

Mala Praxis Medica Intervencion Quirurgica Quiste Oseo Fractura De Hueso

JURISPRUDENCIA

Mala praxis médica. Intervención quirúrgica. Quiste óseo. Fractura

de hueso Se confirma la sentencia que rechazó la demanda de daños y perjuicios por mala praxis médica deducida con motivo de la fractura del hueso húmero que sufriera la actora durante la intervención quirúrgica que se le efectuó para la extraerle un quiste óseo, por ser un hecho relativamente frecuente en la patología tumoral que presentaba. En la ciudad de La Plata, a los

2 días del mes de Febrero de 2016, reunidos en Acuerdo Ordinario los Señores Jueces de la Sala Primera de la Cámara Segunda de Apelación, Doctores Jaime Oscar López Muro y Ricardo Daniel Sosa Aubone, para dictar sentencia en los autos caratulados:

"GOMEZ BLANCA JOSEFINA C/ GARAT DIEGO Y OTRO/A S/DAÑOS Y PERJ.RESP.PROFESIONAL (EXCLUIDO ESTADO)" (causa: 119108), se procedió a practicar el sorteo que prescriben los artículos 168 de la Constitución de la Provincia, 263 y 266 del Código Procesal, resultando del mismo que debía votar en primer término el doctor Sosa Aubone. LA SALA RESOLVIO PLANTEAR LAS SIGUIENTES CUESTIONES: 1ra. ¿Es justa la apelada sentencia de fs. 404/413? 2da. ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar? VOTACION A la primera cuestión planteada el doctor Sosa Aubone dijo: I. Antecedentes. 1.1. A fs. 12/16 se presentó la Sra. Blanca Josefina GÓMEZ, por su propio derecho, interponiendo demanda de

daños y perjuicios por mala praxis médica contra el Dr. Diego A. GARAT y la clínica privada IPENSA por la suma de \$ 95.000 y/o lo que en más o en menos resulte de las pruebas de autos, más intereses. Dice que habiéndosele diagnosticado la existencia de un quiste óseo en la cabeza del húmero derecho, fue intervenida el día 27/3/2009 por el Dr. Diego GARAT en la clínica IPENSA, a fin de extraerle el mismo y realizar un injerto con material de su propia cadera; y que durante la cirugía el accionar del galeno le produjo la fractura del hueso húmero, por lo que se le debió colocar una prótesis y clavos de fijación para superar la lesión, a raíz de lo cual quedó con una incapacidad (limitación de movilidad, pérdida de fuerza, dolores) y la necesidad de una nueva intervención quirúrgica. Reclama las sumas de \$ 45.000 por incapacidad sobreviniente, \$ 10.000 por gastos médicos, \$ 5000 por tratamiento terapéutico, y \$ 35.000 por daño moral. A fs. 47 la actora amplía demanda. 1.2. La demanda es resistida por los accionados (fs. 85/92 y 71/77), quienes niegan toda responsabilidad en el hecho por haber actuado con la conducta debida. Explican que la complicación más frecuente del quiste óseo es la fractura patológica. A fs. 104/119 contestó la citada en garantía. 1.3. Al dictar sentencia, el Sr. Juez a quo no encontró elementos para atribuir al obrar médico responsabilidad alguna, y resolvió: 1)

Rechazar la demanda de daños y perjuicios promovida por Blanca Josefina Gomez contra Diego Garat y el sanatorio IPENSA; 2) Eximir de responsabilidad a la citada en garantía; 3) Rechazar la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por TPC Compañía de Seguros S.A.; 4) Imponer las costas de la acción principal que se rechaza a la actora en su calidad de vencida y con los alcances previstos en el art. 84 del C.P.C.C. 1.4. Contra esa forma de decidir apeló la actora (fs. 418), quien expresó agravios a fs. 427/434, los cuales fueron contestados a fs. 436/440 vta. (Garat) y 441/444 (IPENSA). 1.5. A fs. 448 se llaman autos para sentencia, providencia que se encuentra firme y consentida. II. Los agravios. 2. El recurrente comienza su crítica aludiendo a la necesidad de proteger al más débil, al consentimiento que prestó la actora para la intervención quirúrgica, para culminar expresando que no se realizó relleno con injerto de material propio ni con cemento, sino que se le colocó un clavo que en el accionar produjo una fractura. Culmina expresando que el sentenciante tuvo por cumplido erróneamente el consentimiento del paciente. Considera que yerra el sentenciante cuando considera que el material de esteosíntesis se requirió en prevención a que aconteciera la fractura y que fue decisión del galeno no rellenar con cemento ni realizar injerto, lo cual hubiera evitado la fractura generada a través del uso de un clavo endomedular macizo. Agrega que el contenido de la hoja quirúrgica es diferente al que expresaron los peritos. La disconformidad de la actora se centra, en lo sustancial, en que el sentenciante siguió la pericia médica sin cotejarla con la Hoja quirúrgica y en que la decisión de colocar un clavo endomedular fue errónea, ya que no se hubiera producido la fractura (punto III).

