-666; entre otros).

Al respecto deviene importante el criterio que considera a la historia clínica como el elemento esencial de acreditación por parte del médico de su conducta con el paciente en todo momento, al reflejar toda la información relacionada con la atención dispensada al propio paciente. La historia clínica, convertida en prueba material por orden judicial, es el testimonio más objetivo de la calidad o de la falta de calidad del trabajo médico (conf. H. Zengarini, "La historia clínica", Diario Jurídico El Dial 16/11/01). Por ello, la falta de la historia clínica puede constituir una presunción en contra del profesional, quien en tal caso debe desvirtuarla acreditando haber actuado de acuerdo con las reglas del arte de curar (CN Civil, Sala I, 10/8/2000 "C, MA c/ BW y otros", LL 26/1/01, pag. 3; ídem Sala C "C, MG c/ MCBA", del 21/11/2000, LL 30/8/01, pag. 1).

En el caso, no sólo se perdió la historia clínica original, sino que se adjuntó un duplicado -sin explicitar de dónde se habían extraído los datos, pues se habían extraviado-, con severas irregularidades. En efecto, el estudio de fs. 6 carece de todo tipo de dato que permita vincularlo con la paciente, el análisis de fs. 9 se encuentra enmendado (sin salvar), el estudio de fs. 13 bis no tiene ningún dato que permita identificarlo como el de la actora (solo se le agregó en birome el nro de la historia clínica "duplicada"), los consentimientos informados están incompletos, la hoja 16 carece de identificación de nombre y nro de HC, la "hoja quirúrgica" de fs. 19 carece de fecha, el análisis de fs. 20 no tiene aclaración ni sello del médico que lo informa, el nro. De HC consignado en el estudio de fs. 21bis es distinto al de la HC, el estudio de fs. 23 y la hoja de seguimiento de fs. 24 carece de cualquier dato que permita relacionarlo con la actora o con la HC.

En cuanto a la documentación agregada al expediente, llama la atención también que la HC de fs. 53/68 tiene datos referidos a la atención de la actora en el mismo Hospital desde el año 1998 hasta el año 2000 y luego un estudio del año 2003 (es decir, faltan justamente los datos del año de la operación que genera la demanda de autos). En cuanto a las constancias de fs. 122/3, algunas carecen de fecha, otras de firma y otras de sello. Las de fs. 128 y 131 carecen de datos que pueden relacionarse con la actora, las de fs. 120/30 datan del año 2002 y las de fs. 132, 134 y 135 constatan que la actora continuó siendo atendida por el DR. M. luego de la operación. A fs. 136 vta. consta un pre quirúrgico con el diagnóstico de glaucoma del ojo izquierdo del año 2000 en tanto que la de fs. 137 data del año 2007 y es de otro hospital (no guardan relación directa con el hecho de autos). Las copias de fs. 662/81 y 817/40 corresponden a los años 2003 a 2009. Ni siquiera la reconstrucción que intentó efectuar el Sr. Perito en su dictamen resulta ordenada, completa y del todo comprensible, justamente porque faltan elementos.

Por otro lado, se advierte que -en los hechos que aquí importan- las constancias de la Historia Clínica sólo están suscriptas por el Dr. M. quien -como se verá más adelante- a la fecha en que se efectuó el diagnóstico y la operación era cirujano pero no especialista en oftalmología. Con

relación al diagnóstico y operación, no hay ninguna firma en la Historia Clínica efectuada por un especialista que supervisara su actuación (a pesar de tratarse de un Hospital Oftalmológico), ni por el Jefe de Servicio, o algún tipo de interconsulta. De igual manera, el parte de cirugía está firmado por el demandado M. como responsable principal (fs. 11 HC).

V. Párrafo aparte merece la cuestión del consentimiento informado. El que a la fecha de los acontecimientos no existiera como obligación legal resulta irrelevante pues, el Hospital lo tenía incluido dentro de sus prácticas. De lo contrario, no se explican los formularios obrantes a fs. 15, 17 y 26 de la HC). En autos, es de singular importancia porque debía cubrir el deber de información a la actora de la posibilidad de otros tratamientos no penetrantes (pese a que no ofrecieran el mismo grado de efectividad) y de que, aún operándose, podían existir complicaciones o no darse el resultado esperado (ver dictamen pericial, puntos 7 y 9). Ahora bien, aún cuando se tomara por cierta la firma obrante a fs. 15 vta. de la HC duplicada (desconocida por la actora) lo cierto es que dicho formulario no está completo. Y en todo caso, eran los demandados quienes debían probar la efectiva existencia de este consentimiento informado, que a la fecha de los hechos que nos ocupan no necesariamente debía ser dado en forma escrita (Galan Cortés, Julio César “El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios”, Ed. Colex, Madrid, 1997, pag. 37). “Así como en las urgencias, el consentimiento informado se diluye e incluso puede llegar a desaparecer; se hace más necesario en las cirugías programadas, y más aún cuando se trata de procedimientos médicos o intervenciones quirúrgicas que pueden ser postergadas o canceladas” (Vázquez Ferreyra, Roberto “En consentimiento informado en la práctica médica”, <http://www.sideme.org/doctrina/articulos/ci-ravf.pdf>). “Es un deber elemental del prestador del servicio médico el advertir al paciente de los riesgos, pues éste en definitiva es quien debe decidir si vale la pena afrontarlos” (CN Civ. y Com. Fed., Sala I, “P, RH c/ Estado Nacional s/ responsabilidad médica”, del 28/12/93, voto del Dr. Perez Delgado).

