

REG. SENT. NRO. 170/11, LIBRO SENTENCIAS LXVII. Jdo. 25

En la ciudad de La Plata, a los 3 días del mes de de Noviembre de 2011, 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: "B. E. L. Y OT. C/HOSPITAL INT. DE AGUDOS L.C. DE GANDULFO Y OT. S/ DAÑOS Y PERJUICIOS " (causa: 112544), 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. 243/248 ?

2da. ¿ Qué pronunciamiento corresponde dictar ?

V O T A C I O N

A la primera cuestión planteada el doctor Sosa Aubone dijo:

I. Antecedentes.

En el prealudido decisorio el Sr. Juez a quo rechazó la demanda de daños y perjuicios promovida por E. L. B., G. L. C., G. P. C., D. A. C., A. E. C. y H. D. C. contra el FISCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, impuso las costas a la actora por resultar vencida, y reguló honorarios.

Contra esa forma de decidir apeló la accionante a fs. 249, el Dr. José Juan CASCONI a fs. 250 (apeló por altos todos los honorarios y bajos sus honorarios). La actora expresó agravios a fs. 276/278, los cuales fueron contestados por la demandada a fs. 281/282.

II. Los agravios.

La disconformidad de la actora se centra en que -según afirma- de las constancias de las pericias médicas y demás elementos de autos surgen elementos probatorios que permiten inferir con claridad que la muerte del Sr. C. se produjo por una infección, la que adquirió mientras estuvo internado en el Hospital Luisa C. de Gandulfo de Lomas de Zamora.

Para abonar dicha expresión manifiesta que el perito de la Asesoría Pericial a fs. 127 afirmó que es probable que la infección contraída por el Sr. C. haya sido contraída en el ámbito hospitalario; y que en otros tramos del dictamen se señala que la bacteria *Pseudomona* es esencialmente de carácter intrahospitalaria.

III. Análisis de los agravios.

i) Dando inicio a la tarea revisora, anticipo que el recurso no puede abrirse camino, pues la accionante no demuestra la existencia de error "in iudicando" alguno que contenga la sentencia en crisis.

ii) Sin perjuicio de ello, atento la petición de deserción esgrimida por la contraria, destaco que la expresión de agravios presentada por la actora, analizada con la flexibilidad que impone el hecho de estar en juego el derecho de defensa en juicio del recurrente (art. 18, C.N.), supera el test de admisibilidad (arts. 260 y 261, C.P.C.C.).

iii) Sentado ello, 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, siendo erróneo considerar que el médico sólo debe responder en casos de "falta notoria de pericia, grave negligencia o imprudencia, ignorancia inexcusable, grosera

inadvertencia, graves errores de diagnóstico y tratamiento" (arts. 512, 902 y 909, Código Civil; conf. SCBA, Ac. 31.702, 22/12/87, "Ac. y Sent." 1987-V, 355; Ac. 38.114, 25/10/88, "Ac. y Sent." 1988-IV, 79; 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. 58.840, 5/9/95 en "Ac. y Sent." 1995-3, 434; Ac. 55.404, 25/3/97, "Ac. y Sent." 1997-I, 555; Ac. 66.276, 12/5/98, E.D. 182-224; Ac. 73.652, 2/8/2000, L.L.B.A. 2001-194; Ac. 76.592, 13/6/2001; Ac. 69.059, 29/10/2003).

En consecuencia, la responsabilidad del médico aparece si puede establecerse la conexión causal entre una acción u omisión y el daño: éste debe haber sido causado u ocasionado por aquélla (arts. 1068, 1109, 1113 y 1114, Código Civil; ver en este sentido SCBA, Ac. 65.802, 13/4/99; Ac. 76.198, 7/2/2001; C. 100.819, 25/3/2009).

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.

Aún cuando el médico observe cuidadosamente las reglas de su arte y ponga sus conocimientos y habilidades al servicio del paciente, pueden presentarse complicaciones o -como aconteció en el sub lite- una patología posterior imposible o improbable de prevenir o controlar.

