

//tencia No. 89

MINISTRO REDACTOR:

DOCTOR RICARDO C. PÉREZ MANRIQUE

Montevideo, veinte de abril de dos mil quince

**VISTOS:**

Para sentencia definitiva, estos autos caratulados: "**C. N., M. Y OTROS C/ A.S.S.E. - RESPONSABILIDAD MÉDICA - CASACIÓN**", IUE: 2-35349/2010; venidos a conocimiento de esta Corporación, por mérito al recurso de casación interpuesto por la parte actora contra la Sentencia Definitiva SEF 9-69/2014, dictada en segunda instancia por el Tribunal de Apelaciones en lo Civil de 4º Turno.

**RESULTANDO:**

1º) Que por la referida decisión el Tribunal integrado y con discordia, revocó la sentencia de primer grado, desestimando la demanda promovida sin sanciones procesales (fs. 264 a 275 y aclaración de fs. 276).

Por su parte, el pronunciamiento de primer grado, emanado del Juzgado Letrado de lo Contencioso Administrativo de 4º Turno, por Sentencia SEF 476-110/2012, hizo lugar parcialmente a la demanda y en su mérito, condenó a la parte demandada Administración de los Servicios de la Salud del Estado a abonar: A) Por concepto de lucro cesante a P. M. la suma de \$2.437,50 (pesos uruguayos dos mil

cuatrocientos treinta y siete con cincuenta centésimos) desde abril de 2010 hasta el cumplimiento de los veintiún años de edad, difiriéndose la liquidación a la etapa prevista en el art. 378.1 del C.G.P., con más los reajustes del Decreto-Ley No. 14.500 e intereses legales; B) por concepto de daño moral a los coactores Sres. M. C. y M. H. las sumas de U\$S12.500 (dólares estadounidenses doce mil quinientos) a cada uno de ellos, a los coactores Sres. N., M. y S. C. las sumas de U\$S7.500 (dólares estadounidenses siete mil quinientos) a cada uno de ellos, a la coactora Sra. B. N. la suma de U\$S5.000 (dólares estadounidenses cinco mil), al Sr. G. M. la suma de U\$S10.000 (dólares estadounidenses diez mil) y a P.M. la suma de U\$S12.500 (dólares estadounidenses doce mil quinientos), con más los intereses legales a la tasa del 6% (seis por ciento anual). Costos y costas por su orden (fs. 198 a 221).

2º) A fs. 279 y ss. el representante de la parte actora interpone recurso de casación y luego de fundamentar su procedencia, amparado en el art. 270 del C.G.P. indica que existió errónea aplicación de los arts. 140 y ss. del C.G.P. al haber mediado error y arbitrariedad en la valoración de la prueba diligenciada en autos, sosteniendo en síntesis:

- No se comparten los fundamentos de la revocatoria, consistente en que la

actora y aún el juez "a quo" habrían incurrido en "inactividad probatoria" frente a la presunta contradicción de los peritajes glosados en autos, expresando que en su opinión: "corresponde hacer valer el 'onus probandi' que pesaba sobre la parte actora, y concluir que la misma no cumplió con la carga de la prueba que la gravaba".

- A diferencia de lo expresado por el Tribunal, los informes periciales exhibían suficientes coincidencias como para permitir llegar a la convicción que en la especie existió mala praxis médica y por ende responsabilidad por omisión culpable, tal como se recogió en primera instancia.

- La culpa generadora de responsabilidad de los dependientes de ASSE fue plenamente probada por la actora y, la desidia demostrada en el trato a P. podía resumirse en :

1- La paciente pese a consultar en seis oportunidades, nunca fue internada para su estudio en debida forma;

2- Luego de producida la primer hematemesis, es ingresada, en la sexta consulta, oportunidad en la que se le realiza la primera endoscopia sin que previamente, y tal como se ordenó y registró en la historia clínica, se le practicara un lavado gástrico, para facilitar la tarea del

endoscopista;

3- Frente a esa inconclusa endoscopia, la paciente, en ningún momento fue preparada para la realización de un segundo estudio lo antes posible, tal como consignan los dos peritos convocados en autos;

4- Tampoco se produjo su internación en CTI a pesar de la gravedad que delataba el sangrado digestivo y a la persistencia de un dolor en la cavidad torácica que nadie comprendió ni logró enervar, reiterando que el perito Dr. S. consideró que dichos dolores, "...visto el desenlace, debieron de tener relación con la causa de la muerte" (fs. 180).