Luego argumenta en orden al incumplimiento del consentimiento informado (punto IV). En función de ello pide que se revoque el fallo apelado y se haga lugar a la demanda. III. Análisis de los agravios. 3.1. Introducción. 3.1.1. Dando inicio a la tarea revisora, anticipo que el recurso no puede abrirse camino, pues la accionante no demuestran la existencia de error in iudicando que permita variar el resultado en la sentencia puesta en crisis. 3.1.2. Siendo que la actuación médica cuestionada y daño esgrimido ocurrieron bajo la vigencia del Código Civil -esto es antes del 1/8/2015, fecha en que entró en vigencia en nuevo Código Civil y Comercial de la Nación conforme leyes 26.994 y 27.077-, la responsabilidad se rige por la normativa vigente al momento del hecho, por lo que no se aplica al respecto el nuevo código (arts. 3, 499, 505, 514, 901, 902, 903, 904, 905, 1066, 1067, 1068, 1069, 1083, 1086, 1109, 1113 y ctes., Código Civil; 7, C.C.C.N.). 3.2. Plataforma fáctica. No es ocioso destacar que el a quo consideró que de las constancias de autos (demanda de fs. 12/16, Historia Clínica de fs. 20/30, contestación de IPENSA de fs. 71/77, del

codemandado Garat a fs. 85/92 y de la citada en garantía a fs. 104/119), surge que el día 27 de marzo de 2009 Blanca Josefina Gomez fue intervenida quirúrgicamente, por el Dr. Diego Garat, en la clínica IPENSA, con la finalidad de extirparle un quiste óseo que tenía en el hueso húmero derecho. También dijo que, en el acto quirúrgico, el progresar el clavo endomedular, se le produce una fractura, complicación que, independientemente de la técnica a utilizar, es relativamente frecuente (remite a la respuesta de los peritos médicos traumatólogo y clínico y legista de la Asesoría Pericial a los puntos 4 y 5 obrante a fs. 213). Luego expresó que si bien no se cuenta con bibliografía que brinde un porcentaje para tal complicación, para las características del adelgazamiento cortical que tenía el hueso, en la práctica cotidiana era frecuente que ello sucediera (remite a las explicaciones de fs. 257) (fs. 411). Que la propuesta terapéutica y la planificación pre operatoria fueron las correctas, máxime con una fragilidad y debilidad cortical como la que presentaba el tipo de tumor de la accionante (remite a la respuesta pericial 3 a 6 de fs. 214) (fs. 411). Que en esta parcela la pericia se mantuvo inobservada, por lo que tiene probado que ha sido correcta la técnica utilizada por el médico tratante (fs. 411 y vta.). En cuanto al consentimiento informado?, adujo que el documento obrante en autos -que el sentenciante describe a fs. 412 y obra en la Historia Clínica de fs. 20/30-, que no ha merecido desconocimiento alguno, refleja que la actora fue anoticiada de las consecuencias de la práctica quirúrgica a la que iba a someterse. Luego de dejar sentado que la obligación del galeno es una obligación de medios y no de resultados, reitera -con sustento en la pericia médica- que la fractura que padeciera la accionante era una consecuencia probable y frecuente en éste tipo de cirugías, y concluye que la actora no ha logrado probar la culpa del médico demandado, por lo que la demanda debe ser rechazada.

3.3. Análisis puntual de los agravios. Tal plataforma fáctica, que es compartida por el suscripto, no ha sido desvirtuada por el actor, quien contrapone su criterio personal sin lograr desvirtuar la prueba de autos (arts. 260, 261, 266, 375 y 384, C.P.C.C.). Cuando expresa en el punto II de fs. 427 que es necesario tutelar a la parte más débil de la relación jurídica, pierde de vista que ello es insuficiente por sí mismo para determinar el éxito de la demanda. Para que tal crítica prospere debió indicar de qué modo se ha producido un desequilibrio en perjuicio del más débil. En lugar de ello, se limita a expresar que la actora no fue debidamente informada, lo que se contradice con el consentimiento informado? prealudido, y que hubo mala praxis, lo cual no constituye una crítica puntual y concreta del fallo puesto en crisis (arts. 260 y 261, C.P.C.C.). La crítica volcada en el punto III (fs. 428 vta.), en cuanto se refiere a la valoración de la pericia y antecedentes médicos, pierde de vista lo siguiente:

a) Que la actora presentaba un quiste óseo en el húmero derecho, cuya extracción programada se realizó a través de una operación quirúrgica. El quiste ocupaba toda la metáfisis proximal y parte de la diáfisis, habiéndose constatado gran adelgazamiento del hueso cortical, por lo que se decide colocar un clavo endomedular macizo, y al progresar el clavo se constata fractura patológica -aquella que aparece como consecuencia de traumatismos de poca intensidad sobre un hueso patológicamente alterado-;

b) Antes de la operación -tal como surge del informe de TAC de hombro del Hospital Privado Sudamericano del 4/12/2008- la actora presentaba una imagen densa medular de cabeza humeral derecha con afinamiento de corticales (ver lo informado por los peritos a fs. 210 vta.); habiéndose informado en sentido concordante sobre la visualización de una imagen hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 de contornos polilobulados, bien definidos, paredes regulares con un septo fino en su interior que impresiona de aspecto quístico y se localiza a nivel diafiso-metafisario en el húmero derecho (ver lo informado por los peritos a fs. 211). Tales estudios confirman lo manifestado en la hoja quirúrgica sobre el gran adelgazamiento del hueso cortical, que es lo que motivo la colocación del clavo endomedular. Si bien se pudo utilizar hueso de relleno o cemento una vez cureteado el hueso, frente al adelgazamiento del hueso cortical que presentaba la actora, se encuentra justificada la colocación de un clavo endomedular que a su vez se utilizó para estabilizar la fractura patológica producida en el acto quirúrgico (ver fs. 258, respuesta al punto c de fs. 241 vta.). Si bien los peritos de la Asesoría pericial, frente al interrogante: ¿Si no se hubiera producido la fractura durante la operación, se hubiera utilizado el clavo?, contestaron No. Era una posibilidad terapéutica que se evaluó al momento del acto quirúrgico?, ello no puede ser sacado del contexto del resto de la pericia, de donde surge que la colocación del clavo endomedular se justificó -se reitera- frente a adelgazamiento del hueso cortical, por lo que no se observa una decisión equivocada por parte del médico tratante.

c) La articulación en cuestión presentaba signos de desgarro que impresionan de espesor parcial del tendón del supraespinoso con leve acumulación de líquido a dicho nivel, el tendón subescapular presentaba discretos cambios de tendinosis, y el tendón de la porción larga del bíceps (ver lo informado por los peritos a fs. 211). Pese a tal patología de base (esto es previa al acto quirúrgico), y a la imposibilidad de determinar con los elementos de autos su incidencia en el grado invalidante, la patología producida durante el acto quirúrgico -fractura patológica- no es excluyente del resultado final de incapacidad (incapacidad del 15% por las secuelas funcionales del hombro derecho) (ver fs. 257 vta., respuesta al punto 8 de fs. 117);

d) La fractura producida al progresar el clavo endomedular, por ser un hecho relativamente frecuente en la patología tumoral que presentaba la actora, no surge producto de la mala praxis? del médico tratante (ver lo informado por el perito a fs. 213). Tal es así que los perito médicos traumatólogo y clínico y legista de la Asesoría Pericial concluyen que, de acuerdo al diagnóstico (quiste óseo), la intervención quirúrgica fue correcta (fs. 213 vta., respuesta punto 2 de fs. 77), e infieren que la técnica quirúrgica, desde el punto de vista técnico,

ha sido correcta y adecuada al tipo de patología (fs. 213 vta., respuesta punto 3 de fs. 77); que el hecho de resolver la patología de la actora con material de osteosíntesis habla de una planificación del acto quirúrgico (fs. 213 vta., respuesta punto 4 de fs. 77); que la colocación del clavo endomedular fue correcta de acuerdo al diagnóstico, característica de la lesión y anatomía de la actora (fs. 213 vta., respuesta punto 5 y 6 de fs. 77); que la propuesta terapéutica y la planificación preoperatoria fueron correctas, de acuerdo a la documentación médica (fs. 214, respuesta al punto 5 de fs. 91 vta.); y que la osteosíntesis endomedular está descripta dentro del arsenal terapéutico del quiste óseo, máxime con una fragilidad y debilidad cortical como la que presentaba el tipo de tumor que portaba la actora (fs. 214, respuesta al punto 6 de fs. 91 vta.); e) Que las lesiones metafisio-diafisarias que comprometen a las articulaciones, una vez tratadas exitosamente, pueden dejar algún grado de déficit (ver fs. 214 vta., respuesta al punto 8 de fs. 91 vta.); f) Que las complicaciones que presentara la paciente (fractura del húmero en las circunstancias apuntadas y con la patología de base diagnosticada), son factibles a pesar de una técnica depurada como la implementada; que en centros médicos a nivel nacional e internacional se encuentran descriptas complicaciones similares (fs. 257, respuesta a los puntos 3, 4, 5 y 7 de fs. 117); y que es imposible garantizar que dichas complicaciones no se presenten (fs. 257, respuesta al punto 6 de fs. 117). Si bien los peritos médico traumatólogo y clínico y legista de la Asesoría Pericial no han encontrado en la bibliografía en que porcentajes sucede tal complicación, han explicado que para las características del adelgazamiento cortical que tenía el hueso tal complicación se presentó como característica (fs. 257 vta./258, respuesta al punto b de la impugnación de fs. 241 vta.). La fuerza convictiva de la pericia realizada en autos, en orden a la inexistencia de negligencia médica, que fue adecuadamente ponderada por el sentenciante, se encuentra reforzada al tratarse de un experto de la Oficina Pericial de los Tribunales, de cuya capacidad e imparcialidad no hay razones para dudar (esta Sala, A. 42.263 rsd. 388/93, 7/12/93; B. 76.445, rsd. 117/94, 9/7/94, B. 81.891, rsd. 343/95, 4/12/95). Por último, las manifestaciones realizadas en el punto IV, en orden al ?consentimiento informado?, se desentienden de los fundamentos dados en la instancia de origen (fs. 411 vta./412 vta.). Tratándose de una operación programada con antelación, el hecho de haber firmado la pieza obrante a fs. 64 (titulado ?consentimiento médico terapéutico informado?), el mismo día de la intervención, no hace a la mala praxis esgrimida en la demanda, al igual que lo demás manifestado en orden al grado de entendimiento que tuvo la actora sobre el contenido de dicho documento (ello sin perjuicio de que esta última temática no debería haber sido abordada en esta sede por haber sido recién introducida en oportunidad de expresar agravios -art. 272, C.P.C.C.-). 3.4. Sobre la responsabilidad médica. 3.4.1. No es ocioso destacar que la responsabilidad médica constituye parte especial de la responsabilidad profesional y al igual que ésta se halla sometida a los mismos principios que la responsabilidad en general. Ello quiere decir que cuando el profesional médico incurre en la omisión de las diligencias correspondientes a la naturaleza de su prestación asistencial, ya sea por impericia, imprudencia o negligencia, falta a su obligación y se coloca en la posición de deudor culpable (arts. 512, 902 y 909, Código Civil -hoy 1721, 1724, 1725, 1726 y 1727, C.C.C.N.-; conf. SCBA, Ac. 31.702, 22/12/87, ?Ac. y Sent." 1987-V, 355; Ac. 39.597, 13/9/88, ?Ac. y Sent.? 1988-III, 373; Ac. 38.114, 25/10/88, "Ac. y Sent." 1988-IV, 79; Ac. 40.456, 15/8/89; Ac. 43.540, 9/4/91; Ac. 45.177, 30/4/91, "Ac. y Sent." 1991-I, 574; Ac. 46.039, 47/8/92, "Ac. y Sent." 1992-II, 654; Ac. 44.440, 22/12/92; Ac. 50.801, 21/12/93, DJBA 146-156; Ac. 55.133, 22/8/95; Ac. 58.840, 5/9/95, "Ac. y Sent." 1995-III, 434; Ac. 56.949, 9/4/96; Ac. 55.404, 25/3/97, "Ac. y Sent." 1997-I, 555; Ac. 59.937, 25/11/97; Ac. 62.097, 10/3/98; Ac. 66.276, 12/5/98, E.D. 182-224; Ac. 65.802, 13/4/99; Ac. 71.581, 8/3/2000; Ac. 73.652, 2/8/2000, L.L.B.A. 2001-194; Ac. 76.592, 13/6/2001; Ac. 75.676, 19/2/2002; Ac. 69.059, 29/10/2003; Ac. 76.152, 17/12/2003; Ac. 87.859, 20/4/2005; C. 100.254, 16/12/2009; C. 104.543, 22/12/2010; C. 99.658, 22/12/2010; C. 107.455, 29/6/2011; C. 106.311, 17/8/2011; 102.658, 5/10/2011; C. 107.189, 21/3/2012; C. 106.780, 26/2/2013; 116.561, 22/5/2013). En ese orden de ideas, la responsabilidad profesional sólo aparece si puede establecerse la conexión causal adecuada entre una acción u omisión y el daño: éste debe haber sido causado u ocasionado por aquélla (arts. 511, 512, 520, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 929, 1068, 1109 y 1113, Código Civil -hoy arts. 1721, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1739, 1753 y 1768, C.C.C.N.-; conf. SCBA, Ac. 44.440, 22/12/92; Ac. 55.133, 22/8/95; Ac. 65.802, 13/4/99; Ac. 76.198, 7/2/2001; Ac. 80.065, 9/6/2004; C. 91.749, 18/4/2007; C. 100.819, 25/3/2009; C. 93.918, 4/11/2009, por mayoría -el voto de la minoría no propicia el cambio de la doctrina-). Así, la falta de éxito del acto médico no conduce necesariamente a la obligación de resarcir al damnificado, pues el médico cumple empleando la razonable diligencia que le es dable requerir, ya que en general el éxito final de un tratamiento o de una operación no dependen por entero del profesional, sino que a veces influyen factores ajenos a él, como ser las reacciones orgánicas no previsibles, el riesgo quirúrgico, el error excusable o tolerable u otras circunstancias o accidentes imposibles de controlar. Aun cuando el médico observe cuidadosamente las reglas de su arte y ponga sus conocimientos y habilidades al servicio del paciente, pueden presentarse complicaciones o una patología anterior imposible o improbable de prevenir o controlar. En consecuencia, el médico no se obliga, a llegar a un final feliz, a que el enfermo recupere la salud, supere la dolencia que le aflige, sea clínica o quirúrgicamente. Se obliga a cumplir con un ?paquete? de deberes, principales y accesorios, dirigidos, precisamente, a ese propósito o finalidad. Otra es la situación, de ordinario también, en la denominada ?cirugía estética? o

plástica, de no urgencia, destinada a embellecer a la persona del paciente, con un arreglo de su nariz, de su boca u oreja, etc. Allí el médico se suele comprometer a una intervención con éxito, de acuerdo con tal o cual modelo (Mosset Iturraspe, Jorge, ?Responsabilidad civil del médico?, ed. Astrea, Bs. As., 1979, pág. 134), lo cual no esta exento de imponderables que pueden modificar el resultado estético prometido. En este sentido ha dicho la Suprema Corte provincial, que la obligación principal a prestar por los profesionales del arte de curar (salvo excepciones) consiste en una actividad calificada y técnica y científicamente en pos de la curación, mejoría o alivio del paciente, pero sin prometer ni obligarse a tal curación o alivio. Lo prometido, el núcleo de su obligación, es desplegar sus buenos oficios profesionales, con toda la diligencia y espero posible y de conformidad a lo que la ciencia y el arte médico indican, para lograr la cura o mejoría del enfermo. Pero esto, la cura o mejoría, si bien es la finalidad última y el resultado esperado de esos buenos oficios, no es el objeto de su obligación. De allí que la de los médicos es de medios y no de resultado (SCBA, Ac. 91.215, 5/4/2006; C. 98.833, 13/2/2008; C. 98.597, 7/4/2009; C. 99.981, 15/4/2009; C. 103.518, 7/10/2009; C. 102.805, 29/12/2009). Tal caracterización cobra capital importancia en el terreno de la prueba, pues si la obligación es tan solo la de conducirse con prudencia y diligencia, se torna necesario un examen de la conducta del deudor; en efecto, cuando el resultado previsto no se ha obtenido, el acreedor, para demostrar que la obligación no se ha cumplido, debe probar que el deudor no se ha comportado con la prudencia y la diligencia a las que estaba obligado; la prueba de una imprudencia o negligencia del deudor está a cargo del acreedor (Mazeaud - Tunc, Tratado, I. 1, nros. 103-102 y ss, págs. 126 y ss; Mazeaud, Lecciones, II, 1, nro. 21, pág. 21; cit. por Belluscio - Zannoni, "Código Civil...", comentario de Jorge A. Mayo, T. II, p. 640, art. 512; Highton E, ?Prueba por mala praxis médica?, Revista Derecho de Daños n° 5, págs.. 69 y siguientes), solución que acepta la mayoría de la doctrina y jurisprudencia nacional (Belluscio-Zannoni, ob. cit., pág. 641, parág. 40; SCBA, Ac. 39.671, 7/6/88; Ac. 43.168, 23/4/90; Ac. 55.133, 22/8/95; esta Cámara, Sala III, causa 108.690, 20/5/2008, rsd. 85/2008; esta Sala, causa 118.186, rsd. 89/15); sin perjuicio de que, en ciertos casos, donde la prueba de la negligencia médica se torna muy difícil y el galeno es quien está en mejores condiciones de probar, se le requiera a éste actividad probatoria en aras de sus defensa (aspecto que el nuevo Código Civil y Comercial ha receptado expresamente en el art. 1735).

3.4.2. Por otra parte, los establecimientos asistenciales se encuentran obligados a organizar eficientemente el servicio de salud que prestan, por lo que ante un deficiente funcionamiento del mismo, responden directa y objetivamente, pues hace a su propia función, y no a la actuación del profesional o dependiente, sin perjuicio de su responsabilidad frente a la negligencia del médico y/o sus sustitutos, auxiliares o copartícipes. De tal modo, si el servicio no funcionó, funcionó mal o tardíamente, queda atrapada la responsabilidad del establecimiento asistencial, pues parte de una situación objetiva de falta o deficiente servicio que ha sido contratado. Ahora bien, si no media culpa en el médico interviniente no cabe responsabilizar al establecimiento asistencial con la sola base en su ?obligación de seguridad? porque la existencia de aquélla (la culpa del médico) es la demostración de la violación de ese deber de seguridad (SCBA, Ac. 43.418, 16/7/91, L.L. 1992-B, 312; Ac. 58.966, 15/7/97; Ac. 76.152, 17/12/2003; C. 98.332, 7/5/2008; C. 101.294, 15/4/2009; C. 93.918, 4/11/2009, por mayoría -el voto de la minoría no propicia el cambio de doctrina-; C. 105.772, 9/6/2010; C. 99.658, 22/12/2010; C. 111.812, 27/6/2012).

3.5. Colofón. Debo reiterar entonces que -contrariamente a lo sostenido por el recurrente- no encuentro probado aquí el incumplimiento de la conducta debida que es presupuesto de la responsabilidad (arts. 375, 384 y 474, C.P.C.C.). Habida cuenta lo expuesto considero que no sólo no se acreditó la existencia de tal relación de causalidad sino que tampoco vislumbro un actuar negligente u omiso -culpable- por parte del médico demandado, ni incumplimiento del deber de seguridad que pesa sobre el establecimiento asistencial demandado (arts. 499, 512, 901, 902, 903, 904, 905, 1109, 1113 y cctes. Código Civil; 163, 164, 260, 216, 266, 272, 330, 354 inc. 1, 375, 384, 401 y 474, C.P.C.C.). Consecuentemente voto, POR LA AFIRMATIVA. A la primera cuestión planteada el señor Juez doctor López Muro dijo que por análogas razones a las meritadas por el colega preopinante adhería a la solución propuesta y en consecuencia también votaba por la AFIRMATIVA. A la segunda cuestión planteada el Sr. Juez Dr. Sosa Aubone dijo: Atendiendo al acuerdo alcanzado corresponde y así lo propongo, confirmar la sentencia apelada de fs. 404/413, en lo que ha sido materia de recurso y agravios. Propongo que las costas de Alzada se impongan a la parte actora por revestir objetiva calidad de vencida (arts. 68, 163, 164, 260, 261, 266, 267, 272 y 274, C.P.C.C.). ASI LO VOTO. A la segunda cuestión planteada el señor Juez doctor López Muro dijo que por idénticos motivos votaba en igual sentido que el doctor Sosa Aubone. Con lo que terminó el acuerdo, dictándose la siguiente: SENTENCIA POR ELLO, y demás fundamentos expuestos, se confirma la sentencia apelada de fs. 404/413, en lo que ha sido materia de recurso y agravios. Costas de Alzada a la parte actora. REG. NOT y DEV.

006479E