Otro aspecto a considerar es si la actora estaba al tanto de que quien la diagnosticó, operó y trató luego de la operación (fs. 5 y 18/9 HC) no era un especialista en oftalmología. Adviértase que de la HC surge que el sello del Dr. M. debajo de su matrícula contiene la aclaración “Oftalmología”, lo cual claramente inducía a error en cuanto a la especialidad del médico tratante. Por ende, no puede darse por sentado que la actora prestara su conformidad a ser operada por un profesional no especialista y en proceso de formación, máxime sin supervisión alguna. El hecho de la violación al deber de información, constituye una falta en sí de la confianza depositada y violación al deber de fidelidad que todo profesional de la medicina tiene para con su paciente como primordial exigencia de conducta social e individual, dado su rol en la comunidad y su juramento hipocrático (conf. Ghersi Carlos, “Responsabilidad por prestación médico asistencial”, Ed. Hammurabi, pág. 78). Estos criterios fueron recogidos por el legislador y plasmados en la Ley 26529 de protección a los derechos del paciente, sancionada en octubre de 2009.

VI. Como anticipara en el apartado precedente, constituye un hecho relevante a destacar es que la actora fue diagnosticada, operada y continuó su atención con un médico que, si bien era cirujano, no era especialista en Oftalmología, a pesar de que en su sello constaba “Oftalmología” y que se desempeñaba en un Hospital Oftalmológico. En efecto, la actora fue

tratada por el Dr. M. durante el año 2001, pero el mentado profesional recién terminó de cursar la especialización en oftalmología en diciembre de 2002 (ver fs. 845).

Tampoco consta que hubiera sido tratada u operada por la gente de la Sección Glaucoma. Adviértase que de fs. 872 surge que en el año 2001, en la Sección Glaucoma los profesionales médicos encargados eran Grigera, Moldes, Morales y Preto. El resto eran residentes, becarios y concurrentes (es decir, requerían supervisión). Surge también del punto 3 de dicho informe que los pacientes no estaban a cargo de ningún médico en particular, salvo que tuviera indicación quirúrgica (tal el caso de la actora) o fuera grave. En tales condiciones, más allá de que pueda ser una práctica habitual consignar en el sello la especialidad del Servicio y no del médico (por eso "Oftalmología" y no "Oftalmólogo", sin entrar a indagar si ello colisiona no con los arts. 20 y 21 de la Ley 17132) no se llega a entender –ni han hecho los demandados esfuerzo alguno por explicarlo- de qué manera la actora fue atendida y operada por el Dr. M., sin ningún tipo de supervisión. Particularmente debe ponerse de resalto que en el citado informe de fs. 872 se consigna que "...si la cirugía que precisa realizarse es exclusivamente de glaucoma y el paciente no es seguido de inicio por un cirujano, se designa o se deriva a un cirujano perteneciente al servicio (o habilitado para operar glaucoma por haberse capacitado en el mismo, según un registro de tutores o cirujanos habilitados), que estará a cargo del estudio preoperatorio, del procedimiento en si mismo y del postoperatorio..." (el destacado me pertenece).