5- La falta de información de P. y de su familia al cabo de varias horas, fue lo que motivó la solicitud de traslado al Hospital Maciel, donde murió a causa de una segunda hematemesis.

- La impericia, imprudencia y negligencia, que se tuvo en el trato dispensado a la paciente, era palmaria, dado que durante 12 días no se previno lo que tal vez pudo preverse, pues al decir de la Ministra Discorde existió "desorientación en la atención médica brindada por ASSE".

- El cúmulo de omisiones, resultaba injustificable, no se valoró apropiadamente ese segmento del esófago, cuando la conducta correcta

habría sido mantenerla internada en CTI y repetir el estudio endoscópico, lo que no se hizo; resultando la cadena reseñada de omisiones determinantes en la muerte de la paciente.

- Como expuso la perito Dra. B., recién la sexta vez que P. consultó por dolor insoportable que padecía desde hacía 11 días, deciden internarla para estudio, luego de la primera hematemesis y a un día de fallecer (fs. 279-286).

- En definitiva, solicitó que se case la sentencia objeto de recurso y en su lugar se confirme la de primera instancia, con las modificaciones resultantes de los agravios formulados por la parte actora contra la misma en instancia de apelación, y lo señalado al evacuar el traslado del recurso de apelación interpuesto por la contraria (fs. 286 vto.)

3º) Que, conferido traslado, fue evacuado por la representante de la parte demandada, abogando por mantener la sentencia del Tribunal en todos sus términos (fs. 291-299).

4º) El Tribunal atento a que se dan en la especie los supuestos requeridos por el art. 268 y ss. del C.G.P. para la admisibilidad del recurso planteado resuelve franquear el recurso de casación interpuesto para ante la Suprema Corte de

Justicia, elevándose los autos en la forma de estilo, donde fueron recibidos el día 23 de julio de 2014 (Cfme. nota de fs. 304).

5°) Conferida vista al Sr. Fiscal de Corte en Dictamen No. 3.146, consideró que correspondía hacer lugar a la casación en vista (fs. 308-310).

6°) Que previo pasaje a estudio, se acordó sentencia en forma legal (Auto No. 1.500/2014, a fs. 312).

7°) Atento a que el Sr. Ministro Dr. Julio César Chalar cesó en su cargo el día 5 de noviembre de 2014, se procedió a la correspondiente audiencia de integración, recayendo el azar en la Sra. Ministro Dra. Selva Klett (fs. 315 y 320).

**CONSIDERANDO:**

I) La Suprema Corte de Justicia, integrada y por unanimidad, considera que corresponde anular la recurrida y en su lugar, confirmar el pronunciamiento de primera instancia al haberse configurado responsabilidad médica por el fallecimiento de la paciente Sra. P. C. .

II) Con carácter previo al ingreso al análisis de los agravios ejercitados, procede efectuar una breve reseña de la situación planteada en autos -según lo consignado en el pronunciamiento de

segundo grado- de la que surge:

a) La paciente ingresó a la emergencia del Hospital Pasteur el 29.03.2010 presentando los siguientes síntomas: "Dolor de Tórax, aparición de dolor torácico tipo puntada"; se le indica tomar Dicloflex y no esfuerzos físicos (fs. 55).

b) Es vista nuevamente el 03.04.2010 por médico en emergencia con dolor en cara anterior de hemitórax derecho que aumenta con la tos.

c) El 06.04.2010 es vuelta a ver y presenta dolor torácico a nivel retroesternal y de hemitórax derecho que aumenta con las maniobras de tipo mecánico, realizándose RX que fue normal (fs. 53).

d) El 08.04.2010 es vista y se agregan a los síntomas descriptos vómitos. Se le realizaron exámenes y permaneció internada (fs. 52 vta.).

e) El 09.04.2010 se le realizó un lavado con un litro de suero fisiológico (fs. 56). Se solicitó ecografía abdominal, la que dio resultados sin alteraciones (fs. 57).

f) Surge de la historia clínica que la paciente fue retirada el día 09.04.2010 por sus familiares del Hospital Pasteur para ser ingresada al Hospital Maciel en dicha fecha (fs. 71). A las 22.10 de ese día presentó hematemesis masiva y pasó

a reanimación, shock hipovolémico (fs. 73).

g) En sala de operaciones se observa estómago distendido, se identifica lesión vascular con aspecto de lesión arterio venosa con erosión de sangrado. La paciente fallece en sala de operaciones.

h) El objeto del proceso quedó delimitado a "*...determinar la procedencia de la condena a ASSE a indemnizarle a los co-actores los daños y perjuicios reclamados por mal praxis médica*". Y el objeto de la prueba quedó circunscripto a "*...acreditar los supuestos fácticos constitutivos de la responsabilidad invocada, o sea hecho ilícito, culpa del dependiente, error de diagnóstico, mal praxis médica, nexo causal, daño patrimonial, lucro cesante, pérdida de chance, daño moral por derecho propio y juris hereditatis*" (fs. 85).

