

## Danos Y Perjuicios Mala Praxis Medica Medicacion Oncologica Conducta Imprudente Culpa Rechazo

### JURISPRUDENCIA

### Daños y perjuicios. Mala praxis médica. Medicación oncológica.

Conducta imprudente. Culpa. Rechazo Se confirma el rechazo de la demanda de mala praxis médica fundada en los daños que le habría producido al actor una medicación oncológica prescrita por médicos de un hospital, pues el demandante no logró demostrar la conducta imprudente o negligente de los galenos coaccionados en su obrar profesional. En la ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina, a los 26 días del mes de septiembre de dos mil diecinueve, reunidos en Acuerdo los señores Jueces de la Sala "C" de la Cámara Civil, para conocer en el recurso interpuesto en los autos "BENETTI, JUAN CARLOS C/ GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES S/ DAÑOS Y PERJUICIOS", respecto de la sentencia corriente a fs. 1443/1456, el Tribunal estableció la siguiente cuestión a resolver: ¿Se ajusta a derecho la sentencia apelada? Practicado el sorteo, resultó que la votación debía efectuarse en el orden siguiente: Sres. Jueces de Cámara Dres. Díaz Solimine, Converset y Trípoli. Sobre la cuestión propuesta el Dr. Díaz Solimine dijo: I.- La sentencia de fs. 1443/1456 rechazó la demanda promovida por Juan Carlos Benetti contra el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, los galenos Daniel Sergio Lewi, Delia Wolk, Miguel Angel Schiavone, Adolfo Bernardo Marantz y Luis Alberto Benoliel, el tercero Juan Martín Gamba y las aseguradoras "Seguros Médicos S.A." y "The Professional's Company Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A." -hoy "TPC Compañía de Seguros SA"-, por los daños y perjuicios que refiere haber sufrido tras la prescripción de forma permanente de la medicación "Ciproterona 150 mg/día" que le indicaran diferentes galenos del Hospital Municipal de Agudos Juan A. Fernández. Indicó que en el mes de diciembre de 2002 le fue practicada en dicho nosocomio una prostatectomía radical por presentar adenocarcinoma (cáncer de próstata). Luego, a raíz de los controles periódicos para verificar la posibilidad de una recidiva, el urólogo tratante, Dr. Juan Martín Gamba, le prescribió la medicación en cuestión. Expone que en las advertencias del prospecto se lee que debe administrarse con precaución en pacientes que presentan alteración hepática y en los que realicen actividades que requieren concentración, como asimismo, que durante el tratamiento, deben controlarse las funciones hepáticas. Continuó su relato, afirmando que el 9 de diciembre de 2004, fue atendido por el oncólogo clínico Dr. Adolfo Marantz, quien con la supervisión de los Dres. Luis Alberto Benoliel y Miguel A. Schiavone (director médico del hospital), firmaron la orden respectiva y le mantuvieron la prescripción del medicamento. Luego, el 1º de febrero de 2005, concurrió al control médico y se le indicó continuar con dicha ingesta, y asimismo la realización de examen hepático que fue llevado a cabo el día 16 de dicho mes. Concurrió el 10 de marzo a nuevo control con el hepatograma, donde se verificó buen estado general, hemograma sin particularidades y hepatograma, con discreto aumento de la TGP (transaminasa glutámico piróvica) a 56. Aclara que la normal oscila entre 40 a 50. Asistió nuevamente al mes siguiente, siendo atendido por el Dr. Marantz, pero en la historia clínica no surge firma y sello de dicho galeno. Continuó explicando que a fines de abril de 2005, comenzó a sentir cansancio, frío, malestar general, razón por la cual concurrió el 27 de dicho mes al mismo hospital, siendo atendido por el Dr. Daniel Sergio Lewi, quien le extendió una nueva orden de Ciproterona, supervisado por la Dra. Delia Wolk y el Dr. Miguel A. Schiavone, pese a los padecimientos que sufría y sin realizarle previamente un control hepático. Lo citaron nuevamente en 30 días. Afirmó que en el mes de mayo se agravó su cuadro y comenzó a ponerse amarillo, motivo por el cual fue al Hospital Vélez Sarsfield, donde le realizaron un examen de sangre que arrojó un resultado alto en bilirrubina. Consiguió turno para el 5 de julio en el Hospital Argerich, oportunidad en la que fue internado inmediatamente, encontrándose totalmente descompensado. Egresó el día 22, continuando con el tratamiento en forma ambulatoria. Agrega que continuó con sonda en el domicilio y que en cuatro oportunidades tuvo que concurrir con urgencia a la guardia del Hospital Argerich para que la destapen, comenzando a hinchársele ambos pies. Por ese trastorno, producido por la retención de líquidos, a consecuencia del deterioro en el funcionamiento renal, motivado por la insuficiencia hepática, concurrió a dermatología del Hospital Argerich, siendo tratado con diuréticos y pomadas de aplicación local. Comenzó a mejorar en octubre de 2005 y recién en enero de 2006 pudo comenzar a caminar. Sostuvo que la mala praxis se produjo como consecuencia del excesivo consumo medicamentoso prescripto por los médicos accionados. La colega de grado desestimó la demanda. Contra dicho fallo trae sus quejas el accionante, quien expresó sus agravios a fs. 1517/1529, los que fueron respondidos a fs. 1531/1545 por el G.C.B.A.. Desoiré el pedido formulado por dicha coaccionada de declarar desierto el recurso interpuesto por el accionante, en cuanto la Sala que integro, priorizando el derecho de defensa de raigambre constitucional, propicia el estudio de las quejas en tanto las respectivas expresiones de agravios reúnan, al menos de modo mínimo, los recaudos procesales. Dicho esto me avocaré a brindar respuesta a las críticas del apelante. II.- SOBRE LA RESPONSABILIDAD. 1.- No fue cuestionado el encuadre jurídico de la

