

Mala Praxis Medica Hospital Publico Cesarea Historia Clinica Rechazo De La Demanda Pericia Medica Apartamiento De La Pericia

JURISPRUDENCIA

En la Ciudad de San Salvador de Jujuy,

Provincia de Jujuy, a los veintinueve días del mes de noviembre del año dos mil diecinueve, los señores Jueces de la Sala Tercera de la Cámara en lo Civil y Comercial, doctores ALEJANDRA MARÍA LUZ CABALLERO y, por habilitación, JUAN PABLO CALDERÓN y RICARDO SEBASTIÁN CABANA, bajo la presidencia de la primera de las nombradas, vieron el Expte. C-43494/15, caratulado: ?DAÑOS Y PERJUICIOS: V., F. de los A. C/ ESTADO PROVINCIAL?. La Dra. ALEJANDRA MARÍA LUZ CABALLERO dijo: 1. En representación de V., F. de los A., comparece el Dr. LEONARDO QUINTAR conforme poder general para juicios que acredita a fs. 1/2. En su nombre, promueve demanda en contra del ESTADO PROVINCIAL por los daños y perjuicios que denuncia padecidos por su mandante a raíz de la muerte de su hija recién nacida, ocurrida el 05 de setiembre de 2014 en el Hospital Oscar Orías de la ciudad de Libertador General San Martín, poco después del alumbramiento y en circunstancias que describe como poco claras y dudosas. Denuncia falta o deficiente prestación de servicio, en tanto la actora fue privada de una debida asistencia médica por la demora en la que se le practicó la operación cesárea. Afirma que, de haber sido oportuna, la niña estaría con vida. Refiere a la legitimación activa y a la pasiva, transcribe los asientos de la historia clínica y señala la relación causal entre el deficiente obrar del personal de la demandada y el daño sufrido por su mandante. Bajo el título ?consideraciones médico legales?, relata que su mandante tenía, para entonces, 25 años de edad y tres gestas previas, cursaba un embarazo que llevaba 41,5 semanas, el peso del feto era de 2.550 gramos. Se había estimado, como fecha probable de parto, el 27 de agosto anterior. Recibió cinco controles durante el embarazo. En el último, del 19 de agosto de 2014, no evidenció anormalidad alguna. El 4 de setiembre de ese año, ingresó al hospital a las 22:30 con trabajo de parto y desde ese momento se detectó en el feto taquicardia persistente. La niña nació por cesárea a las 00:38 del día siguiente. Se le practicó reanimación, estimulación, aspiración y se le suministró oxígeno, pero no pudo superar el cuadro y murió. Critica la atención dispensada por las dos horas transcurridas entre el ingreso de la paciente al hospital y la operación cesárea, pese a que, desde el primer momento, el monitoreo fetal permitió establecer que presentaba taquicardia aguda lo que indicaba que debía practicársele operación cesárea de manera urgente. Argumenta sobre la relación de causalidad entre la deficiente prestación médica y los daños y alude a las obligaciones exigibles a los médicos obstetras, los controles y cuidados prenatales y el deber de brindar debida información. De ello colige la responsabilidad del Estado Provincial demandado, que describe como objetiva y directa por la negligencia de sus agentes, por las fallas en la organización del servicio y por incumplimiento al deber de seguridad. Reclama, en base a ello, resarcimiento del daño moral que provocó en su mandante la muerte de su hija, por el llamado ?valor vida?, por la pérdida de chances de recibir de ella ayuda a futuro, por gastos psicológicos y de sepelio. Todo, a valores actuales y con intereses. Pide imposición de las costas a la contraria y su agravación para el caso en que tuviera conducta dilatoria. Ofrece prueba y concluye solicitando se haga lugar a su pretensión. 2. Corrido el traslado de la demanda, compareció, en representación del ESTADO PROVINCIAL, la Dra. NATALIA SOLEDAD LÓPEZ conforme el mandato formalizado con el instrumento de fs. 58/59. Planteó, como de artículo previo, excepción de incompetencia. Tramitada por vía de incidente, previa sustanciación, fue desestimada. Contestó luego la demanda (fs. 70/76) solicitando su rechazo. Tras puntuales negativas de los hechos expuestos por la actora, da su versión diciendo que el 04 de setiembre de 2014 la actora ingresó al referido Hospital Oscar Orías por dolores propios del preparto. Cursaba su tercer embarazo de 40 semanas y 6 días. Estaba en término pero la altura uterina resultaba disminuida para la edad gestacional. Inmediatamente se la monitoreó detectándose taquicardia fetal (170 por minuto) pero con buena variabilidad, sin descensos. En ese momento no había signos de sufrimiento fetal. La paciente presentaba dos contracciones cada diez minutos, lo que no alcanzaba a configurar trabajo de parto, y el cuello uterino estaba cerrado. Un segundo monitoreo determinó que la taquicardia persistía. Se resolvió entonces someterla a cesárea. A las 22:30 fue internada y se ordenaron determinados estudios: seriología, coagulograma. Se realizaron los preparativos para la cirugía y se la siguió controlando sin que presentara ningún otro signo de alarma. Destaca como importante el hecho de que había comido a las 20:30. A las 23:30 y 23:50 se controlaron los latidos fetales, que estaban en límites aceptables. A las 23:55 se reciben los resultados del laboratorio que eran normales (salvo por anemia) y se ingresó la paciente al quirófano, sometiéndola a anestesia regional. Al practicar la cesárea se detectó líquido meconial. La niña nació con 2.550 gramos de peso, fue entregada al servicio de pediatría de guardia, se extirpó un quiste del ovario de la madre y se terminó la práctica. Alega que la paciente fue atendida con la celeridad que imponía el cuadro clínico y afirma que probablemente tenía otra patología que provocó la asfixia en los últimos minutos, como su bajo peso, su consecuente compromiso y la menor restricción de flujo placentario. Apunta