En virtud de las falencias apuntadas en los puntos precedentes, y de la apuntada teoría de las cargas probatorias dinámicas, es en cabeza de los demandados que recaía la responsabilidad de aportar mayores elementos de juicio que permitieran echar luz sobre la situación por la cual la actora perdió la visión de su ojo (CNCivil, Sala D, 24/5/90, LL 1991-D-469, voto del Dr. Bueres). Ni el demandado M., ni la demandada R. (Directora del Hospital donde el Dr. M. de desempeñaba) ni el mismo GCBA se hacen cargo en ningún momento de esta circunstancia, a pesar de encontrarse expresamente admitida por el nosocomio (ver fs. 847). Ninguno de los demandados supo explicar en calidad de qué el Dr. M. atendió y operó a la actora o su capacitación para operar glaucoma (conf. inf. fs. 872), tampoco surge del protocolo quirúrgico que el "ayudante" fuera uno de los médicos mencionados a fs. 872. Aún considerando el mejor de los supuestos (esto es, que el Dr. M. la hubiera atendido como residente), lo cierto es que el Reglamento de Residencias vigente en esa fecha (aprobado por Res. 389/89 del Ministerio de Salud de la Nación) no admitía su actuación autónoma, es decir, sin que existiera supervisión.

Máxime considerando que el Sr. M., si culminó la especialización en el año 2002, durante el año 2001 no podía ser más que un residente o concurrente del Hospital. Así, el art. 2° del Anexo I aprobado por la mentada resolución establecía que "Las Residencias de Salud, cualquiera sea su especialidad u orientación, se desarrollarán según un programa educacional predeterminado...mediante la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de complejidad". A su turno, el art. 3° reza "Serán funciones y obligaciones técnicas del residente: Desarrollar las tareas que se le asignen bajo la supervisión de los profesionales de planta...Cumplir las indicaciones del Servicio formuladas por los respectivos responsables, en lo referente a los aspectos técnicos de su función...Consultar obligatoriamente frente a un problema cuando la complejidad del caso lo exija...". Cabe aquí traer también a colación el Código de Ética de la Confederación Médica Argentina (al que la CSJN en algunas

oportunidades ha recurrido) y que establece que “...En caso de intervención quirúrgica es el cirujano especialista a quien corresponde fijar la oportunidad y lugar de su ejecución...” (art. 69) y que “... El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro colega competente en la materia” (<http://www.comra.org.ar/assets/images/cms/244137d29d571505be194a4573ae33cb.pdf>).

Nada de ello parece haberse realizado en autos. Huelga destacar que al no surgir la intervención de otro profesional especializado de la HC (con relación al diagnóstico de glaucoma y operación de trabeculectomía en el ojo derecho de la actora), era carga de los demandados probar que la actividad desplegada por el Dr. M. contaba con la adecuada supervisión.

VII. Tenemos hasta aquí acreditados tres hechos graves: a) la Historia Clínica original desapareció, y sólo hay un duplicado incompleto; b) No se le requirió a la actora consentimiento informado para practicarle la trabeculectomía del ojo derecho; c) el médico que diagnosticó, operó y trató a la actora en el posoperatorio no era especialista en oftalmología ni recibió adecuada supervisión. No puede descartarse tampoco la circunstancia de que el año anterior la actora había sido operada por la misma cuestión del otro ojo (cirugía que estuvo a cargo de otro profesional) y tuvo una recuperación exitosa (para el cuadro que presentaba, por supuesto). Si bien no es esto sólo –en sí mismo- un elemento definitorio, en el marco de las irregularidades que he venido desarrollando debe ser considerado como un elemento más que permite formar convicción sobre la existencia de alguna falla en el marco de la intervención quirúrgica efectuada.

En cuanto al dictamen pericial, sus conclusiones –en lo que refiere al diagnóstico, operación y post operatorio de la actora por su ojo derecho en el año 2001- no pueden tenerse por definitivas pues fue efectuado sobre la base de una historia clínica duplicada e incompleta y en donde el parte de cirugía fue efectuado por el mismo co demandado M. (que, como ya expusiera, no era de los médicos habilitados para operar). Es decir, el perito concluye que la operación fue exitosa pero basado en el diagnóstico y en el parte de cirugía firmado por el Dr. M., sin el aval de ningún especialista. Tampoco puedo soslayar el hecho de que el Sr. Perito se ocupa de resaltar las fallas graves de las que adolece la HC en la cual se fundó (ver fs. 984) y que “No existía anormalidad corneal en el ojo derecho antes de la cirugía del 29/8/01” (fs. 984 vta.).