III) El embate crítico de la recurrencia giró en torno a la errónea valoración en que habría incurrido el Tribunal al apreciar la prueba y en especial al no tomar en cuenta los resultados que surgían de las pericias realizadas en autos.

Es de señalar que la Sala -en mayoría- entiende que la parte actora no logró desembarazarse adecuadamente del "*onus probandi*" que la gravaba para acreditar la responsabilidad de la



accionada cuando las informaciones aportan conclusiones contradictorias, por lo que entiende que no existen elementos que permitan sostener que se ha acreditado cabalmente la responsabilidad atribuida a la contraria, aspecto en el que no le asiste razón.

La Corte en Sentencia No. 368/2012 señaló que: *"...aún en el supuesto de considerar que se trataba de dos pruebas periciales contradictorias, el Tribunal debió fundar adecuadamente, como era su deber (arts. 140 inc. 2, 184 y 197 inc. 3 del C.G.P.), la razón que lo llevó a preferir las conclusiones consignadas en la carpeta de la Dirección Nacional de Policía Técnica antes que las formuladas por el Ing. Espasandín, resultando claramente infundados y carente de aptitud los motivos que el Tribunal manifestó para apartarse del único dictamen pericial incorporado a la causa y que fuera determinante del fallo de segunda instancia"*.

Posición reiterada en reciente Pronunciamiento No. 793/2014 al afirmar: *"Es un valor entendido por muy prestigiosos procesalistas que, existiendo un único dictamen pericial, aún la mera impugnación no compartida por el Juez del caso importa el deber del magistrado de fundar el porqué desecha tales impugnaciones (cf. 'Código General del Proceso comentado, anotado y concordado', tomo 5, Editorial*

Ábaco, pág. 357). Es, además objeto de expresa regulación legal (artículo 184, C.G.P.), que el apartamiento del Tribunal del dictamen pericial debe ser objeto de expresa fundamentación. Entonces, cabe concluir que, ante la existencia de dos dictámenes periciales con conclusiones absolutamente contrapuestas, el decisor se enfrenta ante una mayor carga argumentativa, a la hora de desechar uno de ellos. La correcta decisión judicial sobre el caso debía, necesariamente, fundar, acabadamente, por qué desecha uno de los dictámenes en favor del otro. Ese es el proceder debido en el marco de una valoración de la prueba conforme al sistema de la sana crítica.

En este caso, ante la existencia de dos pericias con conclusiones abiertamente contradictorias, y la elección del Tribunal de optar por adherir a una de ellas, implicaba un desarrollo argumentativo serio del porqué de tal elección".

En coincidencia con lo expuesto, en el caso de autos el Sr. Fiscal de Corte claramente explicitó: "Aún en el supuesto que existieren dos pericias opuestas en sus conclusiones (no es la hipótesis de autos), ello no importa ipso jure la inevitable desestimación de la demanda, dado que el progreso de la acción no depende de la concordancia de todos los pronunciamientos periciales, sino de la

*valoración que de los mismos efectúa el Tribunal, conforme el resto de las probanzas aportadas y conforme las reglas de experiencia y sana crítica" (fs. 308 a 310).*

De allí que se compartan las consideraciones formuladas por la Sra. Ministra discorde cuando a fs. 274 analiza la totalidad de los elementos convictivos aportados a la causa para arribar a su decisión, no limitándose como la mayoría del Tribunal a ampararse en la incompatibilidad de los peritajes para no acoger la demanda en tanto ello, como indica el Sr. Fiscal de Corte "*...importa partir de un preconcepto erróneo en el proceso valorativo del material probatorio*" (fs. 308 vto.).

No obstante, tampoco se puede dejar de observar que las pericias no fueron incompatibles, pues como precisó el Fiscal de Corte, podría sostenerse lo contrario, dado que apuntan a diverso prisma sobre la misma cuestión. Así, el informe realizado por la perito Dra. B. destaca la injustificable negligencia que significó no ingresar a la paciente luego de cuatro consultas por intenso dolor torácico, y, si bien las respuestas del perito del Dr. S. evitan juicios de disvalor respecto de colegas actuantes, igualmente afirma en forma categórica que luego de la hematemesis (vómito de sangre) "*...la*

*conducta correcta era mantenerla internada..." (fs. 145), y que "...la causa del fallecimiento es anemia aguda por hemorragia digestiva cataclísmica, y dado el informe de la fibro esófago gastroscopía presumiblemente de origen arterial por arteria anómala o malformación arterio venosa..." lo cual evidencia como lo plantea el Sr. Fiscal de Corte a fs. 309 vto. la gravedad de la patología y del padecimiento sufrido por la víctima.*

En función de lo cual, no resulta acertada la conclusión a la que arribó el Tribunal, fundada en que la actora no había cumplido con la carga probatoria, radicando su error en no haber valorado correctamente las pericias médicas de autos atribuyéndoles una contradicción que cercenaba la demanda incoada, por falta de prueba.

IV) Como lo relevó el Tribunal, corresponde precisar que de conformidad a la lectura del expediente, pueden distinguirse dos momentos o etapas bien diferenciadas en la atención de la paciente: un primer período, que va desde la primera atención hasta que la víctima presentó vómitos de sangre y un segundo período posterior a la constatación de la presencia de vómitos, en que se hace una fibroscopia en el Hospital Maciel.

En relación a la primera etapa, si bien ante el cuadro presentado por la

paciente, en un diagnóstico prematuro podría considerarse razonable que el dolor torácico no traumático podía obedecer a una contractura tratable con analgésicos recetados (Diclofenac), dicha prescripción inicial, ante los complejos y cada vez más agudos síntomas debió descartarse inmediatamente, pues la sintomatología exhibida no sólo persistió sino que evolucionó y fue evidentemente incrementándose aceleradamente en cada una de las consultas que en tan pocos días realizó P. (fiebre, taquicardia, presión arterial, falta de aire, vómitos de sangre).

Sin dudas, la circunstancia que los síntomas se presentasen en una mujer sana de 22 años, debieron ser valorados por los médicos, extremándose los cuidados, y no esperar hasta la cuarta consulta para ordenar la realización de exámenes de laboratorio. Análisis que si bien arrojaron un alto nivel de glóbulos blancos, también se ignoraron, al igual que la internación a los efectos de realizarle otros estudios, que podrían haber otorgado una mayor chance de lograr un diagnóstico correcto, lo que evidencia una actuación por lo menos negligente que por sí sola habilitaría a concluir en la condena.

Por que, como expresa Lorenzetti, el diagnóstico "... es un proceso y no un acto, de tal modo requiere estudios, verificaciones y

*correcciones: hay un diagnóstico presunto y no confirmado. El médico puede incurrir en culpa si no verifica, si no sigue el proceso, si no investiga las posibilidades de error...*" (citado en Sentencia No. 893/2014).

Del informe del perito Dr. S., surge que recién cuando la paciente presenta hematemesis (vómito de sangre) pudo plantearse una afección esófago gástrica. El perito indicó que si bien la realización de la fibro esófago gastroscopía orienta a una situación de mayor riesgo, "*...la conducta correcta era mantenerla internada y preparar a la paciente para repetir el estudio endoscópico en mejores condiciones*" (fs. 145).

El no mantenerla internada y no prepararla para un posterior estudio, denota omisión en la atención que le fue brindada, en tanto se perdió tiempo que pudo ser vital para la paciente, habiendo sido la causa del fallecimiento anemia aguda por hemorragia de origen en una malformación arterial, lo cual pone de manifiesto la gravedad de la patología, que no fue detectada debidamente ni a tiempo por parte de los dependientes de la accionada.

Asimismo, del informe de la perito Dra. B. se desprende que en ninguna de las cuatro consultas se aplicaron las pautas establecidas

por el Primer Consenso Uruguayo de dolor Torácico, no realizándose un ECG, indicándose en la última RX. No obstante haber sido normal, la perito indica que debió profundizarse el estudio en búsqueda de otra patología frente a la persistencia del dolor. Precizando asimismo que: *"Si éste hubiese sido en realidad de origen osteoarticular, hubiese calmado con la medicación y no motivaría reiteración en la consulta. La reiteración de consulta en una paciente joven siempre convoca mayor cuidado y sobre todo no conformarse con un diagnóstico no comprobable. No es admisible que en la cuarta consulta la paciente no hubiese sido ingresada"* (fs. 155).