que la asfixia intrauterina por aspiración de líquido amniótico constituye una patología que puede desencadenarse en forma brusca.

La historia clínica -dice- está completa y el Hospital cuenta y contaba entonces con los recursos suficientes para la atención del parto; como que los profesionales actuaron con ajuste a las normas del arte de curar y la cesárea se practicó ¿dentro de los tiempos obstétricos y conforme los medios disponibles?. Destaca que la médica actuante manifestó que mientras se preparaba el equipo quirúrgico, se esperaban los resultados de los estudios a fin de disminuir el riesgo que suponía que la paciente hubiera ingerido alimentos pocas horas antes. Agrega que el tiempo de preparación y traslado, como la disposición del equipo médico, justificaron razonablemente la media hora que insumió la realización de la cesárea. Señala luego que la obligación a cargo de su mandante en casos como éstos es de medios y no de resultados y postula que no hay elementos que permitan establecer relación de causalidad entre el obrar de sus dependientes y el daño, pues el caso fue fortuito. Por esos, y por los demás argumentos que expone y a cuya lectura remito para abreviar, niega toda responsabilidad de su mandante. Por último ofrece prueba, formula reserva del caso federal y pide se rechace la demanda.

3. Contestado el traslado que fuera conferido en los términos del art. 301 del C.P.C. (fs. 82/83) se llamó a audiencia de conciliación, a la que no compareció la parte actora. A fs. 93 la causa fue abierta a prueba. En esa etapa del proceso la demandada recusó al Perito médico designado. Desestimada la recusación (fs. 192), producida la pericia y agregada la demás prueba que se mandó incorporar antes de la audiencia de vista de la causa, se celebró ésta con la presencia de los representantes de ambas partes. Declaró en la oportunidad una testigo, desistió la actora de la restante y dio explicaciones el perito médico citado al efecto. Inmediatamente, fue clausurada la etapa probatoria, alegaron los letrados y los autos fueron llamados para el dictado de esta sentencia.

4. Las cuestiones a tratar para pronunciarla son las que siguen.

4.1. Sobre el derecho aplicable, en consideración a que la muerte por cuyo resarcimiento se reclama ocurrió el 05 de setiembre de 2014, el caso será resuelto según las disposiciones del Código Civil derogado y las demás vigentes para entonces, conforme lo prevé el art. 7 del Código Civil y Comercial de la Nación que entró en vigencia 1º de agosto de 2015.