Sobre el punto, y en base a las circunstancias ya expuestas, considero que deben relativizarse las conclusiones expuestas por el Sr. Perito a fs. 974/87 en cuanto a que la operación habría resultado exitosa (punto 10), pues el mismo profesional admite que para efectuarla debe tenerse conocimiento de la técnica adecuada (punto 9), lo que no tenemos acreditado en autos. Tampoco podía meritar la presión intraocular del ojo derecho antes de la cirugía, pues es un dato inexistente en la HC (ver fs. 983) En ese marco, las reglas de la sana crítica me permiten apartarme fundadamente (Cam CAyT, Sala II “Santillán, Tito Durgelio c/ GCBA y otros”, expte. nro. 26489/0), pues debo hacer una ponderación global de todos los elementos de juicios arrimados a la causa. La apreciación de dictamen pericial debe efectuarse ponderando, entre otras cuestiones, la vinculación con los hechos debidamente comprobados en la causa (Falcón, Enrique “Código Procesal Civil y Comercial de la Nación”, Ed. Abeledo

Perrot, Bs. As., 2010, T. V, pag. 467). Adviértase además que todos los otros tratamientos que se le realizaron a la actora tuvieron buen resultado y buena recuperación, salvo la trabeculectomía del ojo derecho practicada por el Dr. M. (fs. 985, punto 4).

VIII. En este punto del análisis resulta oportuno recordar que, según el principio que fluye de lo normado por el último párrafo del art. 145 del CCAyT (concordante con el inc. 5º del art. 163 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación), las presunciones judiciales, para adquirir idónea eficacia probatoria, deben reunir ciertos requisitos que atañen al logro de la mayor certeza posible en cuanto a la existencia del hecho que se trata de conocer. Así, según lo dispone la norma procesal local, fundarse en hechos reales y probados, y producir convicción según la naturaleza del juicio y las reglas de la sana crítica, por su número, precisión, gravedad y concordancia (Ammirato, Aurelio, en Código Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad de Buenos Aires. Comentado y Concordado, Carlos F. Balbín (director), LexisNexis, Buenos Aires, 2.003, comentario al art. 145, pág. 349, núm. 9; Palacio, Lino Enrique, Derecho Procesal Civil, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1993, Tº V, núm. 665, págs. 450 y sgtes.; conf. Cam CAyT, Sala II, “Hammerschmidt de Rolle, Juana Eleonora c/ G.C.B.A. s/ daños y perjuicios (excepto resp. médica)”, EXP 6434/0, febrero de 2008) En esta línea se ha sostenido que la presunción constituye un caso de inversión de prueba, porque favorece a quien la invoca y pone a cargo de la otra parte la prueba en contrario.

El indicio es una prueba crítica o lógica e indirecta, que consiste en una circunstancias de hecho conocida, de la cual se induce otro hecho desconocido, mediante una operación lógica basada en normas generales de experiencia (Kielmanovich, Jorge “Medios de Prueba”, Ed. Abeledo Perrot, Bs. As., 1993, pag. 399/407 y sus citas). En este estado de situación, cabe concluir que –más allá de la patología de base que presentaba la actora- hubiera podido mejorarse su pronóstico y evolución de haber sido tratada y operada por un médico especializado, o por lo menos si el médico tratante (no especialista) hubiera contado con la adecuada supervisión exigida por la ley. No puede olvidarse que en el caso estamos hablando de una secuela grave, como es la pérdida absoluta de visión de un ojo.

IX. En este contexto, la responsabilidad del Dr. M. surge prístina por haberse hecho cargo de operar a la actora de su ojo sin que haya acreditado su efectiva formación para hacerlo. Al respecto, Bueres es contundente: “La decisión de un médico de asumir una tarea de asistencia u operación al paciente sin consultar un especialista cuando ello, por cierto, era razonablemente justificado, importa un proceder culposo. Esta regla es universal en cuanto a vigencia pretoriana. La jurisprudencia francesa particularizó que la consulta al especialista se impone si el facultativo asistente carece de competencia para llevar a cabo, por ejemplo, un acto quirúrgico...” (Bueres, Alberto, “Responsabilidad Civil de los Médicos”, Ed. Hammurabi, 2º ed, Bs. As., 1994, pag. 156).

Es importante tener en cuenta que la normativa vigente establece que “la ejecución de los actos de progresiva complejidad encomendados al médico residente en cumplimiento de los programas de residencias, se desarrollarán bajo su propia responsabilidad profesional, sin perjuicio de la responsabilidad que eventualmente pueda recaer sobre el instructor que hubiera dispuesto su realización” (art. 16, ley 22.127). “El médico residente debe conocer sus limitaciones y hacer un uso racional de su propia autonomía formativa, fruto de sus años de

residencia al superar las correspondientes evaluaciones. El médico residente debe conocer sus limitaciones y hacer un uso racional de su propia autonomía formativa, fruto de sus años de residencia al superar las correspondientes evaluaciones.... Ya sea por llevar a cabo por su cuenta una intervención que según su programa y año de formación no le estaba permitida; ya sea por actuar sin respetar o consultar, o esperar las indicaciones o el apoyo de su tutor, instructor o jefe. Los daños generados en tales condiciones son de su exclusiva responsabilidad.

Algunos autores también contemplan la extralimitación del Hospital o del Sistema de Salud, cuando se le obliga realizar al médico residente tareas no adecuadas a su nivel formativo" (Vítolo Fabián "La responsabilidad del médico residente", http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/45.pdf).

X. Estimo que también asiste responsabilidad de la Dra. R. en su calidad de Directora del Hospital. Ello así pues las tres circunstancias no refieren al desempeño profesional del médico tratante sino a un sistema organizativo que a todas luces era irregular. Como Directora del Hospital, tenía la obligación de velar por la correcta administración del nosocomio, extremo que no puede considerarse cumplido si se admite que una persona sea operada por un médico que no completó su formación. Justamente, dentro de las mismas funciones reglamentarias citadas por la co-demandada a fs.198 está la de "Supervisar la administración del personal, material y servicios de acuerdo a las reglamentaciones y normas vigentes". Por otro lado, si su responsabilidad es respecto a la organización administrativa del nosocomio, incluye la correspondiente a la pérdida de la historia clínica y las deficiencias en cuanto a los mecanismos para brindar el consentimiento informado.

Además, la Dra. R. tampoco alegó –mucho menos probó– que el Dr. M. actuara en el marco de un equipo de trabajo, o que existiera un Jefe de Servicio que pudiera responder por la falta de supervisión adecuada. No se ha acreditado que en el Hospital dirigido por la co demandada existiera un control preciso de qué profesional y en qué condiciones se designaba al médico encargado de operar a los pacientes. Nótese, asimismo, que de acuerdo con el acto administrativo de designación (fs. 153) la Dra. R. retenía su cargo de Jefa de Departamento de Coordinación Consultorios Externos y Emergencias, por lo que su responsabilidad también estaría comprometida al haber permitido que el diagnóstico y tratamiento de la actora –efectuado por consultorios externos (ver fs. 5 HC)- fuera llevado a cabo por un médico que no era oftalmólogo y sin adecuada supervisión.

XI. Ello nos permite tener por configurada la responsabilidad objetiva del GCBA por falta de servicio, definida por la Corte Suprema de Justicia de la Nación como "el funcionamiento irregular o defectuoso del servicio público hospitalario - llevado a cabo por un órgano integrante de la administración de la provincia demandada- por no cumplirse de manera regular las obligaciones emanadas de las normas jurídicas que lo establecen y reglamentan; materia que se encuentra incluida en un régimen de derecho público que tiene por propósito asegurar la adecuada prestación del servicio de salud pública, en función del fin para el que ha sido establecido. Este régimen encuentra su fundamento, pues, en principios extraños a los propios del derecho privado" (Fallos: 329:2737). En esa misma línea, el Máximo Tribunal sostuvo en Fallos: 322:1393: "... quien contrae la obligación de prestar un servicio —en este

caso, de asistencia a la salud— lo debe hacer en condiciones adecuadas para cumplir el fin en función del cual ha sido establecido y es responsable de los perjuicios que causare su incumplimiento o su ejecución irregular (Fallos: 306:2030; 307:821; 312: 343; 315:1892 y 317:1921).

Ello pone en juego la responsabilidad extracontractual del Estado, que se compromete en forma directa, ya que la actividad de sus órganos realizada para el desenvolvimiento de sus fines ha de ser considerada propia de aquél, que debe responder de modo principal y directo por las consecuencias dañosas que son causadas por su actividad (Fallos: 306: 2030 y 317:1921, ya citados). Cabe señalar, asimismo, que el adecuado funcionamiento del sistema asistencial médico no se cumple tan sólo con la yuxtaposición de agentes y medios o con su presencia pasiva o su uso meramente potencial, sino que resulta imprescindible, además, que todos ellos se articulen activamente en cada momento y en relación a cada paciente. Porque cada individuo que requiere atención médica pone en acción todo el sistema y un acto en cualquiera de sus partes, sea en lo que hace a la faz de la prestación médica en sí como a la faz sanitaria, sea en el control de una y otra, en la medida que pudiera incidir en el restablecimiento del paciente, demorándolo, frustrándolo definitivamente o tornándolo más difícil, más riesgoso, más doloroso, necesariamente ha de comprometer la responsabilidad de quien tiene a su cargo la dirección del sistema y su control (Fallos: 306:178; 317:1921, ya citado)" (06-07-1999, "Schauman de Scaiola, Martha Susana c. Santa Cruz, Provincia de y otro s/ daños y perjuicios").

XII. Sobre la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por la Caja de Seguros SA con relación a los límites de cobertura de la póliza contratada por la Dra. R., con fundamento en que sólo alcanzaba su actividad como profesional médica y no como Directora del Hospital (diferida a fs. 623/4), cabe destacar que – contrariamente a lo expuesto por la Dra. R. a fs. 303- ella mantuvo el cargo de Jefa de Departamento de Coordinación Consultorios Externos y Emergencias, mientras ejercía además como Directora (ver acto de designación de fs. 153). Por otro lado, en el texto de la póliza se consigna que se cubren los riesgos inherentes a la responsabilidad "...en que incurra como consecuencia del ejercicio de su profesión de médico... y actuando habitualmente en la especialidad o especialidades que se detallan..." (fs.250 y 258, art I-A).

Empero, no se detalla ninguna especialidad. La pretendida exclusión de responsabilidad tampoco surge de la cláusula 4 de las Condiciones Generales (fs. 253/4) ni de los anexos 5 y 6 (ver fs. 262/3). Es más, la aseguradora hace hincapié en el art. 1-A ya citado pero omite referirse al art. 1-B, según el cual "...el asegurador se obliga a mantener indemne al asegurado... emergente de sus actividades profesionales, pero no imputable a hechos de mala praxis..." (fs. 258). Entiendo que en el caso, este precepto resulta aplicable, pues a la Dra. R. se le imputa responsabilidad esencialmente en su calidad de Directora del Hospital, hecho vinculado con su desarrollo profesional. Por ende, la excepción puesta por la Caja de Seguros SA no tendrá favorable acogida. Ello sin perjuicio de hacer notar que en nada sustancial se modifica la situación, puesto que la misma compañía actúa como aseguradora del co demandado M., también sindicado como responsable del hecho de autos.

XIII. Cabe entonces adentrarse en el análisis de la procedencia y cuantía de los rubros indemnizatorios reclamados. Ha de tenerse presente por tanto que para justipreciar el quantum de la indemnización no existen fórmulas matemáticas ni procedimientos objetivos rígidos e inflexibles sino que estos responden al prudente arbitrio de los magistrados en la valoración de los elementos de juicio allegados a la causa (conf. CSJN Fallos: 183;247 y 191:264).

a) **INCAPACIDAD SOBREVINIENTE:** Teniendo en cuenta las circunstancias de la actora cabe recordar que "cuando la víctima resulta disminuida en sus aptitudes físicas o psíquicas, de manera permanente esta incapacidad debe ser objeto de reparación al margen de que desempeñe o no una actividad productiva, pues la integridad física tiene por 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 vida" (Fallos: 308:1109; 310:1826; 322:2658 y 326:1910).

Por lo demás, "el daño psíquico no constituye un daño autónomo, sino un aspecto dentro del rubro incapacidad sobreviniente, pues configura una disminución de aptitudes con repercusión en el patrimonio y la vida de relación del damnificado. Por ello es aplicable el criterio para la estimación del daño por incapacidad sobreviniente, que comprende no sólo las limitaciones en el ámbito laboral específico, sino también la capacidad laborativa genérica y el desarrollo normal de la relación (CNCiv., Sala J, Dic. 11-997 "DGB c/ FFCCAA", LL 2/9/98). De tal suerte, en este rubro han de analizarse en forma conjunta las pretensiones de la actora inherentes al daño físico y al daño psíquico. Al respecto, el informe psicológico de fs. 762/5 concluye que "...el hecho de marras fue un estresante grave que quebró el equilibrio de su aparato psíquico, generando en la examinada un empeoramiento de su cuadro psicopatológico...", estimando una incapacidad del 25%. En cuanto a la incapacidad física, ha sido estimada por el Sr. Perito en casi un 70%, pero considerando el estado de ambos ojos. Ahora bien, no puede evitar ponderarse también que la actora presentaba un cuadro grave de visión en ambos ojos en forma previa a la intervención del Dr.M., por lo cual su visión no era óptima en forma preexistente al hecho de marras.

Por otro lado, el déficit de la visión en el ojo izquierdo no es materia de autos. Es decir que, en el caso, sólo debo ponderar la diferencia entre una visión desmejorada y una ceguera total en el ojo derecho. De acuerdo con lo expuesto, estimo procedente reconocer a la actora por este rubro la suma total a valores actuales de setenta mil pesos (\$70.000,00).