En cuanto a la responsabilidad de los hospitales, y con relación a los hechos endilgados al Hospital Interzonal de Agudos L. C. de Gandulfo, los mismos se enmarcan en la responsabilidad de Estado para la obligación de prestar el servicio de sanidad en condiciones adecuadas para el fin social establecido, siendo responsable de los perjuicios que causare su incumplimiento o su ejecución irregular (ver en este sentido: CSN, Fallos 306:2030; 307:821; 312:343; 315:1892; 317:1921; 322:1393 y 1402 y sus citas). Al respecto, la SCBA ha señalado que la obligación de reparar el daño causado nace del defectuoso cumplimiento de uno de los deberes del Estado, cual es brindar asistencia médica a la población (Ac. 77.960, 14/6/2006; Ac. 79.514, 13/8/2003; Ac. 88.940, 18/5/2005; C. 97.827, 9/6/2010), yaciendo la idea objetiva de falta de servicio en lo normado por el art. 1112 del Código Civil (CSN, Fallos 306:2030).

La relación del Estado a través de hospital público con el paciente y la relación médico-paciente, se desenvuelven en el ámbito del derecho público constitucional y/o administrativo (arts. 75 inc. 19 y 23, Const. Nac. y 36, inc. 8, Const. Prov.; SCBA, Ac. 84.389, 27/4/2005; Ac. 88.940, 18/5/2005), encuadrándose la responsabilidad comprometida dentro del ámbito del régimen extracontractual (SCBA, C. 97.827, 9/6/2010).

Los establecimientos públicos de salud se encuentran obligados constitucionalmente a organizar el servicio de salud y frente a un deficiente funcionamiento del mismo, el Estado responde directa y objetivamente, pues hace a su propia función, y no a la actuación del profesional o dependiente. De tal modo, si el servicio no funcionó, funcionó mal o tardíamente, queda atrapada la

responsabilidad del Estado, pues parte de una situación objetiva de falta o deficiente servicio que el Estado por mandato constitucional debe garantizar, pues justifican su propia existencia (SCBA, Ac. 79.514, cit.; Ac. 86.304, 27/10/2004, L.L.B.A. 2055, pág. 43).

Dicha obligación tácita de seguridad del sanatorio, que es de naturaleza objetiva, puede ser de medios o de resultados y admite la actuación de eximentes (v.gr. causa extraña o ajena, tal como el hecho de la víctima o que el origen de la infección es endógeno; o cuando el tipo de infección no es evitable pese a la adopción de las medidas del caso).

La inobservancia de dicho deber evidencia la deficiente organización estatal del servicio médico comprometido.

De la misma forma que si cuando no media culpa en el médico interviniente, no cabe responsabilizar al establecimiento asistencial con base en su "obligación de seguridad" porque la existencia de aquélla (la culpa del médico) es la que demuestra la violación de ese deber (SCBA, Ac. 76.152, 17/12/2003; entre otros); tampoco es posible impedir que el nosocomio se exima de responder cuando acredite fehacientemente el carácter irresistible de la infección o haber obrado con extrema diligencia y aún así no haber podido razonablemente impedir la específica sepsis contraída por el paciente, sin que quepa en ese aspecto admitir una falta o irregular prestación del servicio garantizado, ni realizar distinción alguna entre el carácter público o privado del hospital en que aquél se hubiere alojado (SCBA, C. 97.827, 9/6/2010).

Y, con relación a las infecciones hospitalarias, cuando no es posible distinguir un concreto actuar u omitir médico o asistencial negligente en la prestación del servicio -tal como cuando la intervención quirúrgica fue exitosa y sin nexo de causalidad aparente con el cuadro infeccioso adquirido por el paciente- corresponde acudir a la teoría de la causalidad adecuada, que está estructurada bajo un sistema de regularidad estadística, y no puede más que contentarse con una fuerte o suficiente dosis de probabilidad (ver en este sentido voto del Dr. PETTIGIANI en la causa C. 97.827, del 9/6/2010, quien cita la opinión de PEVOT, Juan Manuel, "Relación de causalidad e infecciones intrahospitalarias", L.L. Gran Cuyo, 2006, febrero, pág. 52).