4.2 En lo sustancial, no son hechos controvertidos que el 4 de setiembre de 2014, V., F. de los A., de 25 años de edad para entonces, se presentó en el Hospital Oscar Orías de la ciudad de Libertador General San Martín por dolor abdominal en bajo vientre y contracciones; que cursaba un embarazo en término; que fue internada y, debido a la insuficiencia del trabajo de parto y a la taquicardia fetal, fue sometida a operación cesárea que practicó la médica obstétrica de guardia, Dra. María Marta Scaro; que a los 37 minutos del 05 de setiembre de 2014 se produjo el alumbramiento de una niña que pesaba 2550 gramos y evidenciaba sufrimiento agudo; que, no obstante las maniobras concretadas para salvarle la vida, murió a las dos horas de nacer. Discuten las partes, en cambio, sobre la responsabilidad por esa muerte. Así, la actora afirma que el tratamiento fue el adecuado pero que hubo injustificada demora en impartirlo, lo que provocó la pérdida de chance de sobrevivencia de la recién nacida. De su lado, la demandada niega toda responsabilidad argumentando que los signos de la paciente no permitían inferir ese desenlace y que el tiempo transcurrido desde que llegó al hospital y hasta el alumbramiento fue el necesario para su control, para concretar los estudios prequirúrgicos y para reducir el riesgo que suponía el hecho de que hubiera comido poco tiempo antes de su internación.

4.3. Ahora, a fin de sentar las premisas para la recta resolución del caso, cabe reiterar aquí que, tal como lo afirma la demandada, la obligación a cargo de los profesionales del arte de curar es, en principio, de medios, no de resultado; y se satisface con la disposición de todos los objetivamente necesarios, conducentes y accesibles para alcanzar el fin perseguido (la curación o mejoría del paciente). Ese fin, cual faro orientador, es el que no debe perderse de vista en la elección de esos medios y, en su caso, en la disposición de sus cambios, cuando la respuesta del paciente así lo justifique. También son obligaciones de medio y no de resultado las que corresponde a los prestadores de salud que tratan el embarazo y parto, aún en situaciones normales. Ello así, porque aun cuando no son enfermedades ni procesos patológicos, es innegable la existencia de riesgos obstétricos en todas sus etapas, que comprometan la salud de la madre y del hijo. (Cfr. Juan Calos Venini Responsabilidad por daños contractuales y extracontractual, Juris, Rosario 1992 T. 1 ps. 203 y ss.). En cualquier caso, para sindicarse responsabilidad del prestador involucrado, será ineludible la acreditación de causalidad adecuada entre la mala praxis, la omisión o la deficiente prestación y el daño, pues la presencia de éste no es de por sí reveladora de tal causalidad, en tanto pueden converger distintos factores que lo originen, tales como las condiciones propias del paciente, su demora en someterse a atención, su propia fragilidad, complicaciones imprevisibles o insuperables, entre varias otras. Con ello digo que el adverso resultado no es de por sí concluyente de la responsabilidad y que, para analizar la configuración o no de ésta, no es dable concretar un análisis retrospectivo enfocando el caso desde el desenlace y hacia el comienzo del tratamiento. Por el contrario, debe el analista situarse en cada momento de la atención desde que ésta empezó y hacia adelante, para juzgar si los medios dispuestos en cada uno de sus tramos fueron adecuados y oportunos o, cuanto menos, si fueron los aceptados como válidos y posibles por la ciencia médica, aun cuando el resultado buscado a la postre no se hubiera alcanzado. En cuanto a la prueba de la mala praxis, corresponde a la actora aportarla como imperativo de su propio interés. Sin perjuicio de ello, por el principio de la carga dinámica, también es carga de la demandada en tanto -como ocurre normalmente en casos de mala praxis médica- se encuentra en mejor condición para hacerlo y facilitar, así, la

fijación de los hechos constitutivos de la pretensión del paciente. Y si de prueba se trata, sabido es que, en casos de mala praxis médica, la historia clínica y la pericia médica son de alta conducencia. La primera, porque permite reconstruir los hechos a partir de la reseña cronológicamente ordenada del tratamiento dispensado, la respuesta del paciente, su evolución y eventuales complicaciones. La segunda, porque aporta al análisis de los hechos conocimientos relativos a una rama de la ciencia que, en principio, es ajena a la formación de los jueces. Para advertir la reconocida relevancia de la historia clínica, basta reparar en que sus omisiones, deficiencias o irregularidades generan -en principio- presunción en contra de quien tenía la obligación legal de confeccionarla. De su lado, tan importante es el rol de la pericia médica, que no le es dado al juez apartarse de ella a menos que resulte inválida por falencias serias y evidentes; incurra en contradicción con otros elementos de juicio conducentes, concordantes y precisos; o si sus conclusiones no guardan lógica con sus propios postulados. Así lo vengo sosteniendo en no pocos precedentes (ver por todos Expte. N° B- 166.891/06.).