Como lo ilustró la Dra B. frente a la persistencia del dolor y al haber dado la RX normal, se debió profundizar el estudio en búsqueda de otra patología y no reaccionar tardíamente ante el sangrado digestivo.

Sin dudas, otra debió ser la conducta de quienes la atendieron por dolor persistente, sin verificar o investigar otros males, cuando el cuadro clínico imponía que fuera internada en sala para estudio, que los mismos fueran correctamente realizados y que evidentemente una vez ocurrido el episodio del sangrado, se repitiera, pero esta vez en buenas condiciones, la endoscopia sugerida por el

cirujano (fs. 180).

En la muerte de la joven P. , se configuró una hipótesis de responsabilidad médica, donde existió error médico inexcusable, por ausencia de diagnóstico durante 12 días y por falta de los estudios pertinentes, máxime cuando la única endoscopia efectuada en el Hospital Pasteur según el médico tratante *"...no realizando una búsqueda sistemática de lesiones por la prontitud de la situación, por ende ese segmento del esófago no se valoró apropiadamente"* (fs. 124).

En virtud de lo expuesto, indudablemente el Tribunal al fallar no tomó en cuenta el cúmulo de las actuaciones médicas, incurriendo en una errónea valoración de pericias, que fueron coincidentes al dictaminar que la endoscopia debía repetirse en mejores condiciones a los efectos de una mejor asistencia y al revelarse la conducta de los galenos intervinientes como contrarias a la diligencia media, al privar a la joven de obtener un diagnóstico en tiempo para poder tratar las dolencias que la aquejaban.

Ello determina que, como lo pone de manifiesto el Sr. Fiscal de Corte no es cierta la consideración de la Sala de que estamos ante pericias incompatibles sino que ambas coinciden en que hubiese correspondido su internación para efectuar un



nuevo análisis ante la persistencia del dolor, por lo que corresponde anular la recurrida, e ingresar -como lo efectuara la Sra. Ministro discorde- al análisis de las probanzas que -en el caso- llevan a la convicción de que el diagnóstico no se realizó de forma oportuna, verificándose la necesaria relación de causalidad entre la omisión de parte de la demandada y el resultado para la paciente.

La sentencia de primera instancia demuestra un adecuado análisis de las probanzas obrantes en autos, expresando a fs. 212 vto. que: *"Aún admitiendo que la enfermedad padecida no es común y que resultaba difícil de diagnosticar incluso con la práctica de una endoscopia en condiciones, debe sin embargo admitirse que las omisiones de internarla antes para abordar un estudio médico sistematizado adecuado y de disponer la segunda endoscopia, incidió causalmente de forma directa en la pérdida de expectativa que tenía la paciente, en cuanto a que, de haber sido atendida en forma, se habría tenido una chance de llegar a un diagnóstico para obtener un tratamiento adecuado o tempestivo tendiente a paliar el mal que la aquejaba..."*, y con ello demostró valorar tal prueba conforme el sistema legal de la sana crítica (Cf. C.G.P., artículo 140).

En Sentencia No.185/2006

la Corte señalaba citando a Gamarra que: "...las grandes dificultades que en materia de responsabilidad médica aquejan al paciente enfrentado a la prueba de la causalidad, obligan imperiosamente a buscar flexibilización o alivio probatorio a través de un criterio de valoración basado en la probabilidad o verosimilitud y no la certeza".

"En el sistema del 'common law', el problema de la prueba del vínculo causal recibe solución unánime con un tradicional estándar de prueba que se concreta a decidir si es más probable que improbable ('more likely than not') que el comportamiento del médico haya sido la causa del daño...".

Sosteniendo más adelante que: "...Si las nociones sobre Medicina Legal y patología médica no pueden proporcionar un grado de certeza absoluta, es injusto e inaceptable que, en el ámbito del derecho y en un proceso judicial, a la víctima le sea impuesta esta carga probatoria..." (Sentencia de la S.C.J. No. 20/06).

V) Lo expresado trae consigo la posibilidad de rever la calificación de la conducta de los médicos intervinientes, así como de la responsabilidad del ente asistencial demandado, que incide en el nexo causal entre el diagnóstico tardío y

el resultado final, por lo que corresponde señalar, como se sostuvo en Sentencia No. 867/08 que: *"...en la medida que el cuestionamiento del recurrente involucra la base misma del sustento jurídico de la responsabilidad extracontractual en su totalidad, resulta ciertamente 'quaestio iuris' la determinación del nexo causal, es decir la calificación de si esa situación fáctica tiene como resultado dañoso la relación requerible para ser considerada jurídicamente como causal del daño en cuestión"*.