responsabilidad considerada por la magistrada de grado, quien la entendió comprendida dentro de la obligación tácita de seguridad y garantía del nosocomio -perteneciente al ámbito de la coaccionada G.C.B.A.-, y en la responsabilidad directa profesional y de naturaleza contractual de los galenos codemandados y citado como tercero. Concluyó la ?a-quo? que en el caso el demandante no logró demostrar la conducta imprudente o negligente de los galenos coaccionados en su obrar profesional y rechazó la demanda. Se queja por ello el actor, aduciendo que el fallo no guarda congruencia con las constancias de autos. Insiste en sus agravios en que existen pruebas en las presentes actuaciones que demuestran el nexo causal entre la deficiente atención médica y el daño cierto sufrido en su salud, como consecuencia de la ingesta medicamentosa y asimismo, reitera la impugnación que efectuara al dictamen pericial oncológico realizado en autos. Peticiona finalmente a este Tribunal, la revocación de la sentencia de grado y la admisión de la demanda.

2.- Ahora bien, señalaré primeramente que, siendo el factor de atribución subjetivo, lo relevante para decidir sobre la responsabilidad médica en el caso, es la existencia de culpa (arts. 512 y 902 del Código Civil). Agregaré que ya desde antaño Demogue realizó la célebre distinción entre las obligaciones de medios y de resultado. Considero, al igual que la colega de grado que la situación motivo de autos debe ser encuadrada entre las primeras, que se refieren a la aplicación de las normas, reglas y conductas a seguir, de acuerdo al arte y ciencia de la medicina. Por lo demás, en general existe coincidencia en el sentido de que la responsabilidad de los sanatorios o clínicas, por los perjuicios sufridos por los pacientes en razón de una defectuosa atención médica, existe cuando medie responsabilidad profesional de los facultativos o demás personal interviniente (conf. Cazeaux-Trigo Represas, ?Derecho de las Obligaciones?, T. V, pág.631, n°2986; Bueres, ?Responsabilidad civil de los médicos? T.1, pág.347 y ss.; Bustamante Alsina, ?Responsabilidad civil y otros estudios?, pág.452, n°III).

3.- Bajo tales premisas analizaré la conducta de los galenos accionados, para determinar si hubo o no mala praxis en la atención y tratamiento del paciente. A tal efecto, procederé a analizar las distintas pruebas producidas, que evaluaré a la luz de las reglas de la sana crítica (art. 386 del Código Procesal). Asimismo, aclaro que me limitaré a considerar los agravios sobre las cuestiones centrales que sean útiles para fundar la decisión a adoptar. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha esbozado de manera reiterada que ?...Los jueces no están obligados a ponderar una por una y exhaustivamente todas las pruebas agregadas a la causa, sino sólo aquéllas que estimen conducentes para fundar sus conclusiones ni, imperativamente, tratar todas las cuestiones expuestas o elementos utilizados que a su juicio no sean decisivos...? (Fallos: 333, 526; 300:83, 535; 302:676, 916, 1073; 303:235, 1030; 307:1121).

4.- En las presentes actuaciones resultan de eminente importancia:

a.- La historia clínica del HOSPITAL DE ONCOLOGIA ?MARIE CURIE? correspondiente al accionante, que obra agregada a fs. 740/751, de donde surge que el actor presentó al mes de septiembre de 2002, ?adenocarcinoma bien diferenciado de próstata?.

b.- La historia clínica del ?HOSPITAL MUNICIPAL J. FERNANDEZ? adunada a fs. 975/980, de donde surge que el demandante fue intervenido quirúrgicamente en el mes diciembre de 2002, efectuándosele ?prostatectomía radical?, y su atención y tratamiento posterior por urología con ?CIPROTERONA 150 MG./D.?. Se vislumbra asimismo que el paciente fue atendido: el 1/2/05 (Paciente en B E General y tiene astenia y adinamia. Sigue c/ ciproterona 150 mg./d); el 10/3/05 (PSA 0.02. Resto lab. Hemog OK Hepatog OK Urea 76); el 28/4/05 (Sigue con astenia y adinamia y algunas alteraciones de laboratorio (vinculables a la ciproterona?) en el hepatograma. Sigue con ciproterona hasta el 31/5/05 y discontinuará); el día 1/6/05 no concurre a consulta; se intenta comunicar a la casa sin resultados). Vale resaltar que las dos primeras consultas referidas no llevan ni firma ni sello de profesional alguno, en tanto las dos siguientes llevan firma y sello aclaratorio ?Dr. Daniel S. Lewi, Médico Oncólogo, M.N...F.M....Htal. Fernández GCBA?.

c.- Las historias clínicas del ?HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH? glosadas a fs. 851/882 y fs. 759/768. Su primera concurrencia data del día 7/6/2005, ?...paciente recibe tto. con Ciproterona por prostatectom. (x urolog) derivado del ?HTal Vélez? por aumento Trans y aumento Bil...? (v. fs. 851). Luego, ingresó a dicho nosocomio el 5 de julio de 2005, permaneciendo internado hasta el día 22 del mismo mes. Surge de la hoja de Epicrisis: ?...MOTIVO DE INGRESO: Astenia, adinamia, anorexia, dolor abdominal, ictericia generalizada. DATOS POSITIVOS AL EX. FISICO/ LAB AL INGRESO/ ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS/ EVOLUCION: Paciente con antecedentes de cáncer de próstata con tratamiento con ciproterona (7 meses), ingresa por cuadro caracterizado por astenia, adinamia, anorexia, de aprox. 15 días de evolución, constatándose al examen físico de ingreso ictericia generalizada. Vigil, desorientado en tiempo, clonus agotable en pie derecho, reflejos osteotendinosos vivos, flapping espontáneo...Abdomen: doloroso a la palpación profunda en epigastrio y región umbilical...Se interpreta el cuadro como insuficiencia hepática subaguda de probable causa medicamentosa (ciproterona) e insuficiencia renal...(v. fs. 763).

d.- Las pericias médicas llevadas a cabo en autos, que resultan de fundamental importancia pues son parte esencial en los juicios de responsabilidad civil médica. Obra a fs. 1003/1004 pericia realizada por el médico legista desinsaculado en autos, Dr. Alberto Fabián Troisi, quien expresó que el actor se trató con una prostatectomía radical en diciembre de 2002. Realizó controles posteriores normales, pero en 4/05: 1,09, 9/04: 2,65, motivo por el que se indica Ciproterona 150 mg/d. Detalló que la ?ciproterona? es un antiandrógeno de tipo esteroide, con doble mecanismo de acción, central y periférico, siendo uno de los antiandrógenos de mayor

uso sostenido en el tiempo. En la Argentina solo se encuentra disponible para su administración por vía oral y la dosis varía entre 100 y 300 mg/día como monodrogas, debiendo evaluarse en cada paciente. Entre el 70 y 90% de la droga es excretada por heces inalterada. En caso de una recidiva bioquímica post prostatectomía radical, previo a efectuar los estudios de re estadificación, para evaluar una posible radioterapia, se indica esta u otras drogas en forma habitual. Especificó que la indicación de Ciproterona es correcta y que es beneficiosa hasta la aparición de una línea celular hormono insensible u hormono resistente, lo que se determina mediante seguimiento. Aclaró que la HC en oncología no especifica los laboratorios. Dice que hay una discreta elevación de la gtp en el hepatograma y aumento de la urea y creatinina por lo que se envía a control en urología. Se evaluará en un mes (se entiende que indica continuar con el tratamiento). No se observa sello ni firma. Concluyó que el Sr. Benetti fue operado por un cáncer de próstata con buena evolución hasta que comienza con una recaída bioquímica, manifestada por un aumento del PSA. Su médico tratante procede a medicarlo con una dosis que es incluso baja (150 mg) de acetato de ciproterona, como monodroga, y lo deriva a la sección de oncología para su seguimiento. Posteriormente desarrolla una hepatitis tóxica por la ciproterona, por lo que es atendido en el Servicio de Hepatología del Htal. Argerich. Actualmente presenta un PSA de menos de 0,04ng y un hepatograma normal.

e.- Se produjo asimismo en autos pericia médica oncológica (v. fs. 834/839). Detalló la perito desinsaculada Dra. Viviana Inés Sánchez, que al actor se le diagnosticó cáncer de próstata en abril de 2002, realizando tratamiento quirúrgico (prostatectomía) en diciembre del mismo año en Hospital Fernández. Continuó con controles en dicha institución sin evidencia de enfermedad hasta septiembre de 2004 que presentó elevación de la PSA (antígeno prostático específico), por lo que fue medicado por Servicio de Urología con tratamiento antiandrogénico periférico con ciproterona 150 mg/d en forma continua. En marzo de 2005 presentó ligera alteración del hepatograma, por lo que el Servicio de Oncología indicó control estricto (se citó en dos oportunidades con intervalos de treinta días). Luego, en mayo de 2005 consulta al Hospital Vélez Sarsfield con cuadro de ictericia y elevación de la bilirrubina (no hay documentación que permita evaluar la conducta y/o indicaciones por parte de los profesionales de la institución). En julio del mismo año es internado en Hospital Argerich con cuadro clínico similar, realiza biopsia hepática que informa hepatitis aguda colestática con moderada actividad necroinflamatoria y signos histológicos de colestasis subaguda, revirtiendo el cuadro clínico con tratamiento médico. Explicó la experta que cuando un paciente con patología oncológica presenta elevación de un marcador, el cual se determina en sangre, y éste se encuentra por encima de los valores normales en forma sostenida o progresiva, sin evidencia de enfermedad por evaluación clínica y/o imágenes, se considera "recaída bioquímica", porque es la única evidencia de recaída loco-regional o progresión a distancia de su patología y sólo se manifiesta en los análisis bioquímicos. Indicó asimismo que en el caso del accionante, su primera evidencia de enfermedad fue en abril de 2002 y posteriormente, hay dos informes de biopsias prostáticas de agosto de 2002 (Hosp. Fernández) y octubre de 2002 (Hosp. Marie Curie) con diagnósticos coincidentes: adenocarcinoma bien diferenciado de próstata Gleason 6, con estudios de extensión negativos, sin evidencia de enfermedad regional o a distancia. En diciembre del mismo año realiza prostatectomía radical en Hospital Fernández y continúa controles por servicio de urología. En septiembre de 2004 presenta elevación de PSA a 2,649ng/ml, con centellograma óseo de noviembre de 2004 que no evidencia progresión de la enfermedad a ese nivel. En diciembre del mismo año el Dr. Juan Gamba, urólogo, le indica Ciproterona 150 mg/d, logrando normalización de PSA en febrero de 2005 cuyo valor fue 0.02ng/ml. El tratamiento continuó hasta abril de 2005 (constancias de evolución en historia clínica), manteniendo respuesta al tratamiento con PSA de 22 de octubre de 2005 de 0,04ng/ml. Por otra parte expresó la perito que la medicación oncológica en general presenta efectos secundarios de intensidad variable, cuyos síntomas pueden predominar en algún órgano o sistema, pero todos los medicamentos aparte de la terapéutica oncológica específica, tienen la posibilidad de ocasionar efectos secundarios de diverso grado. Aclaró que la ciproterona presenta efectos secundarios que se pueden manifestar luego de varios meses de tratamiento y habitualmente se relacionan con la dosis prescrita (más común en dosis superiores a 200-300 mg/d). No hay publicaciones o informes específicos en referencia a la toxicidad de esta droga. Afirmó que es correcta la indicación de ciproterona en un paciente que presenta recaída bioquímica luego del tratamiento quirúrgico realizado con carácter oncológico definitivo. Existen otras alternativas de tratamiento hormonal, pero la ciproterona es la droga que tiene mejor tolerancia y menos efectos adversos, por lo que habitualmente, es la droga de elección en primera línea del tratamiento. En el caso del actor, la indicación de ciproterona fue correcta porque presentó recaída bioquímica de su patología luego del tratamiento quirúrgico con prostatectomía radical. El valor que presentó el actor se considera patológico pues superó el considerado como límite para no recibir algún tipo de terapéutica adicional. El riesgo que presentaba, de no recibir tratamiento es la aparición de enfermedad a nivel regional o a distancia, ya que la elevación del PSA demuestra actividad subclínica de la enfermedad. Cuanto menor es la carga tumoral a tratar, mejores son los resultados en relación a respuesta objetiva y sobrevida sin enfermedad. Afirmó también que la evolución en el actor fue favorable ante la ingesta de ciproterona y que ante una recaída de patología oncológica luego de una intervención quirúrgica, el tratamiento recomendado no debe ser inferior al año, ya que al suspender el mismo en forma temprana aumenta el riesgo de progresión de enfermedad y la aparición de clones celulares resistentes

que obligarán a cambiar la opción terapéutica. Aclaró además, que el 10 de marzo de 2005 se deja constancia de la leve elevación de TGP: 56 (valor normal hasta 30); no habiendo triplicado el valor máximo, no existía indicación de control en un lapso inferior a los 30 días o la suspensión del tratamiento. Luego, el 28 de abril del mismo año se menciona paciente clínicamente estable y no se constatan alteraciones en su examen físico. Se cita en 30 días para evaluar continuidad o suspensión transitoria de tratamiento por modificación leve de hepatograma. Recalcó que el período de tres meses y medio en que el Sr. Benetti fue tratado con ciproterona con la supervisión del Servicio de Oncología no puede ser considerado excesivo, pues el período mínimo indicado es de doce meses. De no lograrse estabilización bioquímica, el tratamiento se realiza en forma continua. No es aconsejable interrumpir un tratamiento oncológico con buena evolución del marcador prostático por una leve alteración del hepatograma, aunque debe suspenderse el mismo ante signos de insuficiencia hepática o hepatitis colostática. Recalcó que no es posible afirmar con certeza científica que la leve alteración del hepatograma tenga su origen exclusivamente en la ciproterona; las causas de alteración son múltiples e incluyen consumo de alcohol etílico, alimentación, obesidad, infecciones virales, enfermedades autoinmunes, consumo de drogas y/o medicamentos, dentro de los cuales está incluido como factor de riesgo el ?enalapril? que recibía el paciente para el tratamiento de su hipertensión arterial. En el caso, la conducta adoptada por el profesional tratante es la que se debió tomar como parte de la actuación médica acorde a la situación que presentaba el paciente, es decir, una conducta expectante por 30 días en un paciente con buen examen físico en el que ha disminuido el PSA como buena respuesta al tratamiento, para evaluar luego la continuidad o discontinuidad del mismo. Por lo demás, no hay constancias en la historia clínica que el paciente haya realizado nuevas consultas en el Servicio de Oncología con posterioridad al 28 de abril de 2005. En mayo de 2005 consultó por ictericia en Hospital Vélez Sarsfield: no hay documentación que permita evaluar que conducta adoptaron los profesionales que lo atendieron en tal oportunidad. Consultó dos meses después, el 5 de julio de 2005, en el Hospital Argerich, donde se efectúa internación. Recalcó que el abandono de tratamiento y seguimiento por parte del actor en el servicio de oncología pudo tener consecuencias para su salud; al suspender los controles específicos se desconoce la evolución de la enfermedad y eventualmente la necesidad de realizar tratamiento por la patología por la cual realizaba su atención. Luego, ante las impugnaciones que le fueran efectuadas la perito oncóloga realizó las ampliaciones periciales y brindó explicaciones que obran agregadas a fs. 1017/1021, fs. 1056/159, fs.1062/1064, fs. 1097/1104, fs. 1127/1128 y fs. 1135/1136, donde en general, reitera conceptos ya vertidos. Agrega que tras el examen físico del actor, no se halló patología que amerite evaluación para cálculo de incapacidad en relación a la patología referida en la demanda (intoxicación medicamentosa). Las patologías que presentó pueden haber sido causantes de incapacidad transitoria, pero no hay lesiones actuales que permitan evaluar incapacidad permanente. Finalmente reiteró que se desconoce lo sucedido luego de la última consulta efectuada en el Hospital Fernández, ya que el actor menciona que presentó ictericia, consultó al Hospital Vélez Sarsfield y fue derivado al Hospital Argerich. Sin poner en duda los dichos del accionante, afirma la experta que no pudo identificar la historia clínica del Hosp. V. Sársfield para evaluar la conducta adoptada en dicho nosocomio y en forma independiente de la consulta que se menciona en mayo, como asimismo que el paciente recién consiguió turno en el Hospital Argerich para el 5 de julio. Remarcó que si el paciente fue atendido por servicio de guardia o consultorios externos con patología aguda, cualquiera haya sido la etiología, se debió haber actuado en consecuencia y no ser derivado para atención en otro hospital por consultorios externos. Expresó finalmente que al momento de la evaluación clínica, el Sr. Benetti manifestó no haber continuado con los controles por especialista, situación que hace presumir que recibió el alta por la patología presentada y que el cuadro no ameritó continuar con controles y estudios periódicos. 5.- Debo recordar que los jueces no somos, en principio, especialistas en ciencia alguna que no sea la aplicación del derecho y que por ello, en otras cuestiones técnicas, nos resulta necesario acudir a la prueba pericial. La experticia nos permite elaborar nuestra convicción. Pero ello bajo la óptica de los principios de la sana crítica, porque sino bastaría con someter la cuestión a un perito y adherir, sin más, a sus conclusiones. Ello surge por lo demás del propio art.477 del Código Procesal en tanto establece que la fuerza probatoria del dictamen pericial será estimada por el juez teniendo en cuenta la competencia del perito, los principios científicos o técnicos en que se funda, la concordancia de su aplicación con las reglas de la sana crítica y los demás elementos de convicción que ofrezca la causa. Por ello mismo, para apreciar sus dichos, o más precisamente para apartarse de sus conclusiones, ?el juez debe demostrar que el dictamen se halla reñido con principios lógicos o máximas de experiencia, o que existen en el proceso elementos probatorios de mayor eficacia para provocar la convicción acerca de la verdad de los hechos controvertidos? (Arazi, Roland, ?La prueba en el proceso civil?, Ediciones La Rocca, Buenos Aires, 1998, pág. 405). En la medida que no he advertido que se hayan demostrado errores que autoricen a desmerecerlos he aceptado los dictámenes periciales de fs. 1003/1004 y fs. 834/839 en los términos del art. 477 del CPCC, como así también las explicaciones, aclaraciones y ampliaciones realizadas por los expertos a fs. 1035/1036, fs. 1017/1021, fs. 1056/1059, fs. 1062/1064, fs. 1097/1104, fs. 1127/1128 y fs. 1135/1136. 6.- Por lo demás, señalaré que el ?error en medicina? puede definirse como ?acción desafortunada o equivocada que sucede en el ejercicio de la ciencia o arte de precaver o curar las enfermedades del cuerpo humano y se vincula con

el error en el proceso de atención médica? (Piñeiro-Ferreres, "El error en la práctica médica", en "La prueba científica y los procesos judiciales", La Ley, 2009, T.II, pág.4/5). En el caso de autos, más allá del esfuerzo que se advierte en los agravios para solicitar la revocación de lo decidido por la "a-quo", lo cierto es que el accionante no ha logrado demostrar el error de los galenos accionados o citado como tercero, en el ejercicio de su profesión que se aduce en la demanda, y eso puede apreciarse en las conclusiones periciales a las que acabo de hacer referencia. 7.- Por todo ello, habré de coincidir con lo decidido por la colega de grado. En síntesis, propondré al Acuerdo confirmar lo decidido por la "a-quo", lo que equivale a desestimar los agravios de la parte actora.

III.- Por lo expuesto, de compartir mi voto, propongo al Acuerdo: 1.- Confirmar todo lo que la sentencia decide y que fuera motivo de agravios; 2.- Imponer las costas de Alzada al accionante, en virtud del principio objetivo de la derrota (art. 68 del CPCC). Por razones análogas, los Dres. Conset y Trípoli adhirieron al voto que antecede. Con lo que terminó el acto.- OMAR LUIS DIAZ SOLIMINE.- JUAN MANUEL CONVERSET.- PABLO TRÍPOLI.- Buenos Aires, 26 de Septiembre de 2019.- Y

VISTOS: Por lo que resulta de la votación que instruye el Acuerdo que antecede se dispone: 1.- Confirmar todo lo que la sentencia decide y que fuera motivo de agravios; 2.- Imponer las costas de Alzada al accionante, en virtud del principio objetivo de la derrota (art. 68 del CPCC). Teniendo en cuenta el mérito, valor y eficacia de la labor desarrollada, etapas cumplidas, tomando como monto base de la regulación el importe reclamado en la demanda, conforme lo dispuesto por el fallo plenario "Multifex SA c/ Cons. Prop. Bartolomé Mitre 2257/59", del 30/9/75, aplicable en la especie y lo prescripto por los arts. 6, 7, 9, 14, 19, 33, 37 y 38 de la ley 21.839; y art. 478 del Código Procesal, se reducen los honorarios regulados a favor del Dr. Marco Aurelio Real, apelados por altos y bajos, a la suma de \$6.700; los del Dr. Alberto A. Alvarellos, apelados por altos y bajos, se los reduce a la suma de \$14.000; los de la Dra. Gabriela A. Díaz, apelados por altos y bajos, a la suma de \$5.000; los de la Dra. Antonella E. Ruggiero, apelados por altos y bajos, a la suma de \$5.000 y los del Dr. Adrián A. Gil Quintero, apelados por altos, a la suma de \$20.000, y se confirman los regulados por la excepción de incompetencia. Se elevan los honorarios regulados a favor del Dr. Francisco E. Chirichella, apelados por altos y bajos, a la suma de \$15.000. Se confirman los regulados a favor de la Dra. Mariana N. Calero, apelados por altos y bajos por el principal y los regulados en conjunto con el Dr. Real por la excepción de fs. 200/11; los del Dr. Martín Diego Martínez Saez, apelados por altos, los del Dr. Diego Florio, apelados por altos; los del Dr. Diego Martín Rodríguez, apelados por altos; los del Dr. Oscar E. Giglio, apelados por altos y bajos; los de la Dra. Viviana G. Herrera, apelados por altos y bajos; los de la Dra. Eva G. Ghosn, apelados por altos; los de la perito médica oncóloga Dra. Viviana Inés Sánchez, apelados por altos; los del perito médico urólogo Alberto F. Troisi, apelados por altos, los de la perito calígrafa Patricia I. Soto, apelados por altos y bajos y los de la perito psicóloga Marta H. Rossi, apelados por altos. De conformidad con lo dispuesto en el Anexo C: Anexo III, art.1° del decreto 1467/2011 reglamentario de la ley 26.589 con la modificación establecida en el decreto 2536/2015, Anexo I, art. 2, E -vigente a la fecha de la regulación apelada, se confirma la retribución de la mediadora Dra. Marta N. Simoni, apelada por alta, en tanto deriva de expresa disposición legal. Por la labor de alzada se regulan los honorarios de la Dra. Gabriela A. Díaz y el Dr. Daniel M. Leffler - en conjunto- en la cantidad de 4,62 UMA, equivalente a la fecha a la suma de \$11.000 y los del Dr. Adrián A. Gil Quintero en la cantidad de 2,81 UMA, que representan la suma de \$6.750, los que deberán abonarse en el plazo de diez días (arts. 30 y 54 de la ley 27.423). Regístrese, notifíquese electrónicamente a las partes, comuníquese a la Dirección de Comunicación Pública de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (Acordada 15/2013) y oportunamente, devuélvase.-

OMAR LUIS DIAZ SOLIMINE JUAN MANUEL CONVERSET PABLO TRÍPOLI Co rrelaciones Rocha,  
Héctor Antonio c/Sanatorio Privado Figueroa Paredes SA y otro s/daños y perjuicios - Cám. Civ. y Com. La  
Matanza - Sala II - 16/04/2019 043721E