4.4. Bajo tales premisas, sigue analizar la prueba producida. La historia clínica ofrecida por ambas partes no ha merecido impugnación u objeción alguna. Sus asientos guardan coherencia y correspondencia con los de enfermería, con la hoja de quirófano y con los resultados de los estudios. Además, no evidencia -en lo esencial y salvo algún dato aislado al que referiré más adelante- deficiencias o irregularidades que activen la aludida presunción. En cuanto a la pericia, fue producida por el Dr. Carlos Rafael Gaspar (fs. 205/227) en cuya apreciación hubo injustificada demora en la concreción de la operación cesárea; demora que resultó determinante del deterioro de la salud del feto y causante de su muerte por sufrimiento fetal agudo. Tal dictamen fue blanco de objeciones que concretó la demandada (fs. 231) y contestó el perito (236/237), quien fue convocado a la audiencia de vista de la causa para brindar precisiones. Se recibió, además, declaración testimonial de la médica tratante, Dra. María Marta Scaro. Ahora, conforme quedaron reseñadas las encontradas posiciones de las partes, en tanto la actora sostiene que el tratamiento fue el indicado pero tardío, la cuestión a dirimir es, en lo esencial, si hubo injustificada demora en la práctica quirúrgica que privó de chances de vida a la hija de la actora. Ello obliga a analizar, ante todo, la hora en que empezó a ser asistida y la de la cesárea. Después, la atención brindada en ese lapso, los estudios a los que fue sometida, el resultado que éstos arrojaron, el riesgo que atravesaban madre e hija, la manifestación o evidencia de ese riesgo y la conducta médica asumida. En torno a lo primero, la historia clínica no deja dudas de que la actora ingresó al Hospital a las 22:30 del 4 de setiembre de 2014. Así resulta del formulario obstétrico agregado en copia a fs. 11 y a fs. 111. El perito también colige de los registros en análisis que la parturienta ingresó a las 22:30 (respuesta a la primera pregunta de la parte actora (fs. 225). Luego, la operación cesárea comenzó con el suministro de anestesia a las 00:25 minutos del día 05, lo que determina que el tiempo transcurrido desde que la paciente arribó al hospital y hasta que comenzó la operación cesárea fue de una hora y cincuenta y cinco minutos. En cuanto a la atención brindada en ese lapso, resulta que apenas llegó la actora al hospital se le practicó una ecografía que, efectivamente, puso en evidencia taquicardia fetal, pues la frecuencia cardíaca era de 170 latidos por minuto. El perito precisó que hay taquicardia con 160 o más latidos por minuto. No obstante, no había signos de DIPS ni descensos de variables, tenía buena variabilidad y movimientos fetales positivos. Al declarar en la audiencia de vista de la causa, explicó al respecto la Dra. María Marta Scaro que al revisar a la paciente detectó taquicardia fetal, pero que no había ningún otro signo de alarma. Preciso que la taquicardia es signo de ?alerta? (no de alarma), que puede obedecer a varias causas, que puede ser transitoria y que también es frecuentemente provocada por movimiento fetal, que sí evidenciaba la niña por nacer. A la vez, la paciente no tenía signos de DIPS II ni descenso de variables que, de haber estado presentes, sí habrían sido signo de alarma. También surge de la historia clínica y corroboraron la Dra. Scaro y el perito, que la altura uterina era de 29 cms. (lo que indicaba que el feto tenía un peso inferior al correspondiente a la edad gestacional), la contractilidad uterina era deficiente (dos contracciones cada 10 minutos) y el cuello posterior se presentaba cerrado. Se mantuvo por ello conducta expectante y se ordenaron estudios de laboratorio (hemograma, coagulograma, recuento de plaquetas, HIV, VDRL, toxoplasmosis). Así resulta, además, de la historia clínica. Media hora después, a las 23:00 horas, la parturienta fue sometida a un segundo monitoreo que permitió determinar la persistencia de taquicardia fetal aunque con valores inferiores: 160 latidos por minuto, mientras los demás parámetros se mantenían iguales. Fue entonces cuando la Dra. Scaro decidió la operación cesárea. Mientras tanto -dijo- se iba preparando a la paciente, se reunía el equipo que intervendría en la cirugía (anestesta, neonatólogo, etc.) y se esperaban los resultados de los estudios prequirúrgicos, que son de rutina y de protocolo. También dijo la médica tratante (y sobre esto volveré más adelante) que nada permitía avizorar, para entonces, el dramático desenlace. Con el tercer monitoreo de las 23:30 horas se constató que las condiciones de la paciente y el feto se mantenían iguales, con una taquicardia fetal de 164 latidos por minuto. El de las 23:50 horas arrojó frecuencia cardíaca de 155 latidos por minuto. Los resultados del laboratorio estuvieron disponibles a las 23:55 e inmediatamente comenzó la intervención quirúrgica. De esa secuencia -que corrobora el perito médico en su reseña- resulta que en la hora y cincuenta y cinco minutos que medió entre el ingreso de la actora al hospital y el inicio de la operación cesárea no hubo desatención de la paciente, ni error en la decisión médica sobre el tratamiento a impartir ni demora en la implementación de las medidas necesarias encaminadas al efecto (estudios prequirúrgicos). Por el contrario:

los controles fueron constantes, a la media hora de llegada al hospital ya se previó la operación cesárea y aún antes (con el primer control) se ordenaron los estudios de laboratorio que correspondía practicar para prevenir cualquier complicación. Sigue analizar entonces si, como lo afirma el perito, la paciente estaba en situación de emergencia y ésta no pudo pasar desapercibida, por lo que la médica tratante debió practicarle la operación cesárea antes, es decir y según sus textuales palabras: ¿a su ingreso a la maternidad?, (fs. 226 vta.) ... ¿en forma inmediata a su ingreso? (fs. 236 vta.); aún sin la certeza de las condiciones de la paciente que aportarían los resultados de los estudios ordenados y a riesgo de que esa incertidumbre y su reciente ingesta de alimentos pudiera complicarla.

Entiendo que no y con ello me aparto de la conclusión de la pericia pues encuentro que valora la conducta médica asumida bajo el prisma del resultado y no en consideración a los signos, síntomas y circunstancias que exhibía la paciente y eran perceptibles para la médica tratante en el corto lapso transcurrido desde que la paciente ingresó al hospital y hasta que fue intervenida. Es que, partiendo de la incontrovertible base de que el diagnóstico y la atención fueron correctos, la sola circunstancia de que la cirugía fuera practicada apenas una hora y cincuenta y cinco minutos después del primer control y al tiempo en que se completaban los estudios prequirúrgicos no configura mala praxis, pues estimo no había elementos para considerar situación de urgencia o emergencia que justificara una intervención quirúrgica sin los recaudos y preparativos de protocolo. Encuentro que, en el punto, la pericia omite ponderar elementos importantes, incurre en contradicciones y se apoya en apreciaciones inconsistentes o distorsionadas. En cuanto a las omisiones, es incuestionable la taquicardia fetal. Sin embargo, ésta era variable, como que de 170 latidos pasó a 160, después a 164 y por último a 155, circunstancia que no valora el perito. Tampoco pondera que, según sus propios postulados y la bibliografía que cita, no se trataba de taquicardia severa, entendida por tal la que presenta más de 180 latidos por minuto, siendo normal la que se ubica en un rango de entre 110 a 160 (fs. 219 de la pericia). Al responder a las preguntas que, en la audiencia, se le formuló al respecto, dijo el perito que aun estando bien, un feto puede registrar taquicardia si, por ejemplo, comprime la cabeza en el cordón umbilical, que puede ser variable y que requiere control. Ello corrobora cuanto afirmó la médica tratante en su declaración, al decir que puede haber taquicardia en procesos que, no obstante, no configuran emergencia ni requieren urgencia y que puede ser transitoria. Tampoco valoró el perito -aunque lo reseña en los antecedentes del caso- que el feto no evidenciaba signos de DIPS ni descensos de variables, que tenía buena variabilidad y movimientos fetales positivos que hablaban de su vitalidad y bien podían explicar la taquicardia. Esas condiciones se mantuvieron a lo largo de los sucesivos controles. Omite asimismo la pericia toda ponderación sobre el buen estado de la salud de la madre y del feto que denuncia la propia actora en su demanda al decir: ¿no presentaba ni la madre ni el feto ninguna patología metabólica ni infecciosa? (fs. 36), y que también determina el perito al afirmar: ¿no observo que la madre gestante tuviese algún riesgo? (fs. 226). Considero que ese buen estado de ambas alejaba el cuadro de supuesto de urgencia o emergencia, manteniéndolo (por la taquicardia) en situación de ¿alerta?. Pero además de tales omisiones, la pericia evidencia contradicciones con sus propios postulados. Así, sostiene a fs. 224 vta. que la paciente era de alto riesgo desde su ingreso ¿por R.C.I.U. - bajo peso ponderal materno - cesárea anterior por RCIU - oligoamnios - fs. 23/30)? (sic.). Al respecto caben las siguientes consideraciones: El RCIU (retraso de crecimiento intrauterino) se determina -tal como ocurrió en el caso- por la altura uterina. Tratándose de gestación en término, la indicación es interrumpir el embarazo que es lo que se hizo. Sin embargo, la bibliografía que transcribe el perito no establece que la interrupción debe practicarse con tal urgencia que justifique prescindir de estudios prequirúrgicos (fs. 222 vta. y 223). El bajo peso ponderal materno al que refiere el perito como factor de riesgo no fue tal. La actora pesaba el día del parto 57 kilogramos (fs. 208) y -según la pericia- hay riesgo cuando el peso es inferior a 47 kgs. (fs. 213 vta.). Tampoco tuvo oligoamnios (ausencia o reducción de líquido amniótico). El que menciona el perito refiere al primer embarazo de la actora, según lo aclara al contestar las preguntas de la demandada y se advierte del documento que cita (fs. 28 y fs. 30); y ni siquiera hay certeza de que en esa ocasión hubiera presentado esa patología, como que se consignaron esos datos seguidos de un signo de interrogación, que -como sabe- indica imprecisión o duda sobre algún diagnóstico. Sí tuvo la actora meconio agudo crónico pero recién pudo constatararse con la cesárea. En cualquier caso y según lo postula el propio perito, el meconio es un signo de alerta y no necesariamente de sufrimiento fetal (fs. 217 vta.) aunque obliga a evaluar la taquicardia fetal lo que sí se hizo en el caso. En la audiencia ilustró que la presencia de meconio no es detectable por ecografía, lo que corrobora que -como dijo la Dra. Scaro en su declaración- nada permitía avizorar el dramático desenlace. Por último, encuentro inconducente la pericia en tanto formula críticas que estimo infundadas o inconsistentes por irrelevantes. Así, dice que la paciente sólo fue asistida por la enfermera en el primer control de las 22:30, cuando es evidente que la médica obstetra también la controló a esa hora. Así lo pone en evidencia el registro de fs. 11 vta. Tampoco hay indicios de la desconexión entre los profesionales del equipo (médica ginecóloga, neonatólogo, anestesista). La actora no denunció esa circunstancia y la historia clínica devela que todos ellos prestaron servicios coordinadamente al tiempo de la cirugía. También carecen de sustento las omisiones que señala en el consentimiento informado para la operación cesárea. Si bien ese documento exhibe espacios en blanco, consigna los datos de la paciente y su firma (fs. 12). Además, siendo indiscutible que esa práctica quirúrgica era necesaria e ineludible, cualquier deficiencia de ese documento