b) **DAÑO MORAL:** En esta línea, es apropiado traer a colación que aquel "...se proyecta sobre derechos subjetivos extrapatrimoniales, consiste en el sufrimiento causado como dolor, o como daño en las afecciones" (confr. Alterini, Atilio A., Ameal, Oscar J. y López Cabana, Roberto M., "Derecho de Obligaciones Civiles y Comerciales", Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1995, pág. 289). Asimismo, importa "una minoración en la subjetividad de la persona, derivada de la lesión a un interés no patrimonial. O, con mayor precisión, una modificación disvaliosa del espíritu, en el desenvolvimiento de su capacidad de entender, querer o sentir, consecuencia de una lesión a un interés no patrimonial, que habrá de traducirse en un modo de estar diferente de aquel al que se hallaba antes del hecho, como consecuencia de éste y anímicamente perjudicial" (Pizarro Ramón Daniel, "Daño Moral", pág. 47, citado en el fallo

CNCiv., sala K, “Bar, Liliana c/ América TV SA s/ daños y perjuicios”, el 22/03/2006). La finalidad perseguida para resarcir este ítem radica en “...la satisfacción por medio de sucedáneos de goce, afección y mitigación al sufrimiento emocional y físico de los bienes espirituales afectados” (confr. CNCiv., sala C, “Núñez, Jorge Alberto c/ Gaynor Eduardo Jorge s/ daños y perjuicios”, del 13/05/99). “La indemnización cumple una función resarcitoria, pero ello no es óbice para que en el caso del daño moral, esa función sea satisfactiva para la víctima. Ella, por lo obtenido como reparación del perjuicio experimentado, paliará éste con placeres o ventajas que subsanarán en sus sentimientos o en su espíritu la situación disvaliosa padecida” (CNCiv., sala K, “Bar, Liliana c/ América TV SA s/ daños y perjuicios”, el 22/03/2006).

Ello así, a los efectos de establecer una indemnización, tiene que preverse que el resarcimiento debe guardar razonable relación con las proyecciones de la persona en sus esferas existencial y psíquica, de sus padecimientos, de su dolor físico, de sus miedos, angustias y sufrimientos. La reparación “integral” del daño moral puro, por ende, no puede resolverse sino en términos de aproximación, tanto desde la perspectiva del daño mismo, cuanto desde la perspectiva de la indemnización, pues el monto que se fije no puede representar ni traducir el perjuicio ni sustituirlo por uno equivalente (confr. Zavala de González, Matilde, “Cuánto por daño moral”, LL, 1998-E-1061; Peyrano, Jorge W., “De la tarifación judicial iuris tantum del daño moral”, J. A. 1993-I-880). Bajo esos parámetros, “...el quantum indemnizatorio debe tomar en consideración la razonable repercusión que el hecho dañoso ha provocado” (confr. CNCiv., sala F, “Arias, Miguel Segundo Félix c/ Clínica Dussaut S.R.L. y otros s/ daños y perjuicios”, el 15/11/04).

Entonces, ceñido este aspecto a un ámbito específico independiente de cualquier resarcimiento de índole patrimonial, la indemnización por este concepto debe estar dirigida a compensar aquellos padecimientos que hayan afectado el orden interno de la damnificada, en virtud de determinados sucesos que pudiesen repercutir en el equilibrio emocional o emotivo del ser humano. Es decir, con el resarcimiento se intentaría reparar el resultado de una circunstancia –hecho dañoso- provocada por un tercero que, en principio y de acuerdo con el devenir natural de los acontecimientos, la persona no se encontraría preparada para absorber, sin que ello produjese una afección a su aspecto espiritual.

Considero que, para al menos encontrar un punto de referencia para entender este concepto de tan difícil definición en el ámbito jurídico, podría traducirse el significado de “espíritu” en su siguiente acepción: “Vigor natural y virtud que alienta y fortifica el cuerpo para obrar” (confr. diccionario de la Real Academia Española). Y, a partir de ello, considerar que lo que en definitiva pudo verse afectado para la actora es su ánimo, valor, esfuerzo y otras condiciones asimilables que naturalmente poseen las personas. Ha dicho la Jurisprudencia que: “Deben indemnizarse pecuniariamente los dolores o sufrimientos íntimos que caracterizan al daño moral, debido a la inexistencia de otro medio apto para mitigar el dolor de la víctima”, y que: “Para obtener indemnización del agravio moral sufrido no es necesaria su demostración, ya que la prueba de la producción del hecho ilícito y la relación causal son elementos suficientes para determinar la procedencia del reclamo.” (Conf. CNCiv.Sala J, junio 11-992 “MCR c/ MCBA” LL 1994-269 y s.s.).