El error de diagnóstico se configura al no descartar la causa más grave, el mal mayor, conducta preferible sin dudas, pues de tratarse de un error, simplemente conlleva su descarte; mientras que del otro modo, se arriesga en este caso la chance que hubiera tenido de haber sido considerado a tiempo.

El comportamiento culposo -no actuar con la diligencia debida- de los médicos actuantes dependientes de la demandada, privó a la paciente de las medidas que hubieran podido adoptarse para una más adecuada atención. Pues, como se señaló en Sentencia de la Corporación No. 141/2001 citando a Gamarra *"..No puede saberse cual habría sido el resultado en caso que la asistencia se hubiera prestado en forma correcta o tempestiva. Se sabe, en cambio, que por deficiencias asistenciales, el enfermo sufrió un*

*perjuicio al ser privado de la posibilidad de curarse, mejorar su estado o vivir más tiempo...".*

VI) En lo que dice relación con la pérdida de chance, la misma no significa otra cosa que condenar a menos, encontrándose dicho concepto indubitadamente incluido en la misma relación de causalidad del *thema decidendum*. Pues, como enseña el Maestro, la chance es un perjuicio cierto pero "parcial", "relativo" o intermedio", porque no puede equivaler nunca en su magnitud al perjuicio terminal (cf. Gamarra, Responsabilidad Civil Médica, T 2 p.319 ).

Gamarra enseña que en situaciones en las que está en juego la privación de una chance la casuística es muy variada y resiste todo intento de sistematización. A pesar de ello, algunas de esas situaciones se verifican en supuesto de error de diagnóstico, y sus modalidades de omisión o demora en diagnosticar.

Precisa que en la pérdida de chance: *"...El daño consiste en privar al enfermo de las medidas que hubieran podido adoptarse para combatirlo -y no lo fueron por culpa del médico o de la institución- ...el paciente no tiene que probar que, si el médico hubiera intervenido diligentemente, el resultado hubiera sido exitoso (prueba imposible) sino la pérdida de su probabilidad de cura o mejoría (o*

*incluso la detención del progreso del mal), que es daño sufrido y por el cual reclama..." (Responsabilidad Civil Médica, T. 2, pág. 320).*

Como se plantea por parte de la Sra. Ministro discorde Dra. Maggi a fs. 274: *"...pese a la dificultad de diagnóstico...hubo omisiones en la atención brindada en cuanto ante la persistencia del dolor se debieron ordenar exámenes clínicos con anterioridad, dejar a la paciente internada en observación y realizar consultas interdisciplinarias".*

Para concluir: *"Se perdió el tiempo existiendo una total desorientación en la atención brindada lo que evidencia que no se actuó con la diligencia debida y ello determinó para la paciente la pérdida de chance de superar la afección y seguir con vida... En definitiva, en el caso no se hizo todo lo posible para llegar al diagnóstico exacto, no se emplearon todos los medios al alcance de los médicos, por tanto, no se observó un comportamiento diligente..."*.

Por lo tanto, de acuerdo a los fundamentos expuestos y en la medida que ha quedado acreditada la responsabilidad médica, corresponde hacer lugar al recurso de casación interpuesto anulando la recurrida y en su mérito confirmar lo decidido en el pronunciamiento de primer grado.

VII) Las costas, por su orden.

Por estos fundamentos, la Suprema Corte de Justicia integrada y por unanimidad,

**FALLA:**

**ANÚLASE LA SENTENCIA RECURRIDA Y, EN SU LUGAR, CONFÍRMASE EL PRONUNCIAMIENTO DICTADO EN PRIMERA INSTANCIA. SIN ESPECIAL CONDENACIÓN.**

**PUBLÍQUESE. OPORTUNAMENTE, DEVUÉLVASE.**

**DR. JORGE O. CHEDIAK GONZÁLEZ**  
PRESIDENTE DE LA SUPREMA  
CORTE DE JUSTICIA

**DR. JORGE RUIBAL PINO**  
MINISTRO DE LA SUPREMA  
CORTE DE JUSTICIA

**DR. JORGE T. LARRIEUX RODRÍGUEZ**  
MINISTRO DE LA SUPREMA  
CORTE DE JUSTICIA

**DR. RICARDO C. PÉREZ MANRIQUE**  
MINISTRO DE LA SUPREMA  
CORTE DE JUSTICIA

**DRA. SELVA KLETT FERNÁNDEZ**  
MINISTRA