Sobre tal juicio de probabilidad juega el criterio valorativo del juzgador (art. 384, C.P.C.C.), quien habrá de determinar si el daño se halla en conexión causal adecuada con el acto ilícito, o sea, que el efecto dañoso es el que debía resultar normalmente de la acción u omisión antijurídica, según el orden natural y ordinario de las cosas (art. 901, Código Civil). Vale decir que el vínculo de causalidad exige una relación efectiva y adecuada (normal), entre una acción u omisión y el daño: éste debe haber sido causado u ocasionado por aquélla (arts. 512, 901, 902, 903, 904, 1068, 1074, 1109, 1111, 1112 y 1113, Código Civil; conf. SCBA, Ac. 37.535, 9/8/88; Ac. 33.305, 3/8/2005; Ac. 93.078, 6/9/2006; C.97.827, 9/6/2010, entre otras).

En este caso, el juez se debe preguntar si, de acuerdo al estado de la ciencia y a las circunstancias fácticas del caso, era posible tener un completo control sobre los gérmenes (arg. arts. 512, 902, 909, 1112 y 1113, Código Civil).

No es lo mismo el caso de una operación programada, donde hay tiempo para preparar el quirófano o sala de operaciones y se puede higienizar al paciente

antes del acto quirúrgico; que una operación realizada a raíz de un accidente de tránsito como el de autos, donde la piel del actor resultó desgarrada, ha tenido contacto con el piso (ver fotografías de la causa penal y lo expresado a fs. 28 vta.), ingresó al hospital con la herida abierta y ha tenido que ser intervenido de urgencia. En este último caso, no es razonable responsabilizar al establecimiento asistencial por las infecciones que pueda haber contraído el actor antes de ingresar al quirófano o lugar donde se lo atendió en la emergencia.

Si el paciente acude por necesidad a un hospital, y las autoridades de éste aún con el empleo “de la más exquisita diligencia” no pueden excluir de plano algunos tipos de infección, cabe ubicar el asunto en el sector de la responsabilidad subjetiva. Por ende si el médico o la institución hospitalaria logran probar la diligencia que le era exigible en el caso puntual (arts. 512 y 902, Código Civil) cumplen con el deber a su cargo, sin perjuicio de que -además- puedan probar que la infección resulta de carácter endógeno al paciente, lo cual provocaría una fractura del nexo causal, y se pueden liberar de responsabilidad.

Es prácticamente imposible sustraerse del alea existente en materia de infecciones intrahospitalarias cuando su contracción no obedece a concretas cuestiones de falta de asepsia, sino a razones externas o a procesos naturales que se desenvuelven dentro de una entidad hospitalaria y que son difíciles de controlar por ésta (conf. CALVO COSTA, Carlos Alberto, “Responsabilidad civil de los médicos. Infección intrahospitalaria y falta de infraestructura necesaria del hospital”, L.L. 2005-E, 860).

Si el reclamante prueba la infección y su carácter intrahospitalario (más allá de acreditar asimismo la vinculación causalmente adecuada con el resultado dañoso), tal extremo (indicio) podrá ser revelador de suyo de una presunción judicial de culpa sea del médico y del hospital, o solamente de éste último, pero éstos se liberarán si demuestran haber obrado con extrema diligencia y aún así no podido razonablemente impedir el desenvolvimiento de la acción infecciosa del paciente (arg. arts. 512, 902 y cctes., Código Civil); situación que presupone la imposibilidad de efectuar reproche por falta de asepsia, esterilización, higiene o control en el material, instrumental, personal o instalaciones empleados en la prestación del servicio de salud (arg. arts. 512 y 1113, Código Civil; SCBA, C. 100.800, 15/4/2009).

En tanto resulte prácticamente imposible eliminar el alea existente en materia de infecciones, atento la inexistencia de normativa específica que imponga la asunción del concreto riesgo a cargo del prestador del servicio, siempre se debe permitir que la clínica o los médicos prueben que hicieron todo lo posible para evitarlas, que adoptaron documentadamente todas las diligencias que impone la *lex artis* (VAZQUEZ FERREIRA, Roberto, “Un criterio justo en materia de responsabilidad civil médica por infecciones hospitalarias”, “RCyS” 2002-350), las prácticas sanitarias y que se encuentren permitidas por el avance tecnológico; si bien resulta una carga probatoria exigente, y es el establecimiento médico o el profesional quien justamente por la especialización del servicio brindado se encuentran en mejores condiciones para aportar tales extremos (conf. arts. 512, 902, 909 y cctes., Código Civil; 375, C.P.C.C.), ello requiere una explicación concreta de los hechos por parte del actor (art. 330, inc. 4, C.P.C.C.).

En suma, el análisis jurídico correspondiente a la determinación del factor de imputación o atribución de responsabilidad que cabe asignar al hospital frente a posibles eventos en los que el paciente alega haber contraído durante su estancia en el mismo, como en el caso una infección intrahospitalaria, debe necesariamente atender a las circunstancias de cada caso, la causa y génesis de la sepsis, las características del factor agente, el modo de infección del paciente, el obrar u omitir de los médicos, asistentes o el propio establecimiento en la prestación del servicio de salud, sus presupuestos y prestaciones accesorias o paramédicas.

iv) Dentro de este marco, entiendo que, el “*a quo*” no se ha desentendido de las constancias objetivas de la causa.

Del análisis de la pericia presentada a fs. 110/111 vta. por los peritos médicos de la Asesoría Pericial, Dres. Marcelo A. MORENO (ortopedia y traumatología) y Susana A. MALDONADO (legista), y de la Historia Clínica que obra a fs. 56/98 surge que el Sr. C., quien el 8/9/2001 sufrió un accidente en la vía pública que obligó a su internación en el Hospital Luisa C. de Gandulfo, con diagnóstico de traumatismo de cráneo, sin pérdida de conocimiento, fractura multifragmentaria de cúbito y radio izquierdo y herida tipo scalp grave en cara anterior y antero interna de muslo, que llega a extremo proximal de pierna izquierda y otra herida posterior. En guardia se realizó toilette mecánico y quirúrgica de la herida en muslo izquierdo, con debridamiento de tejido necrótico, regularización de bordes de piel, cierre y valva de yeso posterior en miembro inferior izquierdo: se medicó con antitetánica y ATB (Cefalotina, Gentamicina y Metronidazol). En miembro inferior izquierdo se realizó yeso braquipalmar. El 9/9/2001 ingresó a UTI para control post-operatorio. Se observó -de acuerdo a la historia clínica- secreción sero hemática y sufrimiento de piel. Siguió con evolución de la herida en muslo con secreción y necrosis de piel. Siguió con evolución de la herida en muslo con secreción y necrosis de piel, y con curaciones por Servicio de Traumatología. El 14/9/2001 se cura en quirófano con gran secreción serohemática y necrosis de piel. Sigue con igual esquema ATB. Clínicamente bien. El 15/9/2001 se realizó nueva toilette quirúrgica del scalp necrótico que se reseca hasta tejido sangrante con escasa secreción serosa. El 17/9/2001 el paciente se encontraba febril (38°C) y consta en la evolución del día que presentó un episodio de hematesis. La herida del muslo sigue con secreción. Se constata mediante Rx desplazamiento de la fractura de antebrazo con cabalgamiento de los fragmentos. El 20/9/2001 el Servicio de Infectología sugiere limpieza y drenaje de la herida en muslo izquierdo, con toma de muestra para cultivo. Sigue con esquema ATB. El 25/9/2001 en que se realizó la reducción y osteosíntesis de la fractura de cúbito y radio con placas y tornillos de 3,5mm, se le realizó también escarectomía. Presenta buena evolución con herida granulante sin secreción. El 21/10/2001 presentó nuevo vómito hemático sin repercusión general, se recibe cultivo positivo a pseudomona spp, por lo que se cambia el plan ATB (Imipenen, Piperacilina y Tazolactam). La herida evoluciona bien, granulante sin secreción. El 9/10/2001 se interna nuevamente en UTI por mal estado general con disnea, habiéndose presentado hemodinámicamente inestable y con insuficiencia renal aguda por hipovolemia y sepsis (afección generalizada producida por la presencia en la sangre de microorganismos patógenos o de sus toxinas). El 11/10/2001

entra en coma superficial, hemodinámicamente inestable. En diálisis. El 13/10/2001 seguía en mal estado general con secreción mucopurulenta con Rx de bronconeumonía bilateral. El 14/10/2001 se le coloca en asistencia respiratoria mecánica por insuficiencia respiratoria grave. En coma profundo (Grasgow 4/15). Se lo describe como cuadro séptico con compromiso multiparenquimatoso, con bronconeumonía bilateral con secreciones purulentas. El 18/10/2001 sufre descompensación hemodinámica. A las 22.30 hs. presenta paro cardiorespiratorio. Se le realizaron maniobras de resucitación que no fueron efectivas, por lo que falleció.

Ahora bien, de la prueba pericial de autos surge que el tratamiento médico recibido -que en lo sustancial ha sido referenciado en el punto anterior- es el habitual y el recomendado tanto para las lesiones que motivaron el ingreso al Hospital, como así también para las complicaciones surgidas durante su internación; que el motivo del óbito fue por un deterioro del estado general debido a sepsis e hipovolemia, que cursó con insuficiencia respiratoria grave por bronconeumonía bilateral, que lo convirtió en un paciente hemodinámicamente inestable; que el Sr. C. sufrió un proceso infeccioso en la herida grave de muslo izquierdo, del que se aisló como germen causante una *Pseudomona* spp; que el mecanismo de producción del proceso infeccioso fue por contaminación de herida grave con tejido necrótico; que el paciente siempre estuvo con cobertura antibiótica y una vez delimitada el área necrótica en muslo se procedió a realizar la escarectomía; que una vez aislado el germen se lo trató con ATB específico de acuerdo a antibiograma (ver pericia a fs. 110/112) (arts. 384 y 474, C.P.C.C.).

Cuando la actora le solicita a los peritos que informen si la infección que sufrió el Sr. C. fue intrahospitalaria, los expertos dicen que no pueden aseverar con rigor científico que la infección haya sido intrahospitalaria, tras lo cual expresan que *“Partiendo de la base que la pseudomona es considerada un germen saprófito habitual, es decir que se encuentra en forma habitual en la piel de individuos sanos, es probable que a partir de allí se propague pudiendo producir diversidad de enfermedades, sobre todo en individuos en las que se encuentran “rotos o eliminados las barreras cutáneas o mucosas normales”, cuando están comprometidos los mecanismos inmunitarios de defensa o cuando se altera la función proectora de la microflora bacteriana. ... Las infecciones causadas por pseudomona, se suelen iniciar con la adherencia bacteriana y la colonización de las superficies cutáneas o mucosas, evolucionando hacia la invasión bacteriana localizada... Este proceso se puede seguir de la invasión al torrente sanguíneo, la diseminación, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRTS) la disfunción multiorgánica y en última instancia el fallecimiento del paciente. ...”*.

Cuando se le pregunta a los peritos si es habitual que dicho germen se encuentre en los hospitales, éstos informan que en un alto porcentaje las infecciones por *Pseudomona* se adquieren dentro del ámbito hospitalario, siendo las unidades de cuidados intensivos, las que presentan los índices de infecciones elevados, refiriendo que los reservorios de la infección en el ámbito hospitalario se encuentran en los equipos respiratorios, las soluciones de limpieza y aquellos donde existe humedad (fs. 119 vta.) (arts. 384 y 474, C.P.C.C.).

A fs. 127 los peritos informan que de acuerdo a estudios realizados en Hospitales de EEUU la pseudomona areuginosa es el cuarto patógeno nosocomial más frecuentemente aislado, siendo responsable del 9,9% de todas las infecciones adquiridas en hospitales; y reiteran que *“no pueden aseverar con rigor científico que la infección que sufrió el Sr. C. haya sido intrahospitalaria”* No obstante lo expuesto, es probable que dicha infección se haya contraído en el ámbito hospitalario, dado la patología que presentaba, como la ruptura de las barreras cutáneas y el compromiso de su estado inmunológico. ... Estos peritos consideran poco probable que la infección por pseudomona, sufrida por el Sr. C. tenga punto de partida en la introducción de una sonda nasogástrica. ...”.

Las expresiones transcritas en el párrafo precedente constituyen el piso de marcha del recurso.

De las incuestionadas acta de fs. 4/6 y fotografías de fs. 17 a 21 de la causa penal surge que el actor fue arrollado por un camión, y que tras el accidente quedó tendido sobre la calzada, presentando el antebrazo izquierdo visiblemente fracturado y su pierna izquierda con una gran herida la cual iba desde la rodilla hasta la altura de la ingle, dejando al descubierto tejido y músculos (a raíz de haber sido aplastadas por una de las ruedas traseras del camión), como así también raspaduras en su frente y un corte a la altura del arco superciliar izquierdo. Con tales heridas, el Sr. C. fue derivado por necesidad a un hospital, donde fue correctamente atendido (la actora no logró probar que el hospital no haya adoptado las medidas sanitarias de seguridad y asepsia adecuadas para resguardar la salud del paciente y de la pericia de autos surge que el trato del centro asistencial fue el habitual y recomendado para las lesiones que motivaron el ingreso al hospital como así también para las complicaciones surgidas durante su internación). Ahora bien, si el mecanismo de producción del proceso infeccioso fue por contaminación de herida grave con tejido necrótico, y dicha herida estuvo en contacto con la rueda de un camión, con el pavimento y se ingresó con tal herida al hospital, siendo que la pseudomona es un germen saprófito habitual, y que de allí se debe haber propagado, el mero hecho de que dicho germen se encuentre habitualmente en los hospitales es insuficiente a fin de poder responsabilizar a la demandada. El perito afirma que no puede aseverar con rigor científico que la infección contraída lo haya sido en el ámbito hospitalario y que la probabilidad de que se haya contraído en el ámbito hospitalario se debió a la ruptura de las barreras cutáneas (ruptura que no se puede atribuir al hospital, sino al accidente de tránsito que sufrió el Sr. C.) y el compromiso del estado inmunológico del paciente (factor endógeno).

Si el paciente ingresó al hospital con las heridas abiertas, no puede responsabilizarse a dicho centro asistencial de los gérmenes contraídos a raíz de la ruptura de las barreras cutáneas, máxime cuando se ha probado que en el hospital de la demandada se actuó con la diligencia del caso, a lo que se suma el compromiso inmunológico del paciente, lo cual es un factor endógeno respecto del cual no tiene que responder la demandada. No es lo mismo, tal como se dijo, la situación de un paciente que programa una operación, el cual se presenta sin las barreras cutáneas rotas, que aquél que se presenta con las barreras cutáneas rotas y se lo tiene que atender de urgencia. En el caso de autos la infección aparece como irresistible para la demandada, quien actuó con extrema diligencia y

aún así, pese a la correcta individualización del virus y suministro de la medicación del caso, no ha podido razonablemente impedir el deceso del paciente (art. 512 y 902, Código Civil).

Debo afirmar 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 (art. 375, 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 de los médicos asistentes u otras personas que han prestado tareas en el hospital, ni incumplimiento del deber de seguridad que pesa sobre la demandada (arts. 512, 901, 902, 903, 904, 905, 1109, 1112 y cctes. Código Civil; 163, 164, 260, 266, 375, 384 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. 243/248, 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:

S E N T E N C I A

POR ELLO, y demás fundamentos expuestos, se confirma la sentencia apelada de fs. 243/248, en lo que ha sido materia de recurso y agravios. Costas de Alzada a la parte actora. **REG. NOT y DEV.**