En tal sentido, adhiero a lo sostenido en cuanto a que “El daño moral es aquel que, a diferencia del material, afecta los sentimientos íntimos del sujeto. Para su verificación se requiere que el magistrado forme su íntima convicción sobre la idoneidad del hecho generador para producir el agravio que se alega. Ello, toda vez que el sufrimiento y el dolor no pueden ser objeto de prueba” (Cam. Fed. Cba. Sala B. Mayo 2-997 “López c/ Universidad de Córdoba”, LLC 1998-282). Es que –más allá de la gravedad del cuadro que pudiera presentar la Sra. S.- existieron circunstancias que pudieron razonablemente producir alteraciones en su ánimo y que merecen ser indemnizadas. Ello así, pues la incertidumbre lógica tras padecer varios días con los ojos vendados, la imposibilidad de asistir a su trabajo, las lógicas dificultades para desenvolverse en la vida cotidiana, generan mortificaciones extras al ya de por sí complicado trance. Por ello y de conformidad con el art. 148 del CCAyT, estimo razonable que se reconozca a la Sra. S. la suma de treinta mil (\$30.000) en concepto de daño moral.

c) GASTOS MEDICOS, FARMACIA Y MOVILIDAD: Ha dicho la jurisprudencia que “La procedencia del resarcimiento de gastos de asistencia médica, honorarios, medicamentos, etc.,... no requiere necesariamente la presentación de recibos ni facturas; lo que sí es menester es que los gastos invocados guarden relación con las lesiones sufridas por la víctima y encuentre apoyatura en informes médicos, quedando sus montos librados al prudente arbitrio judicial.” (“Angriman de Garcia Torres, Adelina C/ Peralta, Jose S/ Sumario” 27/05/1991). En ese orden de ideas, el resarcimiento de los gastos farmacia y traslado es procedente cuando existe daño psicofísico, pues se presume la necesidad de su erogación, máxime cuando la víctima no cuenta con obra social, y a pesar de que se atiende en establecimientos públicos. Por ello estimo razonable que se reconozca a la actora por este rubro la suma de pesos diez mil (\$10.000), conforme lo dispuesto por el art. 148 del CCAyT.

d) GASTOS TERAPEUTICOS FUTUROS: No se ha acreditado la necesidad de efectuar tratamientos futuros. De hecho, el Sr. Perito sostuvo que el cuadro del ojo derecho es irreversible y que la medicación es a efectos de paliar el dolor. Por ende, el rubro reclamado no puede prosperar.

e) LUCRO CESANTE: En este aspecto, la accionante no probó que perjuicio económico habría tenido durante el tiempo transcurrido en la recuperación de su lesión. Así, no quedó demostrado en autos que la Sra. S. trabajara en forma independiente, o su nivel de ingresos. Tampoco puede soslayarse lo ya dicho en punto a que la patología de base de la actora existía y su evolución no era favorable. Así las cosas, entiendo que resulta aplicable al caso la doctrina sentada por la Corte Suprema en autos “Sandler Héctor c/ Nación Argentina” (Fallos 318:2228), que “...la determinación del lucro cesante se sustenta en la prueba de la actividad productiva que se desarrollaba, de las ganancias que por ella se percibía y del impedimento temporal que habría obstado a su continuación, infiriéndose que, según el curso ordinario de las cosas, los beneficios habrían subsistido en ese período de no haber mediado ilícito...”. De acuerdo con lo expuesto, no ha de prosperar el reclamo por este concepto. XIV. Los montos establecidos son reconocidos a valores actuales. Hasta su efectivo pago, deberán adicionarse intereses de acuerdo a lo previsto en el fallo plenario de la Cámara del Fuero “Eiben, Francisco c/ GCBA”, del 31/5/2013.

Por todo ello, FALLO:

1°) Desestimar la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por la Caja de Seguros SA. Con costas (art. 63 CCAyT).

2°) Hacer lugar a la demanda impetrada por J.S. contra el GCBA, el Dr.G.M., la Dra. G.M.R. y Caja de Seguros SA –como citada en garantía-, en los términos que surgen de los considerandos que anteceden. Con costas (art. 62 CCAyT).

3°) Regular los honorario correspondientes a la dirección letrada de la actora en la suma de treinta mil pesos (\$30.000) y los del Sr. Perito en la suma de ocho mil pesos (\$ 8.000). Ello considerando la importancia de la labor profesional desarrollada, su incidencia en el pleito y las etapas procesales cumplidas, de conformidad con lo dispuesto por los arts. 1, 17, 23, 29 y ccds. Ley 5134). Asimismo, corresponde regular los honorarios a favor de la dirección letrada de la Dra. R. por su intervención en la excepción desestimada en el punto 1°, en la suma de cinco mil pesos (\$5.000, art. 49 Ley 5134). Dichas sumas deberán ser depositadas en el término de diez días (art. 56 Ley 5134). Regístrese y notifíquese. Oportunamente, devuélvase la documentación reservada y archívese.

judicial