resulta irrelevante. Por último, la referencia a patología cardíaca que consignó el perito y que habría importado especial riesgo, fue por él descartada luego al contestar las observaciones a la pericia (fs. 236). Entonces y para concluir, tomando los conceptos del perito al aludir a los vocablos ¿prever? y ¿prevenir? (fs. 212 vta.) considero que los signos y síntomas que tuvo la paciente al llegar al hospital (y que, en lo sustancial, no variaron en la hora y cincuenta y cinco minutos posteriores), no alcanzaban para prever de entrada lo que iba a suceder después, como que la presencia de meconio no pudo ser detectada antes del alumbramiento, por lo que no encuentro culpa médica por el hecho de haber practicado la cesárea al tiempo en que se hizo. Con ello digo que si bien la taquicardia fetal y el deficiente trabajo de parto determinaban la necesidad de cesárea, no justificaban que ésta se llevara a cabo sin los recaudos mínimos de seguridad, como lo son -según las máximas de la experiencia y el conocimiento con el que cuenta cualquier neófito- los estudios prequirúrgicos. Especialmente, los cardiológicos y los de coagulación. En definitiva y para concluir, considero que el daño que en esta causa denuncia su promotora existió pero no guarda nexo causal con mala praxis alguna, por lo que la demandada debe ser rechazada y así lo dejo propuesto.

4.5. En cuanto a las costas, propongo imponerlas por el orden causado porque si bien la muerte de la hija de la actora no puede atribuirse a mala praxis de quienes la asistieron al momento del parto, las circunstancias en la que ocurrió me llevan a la convicción de que litigó convencida de su derecho y de buena fe, por lo que se configura el supuesto de excepción que contempla el art. 102 2º párrafo del C.P.C.

4.6. En cuanto a los honorarios profesionales, con ajuste a las disposiciones de la ley 6112, en mérito al motivo, extensión y calidad de la labor desarrollada, la complejidad de la cuestión, la implicancia en la responsabilidad profesional de los letrados actuantes y la trascendencia económica y moral en juego (art. 17), considerando el resultado obtenido y lo dispuesto en el segundo apartado del art. 24, propongo regular los que corresponden al Dr. LEONARDO QUINTAR en la suma de CINCUENTA MIL PESOS y los del perito MÉDICO Dr. CARLOS RAFAEL GASPAS, en la de OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS (\$ 8.750.-). Por la labor desempeñada en el incidente de incompetencia en que tramitó por Expte. C-51.815/15 en el que resultara vencedora la actora, estimo los honorarios del Dr. LEONARDO QUINTAR en la suma de NUEVE MIL PESOS (\$ 9.000.-). A todos esos montos se les sumará el del impuesto al valor agregado, de corresponder. Tal es mi voto. El Dr. JUAN PABLO CALDERÓN dijo: Que por compartir el análisis y la valoración de las cuestiones tratadas en el primer voto, hace suyas sus conclusiones y se pronuncia en el mismo sentido. Expte. C-43494/15, caratulado: ¿DAÑOS Y PERJUICIOS: V., F. de los A. C/ ESTADO PROVINCIAL?. El Dr. RICARDO SEBASTIÁN CABANA dijo: Que habiendo sometido todas y cada una de las cuestiones reseñadas en el primer voto a amplia deliberación, por guardar coincidencia con las consideraciones meritadas adhiere a él y también se pronuncia por el rechazo de la demanda. Por lo expuesto, la Sala III de la Cámara en lo Civil y Comercial, RESUELVE: 1. Rechazar la demanda promovida por V., F. de los A. en contra del ESTADO PROVINCIAL. 2. Imponer las costas por el orden causado. 3. Regular los honorarios profesionales del Dr. LEONARDO QUINTAR por la labor desempeñada en el principal, en las sumas de CINCUENTA MIL PESOS (\$ 50.000.-) y por la cumplida en el Expte. C-51.815/15 ¿Incidente de excepción de competencia ...? en la suma de NUEVE MIL PESOS (\$ 9.000.-) y los del perito MÉDICO Dr. CARLOS RAFAEL GASPAS, en la de OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS (\$ 8.750.-). En todos los casos, más el impuesto al valor agregado, de corresponder. 4. Registrar, agregar copia en autos, notificar por cédula y hacer saber a C.A.P.S.A.P. y a la Dirección General de Rentas.

Co rrelaciones P., E. M. c/M., M. D. y S., F. E. y Estado Provincial s/ordinario - Cám. Civ. y Com. Jujuy - Sala I - 06/02/2009 Cita digital: