



NEUQUEN, 27 de Octubre del año 2016.

Y VISTOS:

En acuerdo estos autos caratulados: **"MAUREYRA LIRIA INES C/ PROVINCIA DEL NEUQUEN S/ D. Y P. - MALA PRAXIS"**, (Expte. N° **430766/2010**), venidos en apelación del JUZGADO CIVIL 3 - NEUQUEN a esta **Sala II** integrada por los Dres. Federico **GIGENA BASOMBRIO** y Patricia **CLERICI**, con la presencia de la Secretaria actuante Micaela **ROSALES** y, de acuerdo al orden de votación sorteado, **el Dr. Federico GIGENA BASOMBRIO dijo:**

I.- Se dicta sentencia a fs. 350/359 vta., rechazando la demanda.

La decisión es apelada por la actora, expresando agravios a fs. 373/392.

Inicia su queja con un relato de los hechos que dieron lugar a su reclamo, y a continuación, expresa como primer agravio la omisión de fundar el fallo de conformidad a "la doctrina de las pruebas dinámicas".

Argumenta que en esta clase de procesos es preciso tener en cuenta que al paciente o víctima de la mala praxis le resulta verdaderamente imposible aportar elementos de convicción, pues éstos se encuentran en poder del profesional o del establecimiento donde se aplicó el tratamiento o se realizó la intervención quirúrgica.

Extiende esta afirmación a la historia clínica, dado que la misma es redactada por los propios profesionales que difícilmente dejen registrados hechos u omisiones que además pueden haber pasados inadvertidos para ellos.

Estas circunstancias -sostiene- han llevado a proponer que esta cuestión se resuelva mediante la presunción de que en el acto médico ha existido un error o descuido,



cuando exista proximidad temporal entre el procedimiento, expresando que en el caso hay indicios para establecer causalidad entre la praxis médica previa a una simple consulta por un cuadro de hemorragia ginecológica y la posterior intervención con las secuelas dañosas advertidas luego de la misma.

Cita jurisprudencia, y continúa señalando que tratándose de una obligación de medios el profesional debe demostrar que no hubo culpa de su parte por lo que dicha prueba se satisface con acreditar la no culpa, lo que consiste en haber obrado correctamente.

En esa senda, enumera que el médico debería probar cómo hizo el diagnóstico, haber empleado conocimientos y técnicas aceptables, haber suministrado la medicación correcta y controlado al paciente, entre otras cosas.

Insiste con la idea de que para el paciente la posibilidad de probar es dificultosa pues es preciso recurrir a conocimientos científicos a los que no tiene acceso, salvo la colaboración de otros profesionales que generalmente son renuentes a dictaminar en contra de sus colegas.

Expresa que a ello hay que agregar que la mayoría de las pruebas están en manos del profesional: la historia clínica, los estudios bioquímicos, las radiografías, las ecografías, cuestión que se complica aun más cuando el paciente estuvo en el quirófano o en Terapia Intensiva.

Bajo ese marco conceptual, expresa que la actora ingresó al hospital para ser evaluada por un simple cuadro de metrorragia compatible con un embarazo anembrionado, luego fue sometida a una intervención con anestesia total, se le efectuó un curetaje uterino evacuador, maniobra que debió ser suspendida por encontrarse una perforación uterina, extrayéndose la cureta con material compatible con grasa de



epiplón y serosa uterina, lo que da pauta de perforación uterina.

En otro capítulo de los agravios, se refiere a la pericia médica, que a su juicio ha presentado vicios de forma y de concepto, careciendo la tarea del perito de la calidad de ser clara, objetiva e imparcial.

Rememora que, a título de impugnación, expuso oportunamente que el perito compartía el diagnóstico presuntivo de embarazo amembrionado, explicaba que el útero reblandecido es signo de embarazo y no de friabilidad, agregando que en caso de coágulos malolientes el legrado era lo absolutamente indicado, pero no explicaba la implicancia en ese cuadro de un útero en retro-verso-flexión.

Sostiene que, en definitiva, el daño se produjo por un legrado mal practicado y porque se decidió esa práctica en un útero, bajo condición sumamente delicada, impugnando la técnica elegida pues al no existir un riesgo inminente - señala- al menos debió intentar la vía natural.

Alude a la historia clínica y concluye que al momento del ingreso de a paciente, en ningún momento se habló de fiebre o sospecha de infección, por lo que cabía la posibilidad de inducirla por la vía natural.

Tampoco comparte con el experto el concepto de consentimiento informado, agregando que no existe en el historial médico de la actora ninguna constancia que acredite que fue ilustrada acerca de las opciones.

Continuando con la pericia, señala que el experto sostuvo que en el ingreso el Dr. C. le efectúa un curetaje merino evacuador, habiéndose constatado material compatible con grasa de serosa de epiplón y serosa intestinal, lo que resulta ser signo inequívoco de perforación uterina.



En ese sentido y luego de relacionar la anotación en la historia clínica que aparece con un signo de pregunta "*Perforación uterina*"? se le pregunta al perito a que pudo obedecer esa duda, éste responde a que es poco probable que en manos expertas una única introducción de la cureta pudiera perforar el intestino, destacando aquí el quejoso que en realidad el resultado colisiona con la afirmación del experto, sin que existan antecedentes que puedan dar sustento a la conjetura de maniobras abortivas.

Expresa que en realidad, la duda solo es muestra de negligencia del especialista que, sumado al error del ecografista, de cuya participación no hay registros, llevan a minimizar el desarrollo posterior de los sucesos que culminara con la detección de la perforación del intestino, que sí fue detectada en Neuquén.

Señala que al haberse interrogado al perito éste aceptó que la técnica quirúrgica es cuestionable ya que - sostiene el apelante- cuando durante un curetaje uterino el ginecólogo se encuentra, ante la posible lesión intestinal en lugar de la laparotomía exploradora es preciso realizar una exploración tradicional a cielo abierto para devanar el intestino, encontrar la lesión y solucionarla.

También se agravia pues sostiene que el perito soslayó que pese a haber detectado una lesión superficial en el intestino el médico no relacionó eso con la posterior evolución de la paciente, cuestión que fue advertida por un médico clínico momento en que debido a que la situación desbordaba la capacidad del hospital de Chos Malal se decide la derivación a Neuquén.

En tercer lugar se agravia de lo que entiende es una errónea interpretación de la responsabilidad civil de la demandada pues, con cita de doctrina, entiende que es preciso



enfocar la cuestión desde el daño injustamente sufrido y no desde el dogma de "no existe responsabilidad sin culpa".

Sostiene que en el actual derecho de daños, el contenido de la antijuridicidad reside en el disvalor del resultado, relegándose al disvalor de la acción a un plano secundario.

Argumenta que tratándose de un sistema de ilícitos civiles atípicos, es fundamental la tarea del juez a la hora de seleccionar los intereses a proteger en cada caso concreto, teniendo en cuenta que la realidad se presenta en un continuo cambio, debiendo primar los valores de solidaridad social y equidad.

En esa misma senda, sostiene que el derecho de daños requiere que el daño infringido sea reparado razón por la cual se busca un responsable, ya no para castigarlo sino para imponerle la carga de la reparación.

Explica que al referirse a la responsabilidad civil se debe evaluar, si se trata de una obligación de medios o resultados, si cabe aplicar los conceptos de culpa subjetiva y a partir de allí quien debe probar esa circunstancia y por último el dictamen médico pericial que aparece como la prueba más relevante.

Afirma que si bien no hay posibilidad de argumentar una intención dolosa típica por parte del personal médico del Hospital de Chos Malal, tampoco es posible pasar por alto que las secuelas padecidas por la actora, se orientan hacia el incumplimiento culposo de los deberes del centro asistencial demandado, insistiendo aquí que las lesiones no pueden ser atribuidas a un hecho fortuito o a un hecho propio.

Cita un antecedente de este Cuerpo que se explyaya en conceptos relativos a la relación de causalidad en casos de



mala praxis médica y las particularidades que allí se presentarían.

Se agravia a continuación, de la imposición de costas pues su parte contaba con razones suficientes para considerarse con derecho a accionar para obtener el resarcimiento de un daño injusto, deja planteado el caso federal y solicita se revoque la sentencia.

A fs. 394/398, contesta los agravios la parte demandada, expresando en primer lugar que el recurso no cumple con los requisitos formales para ser considerado pues es sólo reiteración de lo manifestado al demandar.

Manifiesta que no se individualiza un error concreto, tampoco manifiesta un agravio real y específico y tampoco aporta una solución correcta a algún error que pueda destacar.

Sostiene que en realidad no hay agravios sino mera disconformidad con un resultado desfavorable.

Luego, y con cita de un antecedente del Tribunal Superior de Justicia, avala la postura de la sentencia acerca de la cuestión probatoria, tanto en lo que se refiere a la carga de la prueba como a la interpretación de la prueba científica objetiva, lo cual lleva a la parte a afirmar que no ha mediado acción antijurídica por parte de los galenos de la salud pública neuquina.

Solicita se rechace el recurso y se confirme la sentencia, con costas.

II.- Reseñados los agravios, entiendo que la parte más importante de la queja se relaciona con el modo en que fue interpretado el material probatorio, reclamando la apelante no sólo una interpretación distinta de los dictámenes periciales sino, y con mayor determinación, la aplicación de



las denominadas cargas dinámicas de la prueba, que llevarían a que sea el demandado quien acredite que se actuó de conformidad a las correctas artes de curar.

En ese sentido, es útil repasar que la necesidad de probar el actuar negligente en el caso de la responsabilidad de los médicos, se relaciona de modo inescindible con el tipo de obligación que le cabe al médico: obligación de medios.

Se trata de una obligación de medios y no de resultados pues lo que se pone en juego es el saber y competencia del médico frente a circunstancias vitales que escapan cualquier posibilidad de control.

En el mismo sentido, la idea de que debe probar quien ya tiene la información o la prueba y en función de ello le resulta más sencillo arrimarla al proceso, es preciso destacar que en el presente caso no se entiende cuál sería la prueba faltante que, en poder del médico tratante se ocultó a la paciente.

La invocación de la doctrina de las cargas dinámicas en precedentes jurisprudenciales se ha presentado asociada a circunstancias de hecho tales como la omisión de acompañar la historia clínica, o defectos en la redacción de la misma lo cual en realidad no impone una carga dinámica probatoria, sino que se constituye en un indicio muy intenso a partir del cual es verosímil aceptar la conducta culposa del médico.

Sin embargo, la aplicación lisa y llana de la mencionada doctrina lleva a quebrar el sistema de responsabilidad en el caso concreto pues decididamente no se trata de un sistema de responsabilidad objetiva, y ello así pues a diferencia de casos como el del riesgo creado por la irrupción del automóvil, en el caso de la salud humana no es



posible en modo alguno dejar de lado la incidencia causal de la propia enfermedad o el estado de salud del paciente previo a la intervención del médico.

Esta circunstancia es la que recepta la clasificación de la obligación del médico como una obligación de medios, pues a la luz de la fundamental incidencia causal de factores ajenos al control del médico, éste sólo puede obligarse a poner su ciencia y diligencia en una tarea que razonablemente pueda conducir al resultado de curar al paciente, resultado que no se puede garantizar.

De conformidad a lo dicho y destacándose las notas ya expuestas, el Tribunal Superior de Justicia en la causa "Lagos" del 12 de mayo del 2.006 sostuvo que:

*"...es criterio dominante en la doctrina y la jurisprudencia considerar que la obligación que asume el médico frente al paciente, implica, como regla, **un deber de medios y no de resultados.**"*

*"El médico se obliga a utilizar de manera apropiada para lograr la curación poniendo toda su ciencia, diligencia y prudencia en el tratamiento del enfermo, no está obligado al restablecimiento de la salud, sino solamente a procurar y proporcionar todos los cuidados que requiera ese paciente según el estado de la ciencia y la denominada *lex artis ad hoc*, aplicando todo su conocimiento y diligencia. Allí se encuentra el límite de su deber. Al respecto el Dr. Bustamante Alsina apunta: **la actividad o trabajo profesional consiste en la prestación de una curación diligente e idónea sobre la base de las reglas del arte de la medicina y su evolución** (cfr. Aut. Cit. "Responsabilidad Civil de los médicos en el ejercicio de su profesión", nota a fallo L.L. 1976-C-65)."*



"Todo tratamiento médico cuenta con un margen de **imprevisibilidad que tradicionalmente se denomina alea**, de modo que aun tomando todos los recaudos necesarios, el **resultado puede ser diverso al buscado, circunstancia que no siempre es reprochable al facultativo**. De allí la importancia de la prudencia al momento de evaluar la conducta médica."

"En esta materia **no resulta procedente la objetivación de la responsabilidad**, como tampoco una presunción legal general de culpa que cargue, sin mas, al médico con la prueba de su liberación (cfr. Elena I. Highton de Nolasco, Malamud Oscar, "Responsabilidad médica en pro de la teoría de la culpa", en la obra colectiva Responsabilidad por daños en el tercer milenio, en homenaje al profesor Atilio Alterini, Ed. Abeledo Perrot, Bs. As, 1997, pág. 689)."

"En definitiva y en lo que se refiere al punto en cuestión debe tenerse en cuenta que, con relación al médico, no es admisible la responsabilidad objetiva, que es necesario que exista culpa de su parte (no la culpa leve o levísima), que su tarea es de medios no de resultado, que la ciencia médica no es exacta, que debe apreciarse con criterio restrictivo y que debe tratarse de un error objetivamente injustificable."

"La carga probatoria: en casos como el presente y en cualquier otro supuesto señalo que en modo alguno comparto la teoría de las cargas probatorias dinámicas por cuanto la misma, a mi entender, viola la garantía del derecho constitucional de defensa en juicio y el principio de inocencia (ver al respecto Alvarado Velloso, Teoría general del Proceso, en el capítulo que se refiere a la prueba).

"... existe una norma expresa que establece la forma en que el juez debe decidir la cuestión al momento de valorar la producida y es así que el artículo 377 del Código



de Rito dispone que "incumbirá la carga de la prueba a la parte que afirma la existencia de un hecho controvertido o de un precepto jurídico que el juez o el tribunal no tenga el deber de conocer. Cada una de las partes deberá probar el presupuesto de hecho de la norma o normas que invocare como fundamento de su pretensión, defensa o excepción", con lo cual y además de los principios constitucionales, la letra clara de la legislación vigente vedan la aplicación de la teoría en cuestión, aspecto éste que no puede obviarse por el juez" (autos "Assad c/ Provincia del Neuquén", expte. n° 315.319/2004, P.S. 2010-VI, n° 213; "Armando c/ Policlínico Neuquén", expte. n° 353.664/2007, P.S. 2013-I, n° 4).

Volviendo al caso, no se advierte la dificultad probatoria que llevaría a variar la carga probatoria destacándose aquí que la historia clínica fue acompañada y que obran dos dictámenes periciales que destacan que no hubo negligencia por parte del médico.

En ese sentido, el dictamen del Dr. Losada se efectúa en el marco de la investigación fiscal y el del Dr. García en el presente proceso.

En el caso, la actora ingresa al hospital con un cuadro de metrorragia que es atribuido a un embarazo anembrionado.

A fs. 106 vta. el perito se explaya: "Existen varias modalidades terapéuticas ante el diagnóstico de un embarazo anembrionado: tratamiento conservador: se espera a que ocurra una pérdida espontánea. Una vez presentada la clínica de sangrado se realiza un estudio ecográfico para verificar la total expulsión del tejido placentario. Si hay remanentes se pueden utilizar algunos medicamentos que faciliten la expulsión del tejido remanente o practicar un legrado o curetaje uterino bajo anestesia. Tratamiento médico:



se refiere al uso de medicamentos siguiendo esquemas bien detallados cuya finalidad es producir cambios en el cuello del útero y contracciones uterinas que permitan la expulsión de las membranas ovulares (tejidos placentarios). Si este método falla (alrededor del 15 % de los casos se realiza un legrado uterino. Tratamiento quirúrgico: una vez presentadas las opciones anteriores y aceptada la decisión de la madre se practica un legrado o curetaje uterino (con instrumental o por succión) para evacuar activamente el contenido uterino. La ventaja del procedimiento quirúrgico radica en que se realiza de manera inmediata y la paciente sabe que el problema ha sido resuelto y el efecto psicológico de la expectativa de la pérdida queda anulado".

A continuación: "... En el ingreso el día 30/12/2006 el médico tratante (Dr Crichton) realiza un tacto vaginal y comprueba un útero reblandecido, doloroso y aumentado de tamaño como de dos meses de gesta con coágulos malolientes que extrae manualmente. En el parte quirúrgico del legrado se reitera el aumento del tamaño del útero como de dos meses de gesta...El cuello uterino está abierto con efracción (lesión, herida) en el labio anterior. Realiza una histerometría e introduce una cureta de Sims N° 5 y al extraerla se ve material compatible con grasa de epiplón y serosa intestinal (signos inequívocos de perforación uterina). Se suspende el procedimiento, se solicita una ecografía para realizar una laparoscopia. Esta es realizada en privado e informa que tanto la ecografía abdominal como la ginecológica son normales. Acá hay un grosero error diagnóstico por parte del ecografista que no ve, signos de la perforación uterina ni líquido en abdomen, ya que el estudio se realiza entre las 17:20 (salida del paciente del hospital), y las 18:40 hs (regreso de la paciente al hospital). El mismo día a las 19 hs. Se realiza la laparoscopia y se observa sangre libre en la



cavidad y el cirujano observa dos lesiones en el fondo uterino,... sutura ambas. Observa también en sigmoides lesiones por raspado que comprometen grasa y serosa sin solución de continuidad..."

Hasta aquí tenemos que a su ingreso, la actora no tenía la perforación intestinal que le produjo la sepsis cuestión que destaca el perito García y el Dr. Losada -fs. 59- *"El examen ginecológico ratifica el tamaño uterino, lo maloliente de su contenido, el reblandecimiento de la pared uterina, maniobras que son dolorosas, aunque no hay peritonismo, o sea reacción inflamatoria del peritoneo, tiene ruidos hidroaéreos intestinales que indican actividad motora del mismo. Esto excluye la perforación intestinal en curso al momento del examen."*

Asimismo, es posible afirmar a partir de lo expresado por ambos médicos que ante la presencia de los coágulos malolientes el recurso al legrado era el procedimiento indicado.

Otro aspecto en que se encuentran contestes los expertos es que al haber encontrado material compatible con grasa de epiplón y serosa de intestino, la técnica adecuada fue suspender el acto quirúrgico y luego proceder a la sutura de las perforaciones uterinas por medio de la laparoscopia.

En cuanto a la laparoscopia, el perito García es quien resulta más asertivo en atribuir a dicha intervención el resultado de la perforación intestinal, señalando también con certeza que es un: *"... evento que está dentro de las complicaciones de la intervención..."*

El mismo perito al contestar las impugnaciones expresa: *"...Si la perforación intestinal se produjo en la cirugía laparoscópica, está dentro de los riesgos de la práctica. La técnica quirúrgica elegida es por lo menos*



cuestionable: Ante una perforación uterina y la posibilidad cierta de encontrarse un hemoperitoneo la cirugía debe ser abierta, es decir una laparotomía exploradora que permite explorar y visualizar todo el contenido peritoneal con mejor movilización de los órganos para controlar los vasos sangrantes. El especialista realizó una laparoscopia de esta forma el campo quirúrgico es más acotado, menos amplia la visualización, aun así antes de cerrar (dar por terminado el actor quirúrgico) se debe realizar una minuciosa revisión de la hemostasia (control de los vasos sanguíneos y eventuales hemorragias), un lavado profuso de la cavidad." -fs. 117 vta.-

Cabe destacar que lo que señala el perito con respecto a su opinión de preferir la laparotomía es un postulado en general pero que en el caso concreto la existencia de lesión en el intestino, al momento de practicar la laparoscopia no era una posibilidad cierta, pues hasta ese momento no tenía fiebre ni abdomen agudo, de modo tal que la elección de la laparoscopia no aparece desacertada.

En el mismo sentido es que se comprende que el perito señala: *"El diagnóstico de abdomen agudo, es un diagnóstico amplio que engloba a muchas patologías entre ellas el hemoperitoneo"* y luego *"Ante la posibilidad cierta de lesión intestinal y además perforación uterina es de elección una cirugía a cielo abierto porque permite un mejor control de las lesiones y las eventuales hemorragias"*

De este modo tanto la práctica del legrado como luego la elección de la laparoscopia son actos quirúrgicos que se encontraban justificados al momento en que fueron efectuados y si a ello agregamos que la perforación intestinal está dentro de las complicaciones de la intervención, encuentro que con ello es posible afirmar que no medió un actuar negligente del Dr. Crichton.



Cabe recordar que el reproche que da lugar a la pretensión se refiere concretamente a que habría mediado una práctica negligente en el momento de efectuarse el legrado, sin embargo de la lectura de los informes periciales no surge que ello haya sido así, pues recordemos una vez más que el médico no puede asegurar que va a curar al enfermo, sólo puede comprometerse a desempeñar una conducta eficiente, idónea, con ajuste al procedimiento que las técnicas respectivas indiquen como más adecuadas para alcanzar la finalidad de curar al paciente.

No puede sostenerse una obligación legal de curar o evitar todo daño y en este caso no se encuentra acreditado que se haya omitido algún cuidado o que las conductas seguidas por los distintos profesionales hayan sido precipitadas y puedan inscribirse en una infracción a las reglas del arte de curar.

Por otra parte la queja acerca de que la perforación no fue detectada en Chos Malal, entiendo que también cabe descartarla pues la propia derivación al Hospital de Neuquén niega esa afirmación.

Recuérdese que la derivación se produjo no porque no se supiera lo que le ocurría a la actora, sino por la falta de complejidad del hospital de aquella ciudad para un tratamiento adecuado.

En definitiva, lo que entiendo ha sido acreditado es en primer lugar la necesidad del legrado y luego la laparoscopia a la que se arribó para suturar las dos perforaciones uterinas.

La opinabilidad se presenta respecto a la técnica quirúrgica laparoscópica, la que el perito califica de cuestionable pues se utiliza también la exploratoria a cielo



abierto, sin embargo no fue descalificada ni tildada de errónea.

La crítica en relación a la cuestión del consentimiento informado, tampoco podrá prosperar.

Así he tenido ocasión de señalar, en consideraciones que resultan aplicables al presente: *"...ateniéndonos a la Ley 26.529, son, por un lado, de orden ético (falta a las buenas costumbres y a la moral que debe presidir el obrar del galeno) y, por otro, de orden jurídico (constitutivo de un ilícito que obliga a reparar por el daño injusto causado al paciente inocente y víctima, en relación de causalidad adecuada) -cfr. Mosset Iturraspe, Jorge, "Derechos del Paciente", Ed. Rubinzal-Culzoni, 2011, pág. 6."*

"En autos se encuentra ausente este nexo causal adecuado entre la eventual ausencia de consentimiento informado y el daño sufrido por la actora."

"En primer lugar y conforme ya lo señalé comparto la conclusión de la sentencia de grado referida a la mala praxis médica. Expresamente la a quo ha sostenido que el médico que atendió a la actora hizo un correcto diagnóstico y ejecutó la intervención quirúrgica como tratamiento adecuado a la dolencia."

"Luego, tampoco aclara la apelante en que hubiera variado la situación de conocer la paciente la existencia de otros métodos de abordaje quirúrgico, o cuál fue la información que de haber sido conocida hubiera evitado o disminuido el daño. Adviértase que los dos peritos actuantes en autos son contestes en que la solución para la lesión de la accionante era quirúrgica, y que la técnica utilizada por el profesional tratante es válida y adecuada para ese tipo de patología..."



"De ello se sigue que la existencia o ausencia de consentimiento informado no aparece, en mi opinión, como un elemento relevante en la producción o el agravamiento del daño que presenta la demandante." ("FIRTUOSO MARTA BEATRIZ CONTRA MAPFRE ARGENTINA ART S.A. S/D.Y P. - MALA PRAXIS", (Expte. EXP N° 356451/2007)-16-6-15)

Por último y en lo que se refiere al agravio relativo a la imposición de costas, hemos sostenido en otras ocasiones que el contar con razones para litigar no constituye por sí solo una justificación para la eximición de costas, debiendo tratarse de razones objetivas que puedan llevar a sostener una pretensión.

En este sentido, y si bien el suscripto no comparte la doctrina de las cargas dinámicas probatorias y la orientación de que sea el médico quien debe probar el actuar diligente -en este caso la provincia el desempeño de su dependiente- no puedo omitir que tanto alguna doctrina como precedentes jurisprudenciales recogen esa orientación de modo tal que encuentro que en el caso concreto, están acreditadas las razones objetivas que se exigen para eximir de costas en los términos del artículo 68 del C.P.C. y C.

Por todo lo expuesto, propongo que se haga parcialmente lugar al recurso confirmándose en lo principal la sentencia apelada y revocándose únicamente en el capítulo relativo a la imposición de costas, las que se impondrán en ambas instancias en el orden causado.

Los honorarios de la Alzada se fijarán en un 30% del monto que se determine en la Primera Instancia.

La Dra. Patricia CLERICI dijo:

Por compartir los fundamentos vertidos en el voto que antecede, adhiero al mismo.



Por ello, esta **Sala II**

RESUELVE:

I.- Modificar parcialmente la sentencia de fs. 350/359 vta., y en consecuencia, imponer las costas de primera instancia en el orden causado, al igual que en esta instancia, confirmándose en lo demás y que ha sido materia de agravios.

II.- Fijar los honorarios de los profesionales intervinientes en la Alzada en el 30% del monto que se determine en la Primera Instancia.

III.- Regístrese, notifíquese electrónicamente y, en su oportunidad, vuelvan los autos al Juzgado de origen.

Dr. FEDERICO GIGENA BASOMBRIO - Dra. PATRICIA CLERICI
Dra. MICAELA ROSALES - Secretaria