



PODER JUDICIAL DE CÓRDOBA

**JUZG CONCILIACION Y TRABAJO 1A NOM -
SEC. 1**

Protocolo de Sentencias

Nº Resolución: 235

Año: 2021 Tomo: 3 Folio: 790-806

EXPEDIENTE SAC: 10143240 -  - CAPELLI, MARCOS ELIAS C/ OMINT A.R.T. S.A. -

PROCEDIMIENTO DECLARATIVO ABREVIADO - LEY DE RIESGOS

SENTENCIA NUMERO: 235. CORDOBA, 29/12/2021. Y VISTOS: estos autos caratulados CAPELLI, MARCOS ELIAS C/ OMINT A.R.T. S.A. – PROCEDIMIENTO DECLARATIVO ABREVIADO - LEY DE RIESGOS, Expte. 10143240, de los que resulta que: **I)** Comparece el Sr. Marcos Elías Capelli, DNI N° 29.903.360, con el patrocinio letrado del Dr. Horacio Eduardo Scagliotti, e interpone formal demanda laboral abreviada en contra de OMINT A.R.T. S.A., persiguiendo el pago de las prestaciones de la ley 24.557 y 26.773, por la disminución de la capacidad laborativa que porta, originada en la ACCIDENTE IN ITINERE generado mientras se dirigía a cumplir tareas para su empleador, 17 DE AGOSTO SRL (CUIT N° 30-70996077-2). Cuestiona lo resuelto por la Comisión Médica Nro. 05 en la resolución del expediente S.R.T. N° 090506/20. Sin perjuicio de señalar haber agotado la instancia administrativa a los fines de poder someterse a la justicia ordinaria, plantea la inconstitucionalidad de los arts. 1, 2, 4, 14 y 17 de la Ley 27348 y la ley de adhesión local N° 10456, conforme a los argumentos que desarrolla y que doy por reproducidos en homenaje a la brevedad. Particularmente, cuestiona el art.

3 de esta última, en cuanto al plazo de caducidad dispuesto para la interposición de la acción. Igualmente, peticona que se declare la inconstitucionalidad del art. 6, inc. 2, de la Ley 24.557 alegando que contradice los principios y garantías que pregona la Constitución de la Nación Argentina al privar al trabajador de las incapacidades adquiridas producto de las actividades desarrolladas en su trabajo. Seguidamente, relata que ingresó a trabajar para su empleadora, dedicada al acabado de productos textiles, el día 1/11/2005, desempeñándose de lunes a viernes de 06:00 a 15:00 hs., percibiendo por sus tareas la suma bruta mensual de \$22.817,88, aproximadamente, de los cuales \$11.408,94 están en blanco, conforme recibo que acompaña, y un monto igual en negro. Manifiesta que se encuentra registrado de manera errónea como un empleado de media jornada, cuando cumple jornada completa. Adita que la categoría consignada en su recibo de sueldo es la de “OFICIAL BORDADOR/A CALIFICADO EN MAQUINAS MANUALES (CAPITULO XV) T. PARCIAL”. Expresa que sus tareas consisten en manejar una máquina de bordado, la que cuenta con 6 cabezales, con 12 agujas cada uno, las que deben enhebrarse continuamente y cambiarse los bastidores, por lo que debe agacharse constantemente. Relata que el día 14/06/2019, siendo aprox. las 5:50 hs., se dirigía desde su domicilio particular (sito en calle Santiago Bertone N° 164 de la localidad de Monte Cristo de esta Provincia de Córdoba) al laboral en su moto, y sufrió un accidente de tránsito en la vía pública, lo que le provocó lesiones en su pierna izquierda. Consigna que su empleadora hizo la denuncia ante la demandada, quien reconoció la contingencia denunciada y le brindó prestaciones hasta el alta médica de fecha 15/08/2019, sin incapacidad, por lo que solicitó la intervención de la

Comisión Médica N° 5 con fecha 01/10/2019, mediante el expediente n° 325157/19, la que concluyó, mediante dictamen de fecha 13/12/2019, que “...no se han agotado las instancias médico asistenciales y de rehabilitación para el completo restablecimiento de la patología en cuestión...”, revirtiendo así el alta otorgada por la ART. Que, finalmente, con fecha 7/02/2020 le otorgaron el alta médica/fin de tratamiento sin secuelas Incapacitantes”. Manifiesta que, al día de la fecha, se encuentra afectado en su salud por el accidente laboral en razón de que la A.R.T. no le otorgó de manera diligente y continuada prestaciones. Argumenta que las conclusiones de la S.R.T. son arbitrarias y carentes de todo fundamento técnico y científico y que, con un encuadre equívoco, arbitrario e injusto de la base fáctica, no se le reconoce incapacidad alguna, viéndose alterada su vida social y laboral, ya que se ve impedido de llevar a cabo sus tareas. Refiere que ese dictamen difiere de lo establecido por su médica particular, la Dra. Patricia Inés Ardanáz, quien, en certificado de fecha 20/05/2021, establece que padece “HERIDA DE MUSLO IZQUIERDO Y TRAUMATISMO DE RODILLA IZQUIERDA”, la cual le genera una incapacidad parcial permanente y definitiva del 13 % T.O (“HERIDA DE MUSLO IZQUIERDO Y TRAUMATISMO DE RODILLA 6%. * CICATRIZ VERTICAL DE 14X3 -5%; FACTORES DE PONDERACIÓN: EDAD 2%.”). En el apartado nominado “V). PARAMETROS PARA EL CÁLCULO INDEMNIZATORIO RECLAMADO”, afirma que, a los fines del cálculo de la prestación reclamada, el IBM del actor debe calcularse tomando el promedio mensual de todos los salarios devengados según el art. 1° del convenio N°95 de la OIT, durante el año anterior a la fecha del accidente, actualizados mes a

mes aplicándole la variación del índice RIPTE, determinando el monto de aquél en \$ 26.831,21. Arguye que el coeficiente de edad es 1.62 (65%40), por lo que el actor resulta acreedor de la prestación dineraria del art. 14, inc. 2), ap. a) de la Ley 24.557 por la suma estimada de pesos doscientos noventa y nueve mil cuatrocientos ochenta y cuatro con cincuenta y nueve centavos (\$299.484,59), con más intereses desde que es debido y hasta su real y efectivo pago, costos y costas del proceso, y la previsión del art. 104, inc. 5, de la ley 9459. Para el caso de que se quiera plantear la aplicación del viejo art. 12 de la Ley 24557, deja planteada su inconstitucionalidad, conforme a los argumentos que desarrolla, solicitando se fije el ingreso base mensual en un monto igual al salario correspondiente a la categoría fijada convencionalmente para el último mes inmediato anterior a la denuncia, con más los adicionales por antigüedad, presentismo y aguinaldo proporcional, y desde allí se fijen intereses que aseguren la permanencia del valor real de la moneda, así como en cuanto el artículo citado dispone que el IBM base del cálculo debe estimarse con las remuneraciones sujetas a cotización, excluyéndose las sumas dispuesta colectivamente de carácter de no remunerativas. Cita jurisprudencia. Ofrece prueba. **II)** Admitida la demanda e impresa a la acción el trámite del procedimiento declarativo abreviado de instancia única (arts. 83 bis y sgtes. Ley 7987), se corrió traslado a la contraria quien, a través de su apoderado, el Dr. Baltazar Vargas Viramonte, la contesta mediante escrito de fecha 24 de agosto de 2021 y cuyo tenor admite la siguiente síntesis. En primer término, interpone excepción de cosa juzgada administrativa. Refiere que, en relación al accidente *in itinere* sufrido, se ha llevado a cabo el expediente administrativo N° 090506/20, el cual determinó que el actor no presenta

secuelas generadoras de incapacidad. Que más allá de la forma de la impugnación y trámite dado a la causa, nos encontramos frente a un recurso de apelación en contra de un dictamen expedido por la Comisión Médica Jurisdiccional N° 05 que, por su naturaleza, se trata de un acto administrativo dictado por un órgano creado por la Ley 24.241 (art. 51). Entiende que al mediar cosa juzgada administrativa OMINT A.R.T. S.A. no se encuentra obligada a otorgar ninguna prestación al reclamante como consecuencia del accidente sufrido y reconocido, por haber vencido en exceso el plazo legal correspondiente para la interposición de cualquier tipo de recurso frente al dictado del dictamen hoy cuestionado. Añade que, para el hipotético supuesto de que se considere interpuesto el recurso y/o demanda en tiempo y forma, cabe llegar a idéntica conclusión puesto que el escrito inicial no contiene una crítica puntual y concreta del dictamen, demostrando los errores incurridos. Refiere que el sustento fáctico y jurídico de la demanda que se entabla es idéntico al de la solicitud de intervención ante las Comisiones Médicas, y una demanda de ese tipo no está contemplada por la ley del fuero. Afirma que la posibilidad de “impugnar” los dictámenes de Comisión Médica está reglada “sólo” por el Art. 46 de la LRT, a través del recurso de apelación, no existiendo norma alguna que permita sostener una demanda “impugnativa”, como la pretendida. Más adelante afirma, en cuanto al límite de la responsabilidad asegurativa asumida por su representada, que toda suma que se pretenda por encima de los topes legales y las prestaciones que establece la LRT resulta ajena a las obligaciones por las cuales debe responder. Asimismo - sigue-, su mandante tampoco debe responder respecto de aquellas afecciones o dolencias que no se encuentren contempladas en el Listado de

Enfermedades Profesionales de Ley 24.557 (conf. Decreto 658/96), ni por las que sean catalogadas de inculpables, preexistentes o aquellos que queden excluidas conforme la normativa vigente (conf. art. 6 de la LRT). Seguidamente, opone defensa de falta de acción, toda vez que la parte actora -dice- no agotó debidamente el procedimiento administrativo previsto por la Ley 27.348 y su Decreto reglamentario N° 298/17, de carácter obligatorio y previo al inicio de la acción judicial. A continuación, pasa a contestar la demanda efectuando una negativa genérica de los hechos relatados. Niega e impugna el contenido y autenticidad del certificado médico acompañado. Niega, por no constarle, la categoría indicada en el escrito inicial. Asimismo, que las dolencias referenciadas hubieren sido provocadas por el supuesto accidente de trabajo de fecha 14/06/2019. También niega, por no constarle, que el actor hubiere sufrido un accidente de acuerdo a los términos expresados en su demanda, las circunstancias fácticas en que el infortunio habría acontecido; la jornada laboral que hubiere desempeñado para su empleador y las tareas desarrolladas. Igualmente desconoce el ingreso base denunciado, así como que sean correctos los cálculos indemnizatorios practicados. Añade que, para el supuesto en que se hiciera lugar a la acción incoada, su mandante sólo incurriría en situación de mora y se devengarían intereses una vez transcurridos los quince días de la fecha en que se notificara la sentencia (que supliría el dictamen de la Comisión Medica Central o la Resolución del Juzgado Federal competente en el esquema original de la LRT) y quedara firme y consentida. En el apartado “Realidad de los hechos”, reconoce que su representada tuvo contrato de afiliación con la empresa “17 DE AGOSTO SRL”, y que, en función de ello, al encontrarse el actor

en nómina, ante la denuncia del accidente, se le brindó las prestaciones médicas que por ley corresponden. Que con fecha 7/02/2020 su mandante otorgó el Alta Médica sin secuelas. Que, ante la divergencia existente entre las partes, el accionante acudió a la Comisión Médica N° 005, la que en su Dictamen correspondiente al Expediente N° 090506/20, de fecha 22/03/2021, concluyó y dictaminó que no presenta secuelas generadoras de incapacidad laboral como consecuencia del siniestro denunciado. Finalmente, interpone defensa de falta de legitimación pasiva arguyendo que el porcentaje de incapacidad reclamado por el accionante no encuentra su causa en un accidente de trabajo ni en una enfermedad profesional; hace reserva de caso federal; plantea la inconstitucionalidad de la Ley Procesal Laboral en cuanto establece una instancia única; se opone a la aplicación de intereses del precedente denominado “Hernández c/ Matricería Austral”, atento a considerarlos confiscatorios; considera improcedente el pago de intereses por su representada ya que argumenta que no se encuentra en mora y, por último, solicita la aplicación de los dispositivos contenidos en la ley 24.432 en materia de costas. Ofrece pruebas. **III)** Con fecha 30/08/21 el actor responde al traslado que le fuere corrido respecto de la contestación de la demanda. Allí se remite a su escrito inicial, así como a la prueba ofrecida y a diligenciarse. Niega, rechaza e impugna todas las manifestaciones vertidas por la accionada en su contestación y la procedencia de las defensas opuestas. Finalmente, niega, rechaza e impugna la documental y/o instrumental acompañada por la accionada. **IV)** Citadas las partes a la audiencia única comparecen ambas, ocasión en la que, atento a no mediar avenimiento, se determina el objeto de la litis, los hechos conducentes controvertidos y se provee la

prueba, todo ello en los términos de los que da cuenta el acta respectiva.

V) Diligenciada la prueba escrita ofrecida por las partes, se receiptó la audiencia de continuación, oportunidad en la que se recibió la declaración testimonial del Sr. Walter Damián Santana, DNI 27.573.772, y los alegatos, dejándose constancia en registro audiovisual practicado, con lo que la controversia pasa a despacho a los fines de su resolución. Y

CONSIDERANDO: D) La litis: Que, conforme se estableciera en ocasión de celebrarse la audiencia única prevista en el art. 83 quinquies de la LPT, el actor persigue el pago de la prestación de la ley 24.557, por la disminución de la capacidad laborativa derivada del accidente *in itinere* acaecido el día 14/06/2019, mientras se dirigía a cumplir tareas laborales para su empleadora, la firma “17 DE AGOSTO SRL”, que fuera reconocido por la aseguradora de riesgos del trabajo quien le brindó prestaciones hasta el alta médica de fecha 7/02/2020, y que, según certificado de su médica tratante, le ocasionó una incapacidad de la TO del 13 %, incluidos los factores de ponderación, por la patología de HERIDA DE MUSLO IZQUIERDO Y TRAUMATISMO DE RODILLA IZQUIERDA. Cuestiona el Dictamen emitido en Comisión médica en el Expediente n° 090506/20 que determina que no presenta secuelas generadoras de Incapacidad Laboral, de acuerdo a lo normado por el Decreto 659/96 modificado por el Decreto 49/14, como consecuencia del siniestro denunciado. Reclama un importe de doscientos noventa y nueve mil cuatrocientos ochenta y cuatro pesos con cincuenta y nueve centavos (\$299.484,59), sujeto a lo que en más o en menos resulte de la prueba a rendirse en autos, con más su actualización de intereses compensatorios costos y costas. Al solo efecto de cuantificar el reclamo, denuncia una

remuneración estimativa de \$ 11.408,94 y un monto igual abonado sin registración, alegando hallarse inscripto de manera errónea, como un empleado de media jornada. Refiere que resulta aplicable al caso la ley 27.348 y que, aplicando la reforma introducida al art. 12, se arriba a un IBM ajustado a índice RIPTE de \$ 26.831,21. Conforme a lo establecido en la misma ocasión, la **cuestión conducente controvertida en autos** finca en la existencia de la incapacidad que el actor dice tener producto del accidente in itinere reconocido por la ART y por la Comisión Médica. Asimismo, deviene dirimente discernir lo relativo a la categoría, tareas y lo denunciado en orden a la incorrecta registración del actor en lo que atañe a su jornada laboral y el pago de parte de su remuneración sin registración, puesto que ello eventualmente incidirá en la determinación del importe de las prestaciones reclamadas. La accionada, en lo que es conducente, negó la incapacidad e ingreso base mensual denunciado, así como también, por no constarle, la categoría, tareas y jornada denunciada. Reconoció, sin embargo, que “17 DE AGOSTO SRL” tuvo contrato con OMINT ART SA, que el actor se encontraba en la nómina respectiva y que su mandante le otorgó prestaciones médicas hasta el alta. Las negativas vinculadas a la data de ingreso, acaecimiento del accidente y características del mismo desarrolladas en demanda fueron consideradas inconducentes, toda vez que se trata de un infortunio que ha sido reconocido por la comisión médica, habiendo la accionada admitido la existencia de la denuncia y el trámite impreso en dicho organismo, sin oponer defensa de no seguro. En tales términos ha quedado trabada la litis. **II)** Previo a ingresar a la cuestión de fondo corresponde señalar que el tratamiento de los planteos de inconstitucionalidad formulados por la parte actora vinculados a las

previsiones nacionales y provinciales atinentes a la exigencia del agotamiento de la vía administrativa previa (arts. 1, 2, 4 y 14 de la Ley 27348 y Ley 10456) deviene abstracto en tanto el actor ha cumplido con la exigencia legal, habiendo instado el trámite respectivo, en el que se emitió el dictamen cuyas conclusiones concretamente cuestiona en los presentes, en la jurisdicción -local- que prevén expresamente las propias previsiones cuya inconstitucionalidad propugna (art. 46 Ley 24557 en el texto dispuesto por la Ley 27348). Lo propio cabe predicar respecto del análisis del planteo de inconstitucional relativo a la previsión de la ley 10456 que estipula un término de caducidad -45 días hábiles- para el inicio de la acción (art. 3 ib). Ello, puesto que la de marras fue incoada el día 15 de junio de 2021, antes de que feneciera aquél, en tanto la resolución conjunta emitida por el servicio de homologación en el expediente SRT N° 90506/20 fue remitida al actor con fecha 12 de abril de 2021 (ver folio 73 de las constancias administrativas respectivas, que fueron incorporadas en autos con motivo de la informativa librada por vía electrónica y que obra en operación de fecha 20/09/21). Luego, y con prescindencia de la opinión que la suscripta ha tenido ocasión de verter con anterioridad en orden a la incompatibilidad de la mencionada norma con las garantías consagradas en la constitución nacional, el escrutinio requerido en autos sería estéril, por lo que, en consecuencia, se omite. **III)** Sentado lo anterior cabe señalar que la defensa de cosa juzgada opuesta de modo liminar por la accionada no puede admitir recibo. El planteo soslaya que, conforme a lo dispuesto por el art. 2 de la Ley 27.348, pasarán a autoridad de cosa juzgada en los términos del art. 15 de la LCT “los decisorios que dicten las comisiones médicas jurisdiccionales o la Comisión Médica Central **que no fueren**

motivo de recurso alguno por las partes, así como las resoluciones homologatoria” (art. 2, Ley 27348, énfasis agregado). Lo propio determina la Ley 10456, en su art. 2, inc. g, al disponer que “Si las partes **consintieran** los términos de la decisión emanada de las comisiones médicas jurisdiccionales, tal resolución hará cosa juzgada administrativa, quedando definitivamente concluida la controversia”. Pues bien, según lo estipula el art. 3 de la Ley citada en último término, los recursos ante el fuero laboral aludidos en el art. 2 de la ley nacional y en el [artículo 46 de la Ley 24557](#) -texto según modificación introducida por Ley N° 27348-, deben formalizarse a través de la acción laboral ordinaria, con arreglo a lo dispuesto en la [Ley N° 7987 -Código Procesal del Trabajo-](#). Por su parte, la Ley 10596, de data ulterior, ha establecido un carril específico para cuestionar lo resuelto por la comisión médica en los casos en que la contingencia se encuentre reconocida (procedimiento declarativo abreviado, art. 83 bis, inc. 1), que es el que precisamente ha intentado el accionante, dentro del plazo legal previsto al efecto, conforme se indicara supra, con lo que en modo alguno puede concluirse que lo resuelto en sede administrativa hubiera adquirido firmeza. El planteo referido a la interposición de la acción en exceso del plazo legal correspondiente tampoco merece recibo, a tenor de lo explicitado supra. Soslaya la demandada que la ley local ha estipulado, respecto del trabajador actor, un término especial para la deducción de la acción tendiente a cuestionar lo resuelto en sede administrativa que, a riesgo de ser reiterativa, no había fenecido al momento de la interposición de la demanda (a su data habían transcurrido 41 días hábiles, dado que los días 26, 27 y 28 de mayo fueron declarados inhábiles por Acuerdo Reglamentario del TSJ N° 1702, Serie

A). Las previsiones antes transcriptas descartan, asimismo, el argumento esgrimido por la accionada vinculado a la supuesta inexistencia de previsión legal que regule la posibilidad de apelar en el fuero provincial, la que expresamente se halla habilitada en el nuevo art. 46 de la Ley 24557, a tenor de la modificación dispuesta por la ley 27348, que resulta aplicable al caso de autos a mérito de la data de acaecimiento de la contingencia denunciada -14/06/2019-. Igualmente improcedente deviene la defensa de falta de acción en tanto la accionada la hace fincar en la ausencia de agotamiento del procedimiento administrativo previsto en la Ley 27348, supuesto que en modo alguno se configura en el caso. La propia accionada reconoce luego la sustanciación de la instancia previa respectiva - Expediente N° 90506/20, que culminó con la disposición conjunta emitida por el servicio de homologación de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo que fuera notificada a las partes con fecha 12 de abril del corriente año. IV) Sentado lo anterior e ingresando en el tratamiento de la cuestión de fondo cabe destacar que ha quedado reconocido por la demandada y la comisión médica que el actor ha sufrido una contingencia calificada como “accidente in itinere” (art. 6, ap. 1, de la Ley 24557). En efecto, conforme surge del Expte. SRT N° 90506/20, iniciado con fecha 13/03/2020, se ha determinado que el actor sufrió un infortunio en la vía pública, en el trayecto entre su domicilio particular y el laboral, cuya fecha de acaecimiento es el 14 de junio de 2019, siendo la Aseguradora contratada por su empleadora, 17 de AGOSTO SRL, OMINT ART. De las constancias del expediente citado emerge que la mencionada aseguradora brindó asistencia médica hasta la fecha del alta definitiva -7/02/2020-, la que fue dispuesta sin secuelas incapacitantes (ver folio 18 del expediente

respectivo). Con fecha 15/08/2019 la Aseguradora había otorgado un alta anterior, la que fue revertida por la Comisión Médica en expediente N° 3251157/19, en el que se determinó que no se habían agotado las instancias médico asistenciales y de rehabilitación para el completo restablecimiento de la patología en cuestión, atento a lo cual dictaminó que correspondía continuar con las prestaciones por parte de la aseguradora (ver expediente respectivo al folio 57, adjunto en el oficio remitido por Comisión Médica). Que, con motivo del alta definitiva, se instruyó el trámite administrativo citado en primer término, en el que la Comisión Médica estableció, en dictamen de fecha 22/03/2021 (ver folio 61/3) como diagnóstico “S711 - Herida del muslo - Traumatismo de rodilla izquierda y herida de muslo izquierdo”, concluyendo que “Vista la documentación obrante en el expediente y los datos obtenidos en la audiencia médica, esta Comisión Médica concluye y dictamina que no presenta secuelas generadoras de Incapacidad Laboral, de acuerdo a lo normado por el Decreto 659/96 modificado por el Decreto 49/14, como consecuencia del siniestro denunciado”. El actor ha acompañado con su demanda el certificado extendido por su médica particular, Dra. Patricia Inés Ardanaz, que establece que el accidente indicado le ocasionó una incapacidad de la TO del 13 %, incluidos los factores de ponderación, por la patología de HERIDA DE MUSLO IZQUIERDO Y TRAUMATISMO DE RODILLA IZQUIERDA. Pues bien, siendo que la cuestión dirimente en autos gira en torno a la existencia de la minusvalía que se describe en el mencionado certificado, deviene relevante analizar la prueba pericial médica, siendo dicha probanza la idónea al efecto, atento a que se encuentran involucrados saberes técnicos o científicos ajenos a la formación e incumbencias

académicas y profesionales de la magistratura. Mediante operación de fecha 2 de noviembre del año en curso, el Dr. Chistian G. Recalde, perito oficial designado en los presentes, acompaña informe médico en el que concluye que el actor presenta una incapacidad parcial y permanente del ocho con ochenta y ocho por ciento de la total obrera (8,88%) atribuible al accidente de trabajo, discriminado del siguiente modo: POR INCAPACIDAD: Síndrome Meniscal con signos objetivos 8%. FACTORES DE PONDERACIÓN: 1. Factor de tipo de actividad = 10 %, 2. Factor de recalificación = 0 %, 3. Factor Edad (en años) = 1 %. En el capítulo “EXAMEN FÍSICO”, el profesional, en lo que atañe al análisis de los miembros inferiores, detalla *“en rodilla izquierda se evidencia cicatriz lineal de aprox. 17 cm de longitud; Se evidencia dolor a la palpación en interlineas articulares con crepitación (roce o frotamiento anormal en la articulación) periarticular; a la movilización activa y pasiva se pone de manifiesto el dolor de la articulación de la rodilla a la flexo-extensión con dificultad para realizar los movimientos propios de esta, como también limitación funcional, hidrartrosis e hipotrofia muscular. Signos de bloqueo. Signos de Bado, Bragard y Rocher positivos”*. Relata que el actor ha acompañado “RMN rodilla izquierda”, mientras que la demandada no aportó ninguna documental médica. En el acápite titulado “CONSIDERACIONES MEDICO-LEGALES. ANALISIS y DIAGNOSTICO”, refiere que *“De acuerdo a la anamnesis o interrogatorio, el examen físico realizado, conforme a la técnica semiológica, y la documental médica aportada por el causante, se puede establecer el “estado clínico actual” del mismo con los siguientes diagnósticos. Anatomico: sinovitis suprapatelar, tenosinovitis poplitea,*

tendinosis rotuliana. Etiológico: Lesiones compatibles como secuelas del accidente de Trabajo que el actor denuncia haber sufrido el día 14/06/19”, concluyendo que “considera que los síndromes padecidos por el actor deben calificarse desde el punto de vista médico-legal como ACCIDENTE DE TRABAJO”, estableciendo el porcentaje de incapacidad indicado supra. Aprecio que el informe presentado resulta correctamente fundado, habiéndose aportado una evaluación concreta y razonable para sustentar sus conclusiones, basando ellas en el examen físico practicado y el estudio complementario acompañado por el actor a su requerimiento, brindando aval técnico adecuado y con objetividad. La pericia médica señalada fue impugnada por ambas partes (actor en operación de fecha 8/11/2021 y demandada en escrito de fecha 10/11/2021), reservándose las razones para la oportunidad de producir los alegatos. No obstante, en la ocasión señalada omitieron expresar argumento alguno sobre el particular, conforme se desprende del registro audiovisual respectivo. Luego, las menciones impugnaciones devienen vacías de contenido y no pasan de ser una expresión de disconformidad de las partes con las conclusiones arribadas por el profesional interviniente, con lo que deben desestimarse. Repárese que los contendientes ofrecieron como testigos a los peritos, más luego no manifestaron interés en que fueran convocados a la audiencia respectiva (ver escritos presentados con fecha 16/12/21 y decreto de esa misma fecha). Tampoco se han presentado en autos informes en disidencia. La parte actora no ha ofrecido perito de control y los designados por la accionada no concurrieron siquiera al acto pericial, según da cuenta el galeno de oficio en su informe. El certificado médico acompañado por el accionante, que exhibe una incapacidad mayor a la determinada por el

galeno oficial, carece de eficacia probatoria ya que no ha sido reconocido por su emisora, pese a la impugnación de la contraria (ver traslado) y conforme lo dispone el art. 248 del CPCC. Es opinión conteste, tanto a nivel jurisprudencial como doctrinario, que aun cuando las normas procesales no acuerdan al dictamen pericial el carácter de prueba legal, si se halla fundado en principios y procedimientos técnicos que no son objetables, y no existe otra prueba que la desvirtúe, la sana crítica aconseja, frente a la imposibilidad de oponer argumentos científicos de mayor valor, aceptar las conclusiones que expone. Luego, corresponde dar plena eficacia convictiva a la pericia médica oficial en lo que atañe a la valoración del daño producido por el infortunio reconocido como contingencia cubierta por el sistema de riesgos del trabajo. Debe señalarse que el perito, a los fines de determinar el porcentaje de incapacidad respectivo, ha aplicado la tabla de evaluación de incapacidades laborales aprobada por el decreto 659/96 y efectuado una correcta sumatoria de los factores de ponderación, de conformidad a la doctrina sentada por el TSJ de Córdoba sobre el particular (autos “Sánchez, Alberto Mario c/ Consolidar A.R.T. S.A. - Ordinario - Accidente (Ley de Riesgos) - Recurso de Casación”, Expediente n°23952/37). En consecuencia, la demanda debe prosperar por una incapacidad parcial y permanente del 8,88 % de la TO en relación a la dolencia determinada por el perito médico oficial como derivada del accidente in itinere denunciado -Síndrome Meniscal con signos objetivos-, debiendo desestimarse la excepción de falta de legitimación pasiva también opuesta. **V) La prestación y el alcance de la responsabilidad de la demandada:** Explicitado lo anterior, cabe ahora determinar la prestación a la que el actor se hace acreedor con motivo de la

incapacidad constatada. Dado el porcentaje determinado, la índole de la contingencia (accidente in itinere) y la data de su acaecimiento (14/06/2019), aquél tiene derecho a la prestación de pago único prevista en el art. 14, apart. 2 a), de la Ley 24.557, siendo aplicable, para la determinación de su importe, lo previsto por el art. 12 de la mencionada ley, con la modificación introducida por la ley 27348 (conf. art. 20) y el Decreto 669/19 (conforme su art. 3, cuyo escrutinio constitucional no ha sido solicitado por ninguna de las partes). El cálculo debe practicarse en base a la siguiente fórmula: $53 \times \text{valor del ingreso base mensual (VIBM)} \times \text{el porcentaje de incapacidad (8,88\%)} \times \text{el coeficiente de edad que surge de dividir 65 por la edad del trabajador a la fecha del accidente -40 años, desde que su data de nacimiento es el 01/09/1978, según constancia de DNI obrante en el expediente administrativo remitido por la Comisión médica al folio 3-, esto es 1.62. A los fines de la determinación del valor del ingreso base debe resolverse la cuestión atinente a la retribución del actor, extremo que se encuentra expresamente controvertido, tal como fuera establecido al fijar las cuestiones litigiosas en la audiencia preliminar. El actor ha argüido en su demanda que su jornada era de lunes a viernes de 06:00 a 15:00 hs., siendo su categoría la de "OFICIAL BORDADOR/A CALIFICADO EN MAQUINAS MANUALES (CAPITULO XV)", encontrándose registrado como trabajador de media jornada y percibiendo parte de su retribución al margen de la registración. Si bien no ha identificado el convenio aplicable a la actividad, dada la descrita en el escrito inicial y que no fue controvertida –acabado de productos textiles-, y la categoría denunciada, resulta ser el Convenio Colectivo de Trabajo N° 746/17 (**Texto del nuevo CCT 626/11, celebrado**$

entre la Federación Obrera Nacional de la Industria del Vestido y Afines y la Federación Argentina de la Industria de la Indumentaria y Afines) con vigencia desde el 1 de enero de 2016, y que contempla a los trabajadores de la industria de la indumentaria de la confección y afines, con zona de aplicación en todo el ámbito nacional. La accionada ha desconocido la jornada denunciada, categoría y tareas prestadas, alegando no constarle tales extremos. Tal modo de oposición, entiendo que no satisface las exigencias previstas en el art. 192 del CPCC. Se ha sostenido sobre el particular que *“adoptar una postura consistente en solamente negar puntualmente cada una de las afirmaciones de la pretensora pero sin brindar una versión propia de los hechos, no satisface las exigencias legales que imponen una carga de afirmación: el artículo 192 del CPCC claramente establece como deber del accionado que confiese o niegue categóricamente los hechos afirmados en la demanda, bajo pena de que su silencio o evasivas puedan ser tomadas como confesión”*. Asimismo, que *“al sólo existir una negativa general y luego particular de los hechos afirmados, pero no una manifestación surgida desde la argumentación de la parte demandada, se produce el supuesto contemplado en la norma”*, por lo que *“corresponde por ende aplicar los apercibimientos legales, consistentes aquí en tener por reconocidos los hechos afirmados por la parte actora, excepto desde luego que sean desvirtuados por prueba en contrario”* ([Cámara del Trabajo de San Francisco, Sala Unipersonal](#) a cargo del Dr. Cristian Requena, en “Villarreal, Jorge Héctor c/ Elite Sistemas de Seguridad S.R.L”, Sentencia n° 62/2009). La accionada, no obstante la negativa, ha omitido explicitar cuál es la jornada y categoría correspondiente al actor, siendo que no se hallaba imposibilitada de

hacerlo toda vez que bien pudo cotejar en sus propios registros la que había sido denunciada por la patronal. Asimismo, al serle requerida la exhibición, entre otros, de la “*Constancia de sueldos y/o ingresos del actor y/o documentación similar que obre en poder de la accionada tendiente a acreditar remuneración mensual del actor*”, omitió cumplir con la carga procesal respectiva, conforme certificación de fecha 25/11/2021. El actor ha acompañado un recibo de sueldo en autos correspondiente al mes de abril de 2019 en el que consta la categoría denunciada. La accionada ha desconocido la documental acompañada, y no se ha producido la informativa a AFIP ni la dirigida al empleador, oportunamente ofrecida por su parte. Con posterioridad al debate ha acompañado un reporte de Anses que también fue impugnado por la contraria al evacuar la vista que se le corriera de aquel. No obstante, la testimonial rendida en autos ha sido eficaz para corroborar no sólo las labores detalladas en el libelo introductorio, correspondientes a la categoría esgrimida y que resulta del asiento en el recibo de haberes, sino, también, la prestación de tareas en la jornada descrita -lunes a viernes de 6 a 15 horas- con la consiguiente irregularidad en lo que atañe al pago de la retribución. En efecto, rindió declaración testimonial el Sr. Walter Santana, DNI N° 27.573.772. Los dichos del declarante han quedado registrados en la videograbación practicada a través del software Cícero en ocasión de llevarse a cabo la audiencia de continuación. Sin perjuicio de ello, seguidamente efectuaré una reseña de los aspectos más relevantes o dirimientes, haciéndose la aclaración de que **no se tratará de una transcripción textual**. Adujo el nombrado hallarse desempleado, y haber trabajado en 17 de agosto hasta el 26 de marzo de este año. Que llegaron a un acuerdo con la empresa porque

no se podía estar más ahí. Describió que era bordador, compañero del actor. Que trabajaban en el mismo sector, en dos máquinas, enfrentados, el actor de un lado y él del otro. El testigo trabajaba de 6 de la mañana a 3 de la tarde. En el mismo horario trabajaba Capelli.El testigo estaba registrado. Su categoría era la de oficial. Estaban registrados media jornada. Le pagaban sueldo completo, pero para la ley le pagaban como media jornada. En el recibo figuraba la mitad. El último mes que trabajó cree que cobró veinte y algo, según el recibo. Empezó a trabajar en 2012, todo el tiempo que trabajó estaba Capelli, que ya estaba en el 2012. Dijo desconocer la categoría de Capelli, añadiendo luego que se encargaba de que las máquinas estuvieran andando. Aclaró que Capelli bordaba y que no tenía facultades jerárquicas; que el jefe de ambos era Luis Zabala. Capelli trabajaba de 6 a 3 de la tarde. Siempre cumplió ese horario. No sabe si Capelli estaba correctamente registrado. La diferencia en la registración la tenía desde por lo menos 6 años atrás. No reclamó por esa situación. Estaba incorrectamente registrado porque le dijeron que no podían pagar, por eso llegaron a un acuerdo por un tiempo y después de ese tiempo quedó así, no se recuperó más. Adujo saber que Capelli chocó, que le afectó la rodilla. La pierna. Que estuvo de carpeta médica como dos o tres meses. Que esas lesiones le afectaron después cuando volvió a trabajar. Eso le afectaba porque había que estar parado 9 horas parados y no aguantaban tanto tiempo parado. Capelli dejó de trabajar al mismo tiempo que él. No sabe si Capelli hizo el mismo acuerdo con la empresa que él. Indicó que la parte sin recibo se la pagaban en la empresa, en mano, lo hacía Luis Zabala. Interrogado por la demandada dijo que, aparte de lo que percibía en el recibo, recibía aproximadamente 18.000 pesos más. Pues

bien, el compareciente ha dado razón de sus dichos, siendo coherente en su exposición, sin mediar impugnación, por lo que corresponde asignarle valor convictivo. De la reseña efectuada, y en especial de lo enfatizado y subrayado por la suscripta, deriva la realización por el actor de tareas de bordador, con la utilización de una máquina, y en una jornada de 6 a 15 horas. Fue claro y contundente Zabala al afirmar que Capelli siempre cumplió ese horario. Si bien dijo no saber si el nombrado se hallaba mal registrado, deviene claro que si lo estaba a tiempo parcial -como surge del recibo desconocido por la demandada- la inscripción respectiva resultaba errónea. Ha dado cuenta el testigo, también, de la percepción de parte de su retribución al margen de la registración, extremo que es la consecuencia normal de los supuestos de irregularidad en la registración de la jornada. Repárese que la jornada legal es la regla, siendo la modalidad a tiempo parcial una excepción. Y si bien la demandada no es parte del ligamen laboral, ocurre al proceso subrogándose en el lugar de la patronal en cuanto responsable de la reparación de los daños ocasionados por las contingencias cubiertas por el sistema de riesgos, con lo que bien pudo ejercer actividad probatoria tendiente a desvirtuar la afirmación del actor en orden a la prestación de tareas en jornada ordinaria, no obstante lo cual ninguna actividad desarrolló en ese sentido (vgr. no pidió siquiera informativa a la patronal). A lo expuesto debo añadir que no soslayo que la rendida en autos se trata de una única testimonial. Ahora bien, dado que he observado que las manifestaciones del testigo fueron objetivas, serias y convictivas, entiendo que la circunstancia de que se trate un único testigo no obsta, en el caso puntual de autos, a que se otorgue validez de sus dichos, máxime cuando la negativa efectuada por la accionada respecto de

los extremos a los que refirió el declarante ha sido considerada ineficaz, conforme a lo explicitado supra. En ese temperamento se ha sostenido que *“La máxima “testigo único, testigo nulo, ha quedado superada por la evolución del Derecho Procesal, pues la exclusión de su valor probatorio no tiene ningún fundamento, dado que si bien no existe la garantía que supone la concordancia entre las declaraciones de varios testigos, ella puede compensarse con el análisis de las circunstancias del caso concreto”* (CNAT, Sala X, 13/12/07, “Vera Adrián A. c/RPB SA”, TySS, 2008-249, citado, entre otros en el mismo sentido, por Arriazu María Elena, en *La Prueba en el Proceso Judicial laboral*, Erreius, Bs. As. 2021, p. 457). La prueba ha sido insuficiente, sin embargo, para acreditar el monto exacto que el actor percibía al margen de los registros. Esto es, no ha logrado demostrar que aquél hubiera sido equivalente a un importe igual al que figuraba en sus recibos, dado que si bien el testigo que declaró en autos primero dijo que así era, más allá de que se refería a su propia retribución y no a la del actor, al ejemplificar numéricamente dio cuenta de que la porción no registrada era de un importe inferior a la que sí lo estaba. Luego, entiendo que resulta ajustado a derecho que el cálculo de la prestación del art. 14 de la LRT se practique acudiéndose a la retribución que corresponde a la categoría detentada por el actor por la jornada denunciada (lunes a viernes de 6 a 15 horas). Para su determinación, la que se difiere para la etapa previa de ejecución de sentencia (conf. art. 812, CPCC, aplicable supletoriamente por el art. 114 de la Ley 7987), corresponde apelar a las escalas vigentes en los doce meses anteriores al infortunio, a cuyo fin cabrá librar oficio a la entidad sindical respectiva o a la autoridad administrativa laboral para su remisión, siendo a cargo de la

parte actora su confección y diligenciamiento en forma. A los salarios básicos que surgirán de las mencionadas escalas deberán añadirse los adicionales convencionales, sean estos remunerativos o no, y los viáticos convencionales asignados sin presentación de comprobantes (art. 27, ap. b del CCT 746/17), a tenor de la doctrina de la CSJN sentada en autos “Díaz Paulo Vicente c/ Cervecería y Maltería Quilmes S.A s/” (fallo del 4 de junio de 2013) y por el TSJ, en pleno, en autos “Ahumada Sofía Noemí c/ Galeno ART S.A. Ordinario. Recurso de inconstitucionalidad”, Sentencia N° 278, del 04/12/2020, que hago propia. En el último de los precedentes citados, el Alto Cuerpo Provincial descalificó la validez del art. 12 de la ley 24557 en su texto originario (previo a la modificación introducida por la Ley 27348) en tanto sólo permitía computar los ingresos sujetos a aportes y contribuciones previsionales, lo que, en función del artículo 9 de la Ley N° 24.241 y disposiciones concordantes, excluía del cálculo de las prestaciones a aquéllos sobre los que no existió cotización a la Seguridad Social. Adujo que *“Como consecuencia, las indemnizaciones se obtienen sobre la base de una cifra dineraria inferior a la remuneración real y conduce a la lógica reducción de la reparación económica por la incapacidad que afecta al dependiente...”*. Puntualmente, en cuanto a los viáticos, determinó que *“el rubro en cuestión, que se abona en forma anticipada y sin demostrar gastos correlativos, no se ajusta a los términos del art. 106 de la LCT, en cuanto viático propiamente dicho. En realidad, se puede disponer libremente de este valor en efectivo, lo que guarda correlato con la caracterización de lo que es la remuneración para el Convenio N° 95 de la O.I.T. -art.1”*. En el caso, deviene aplicable la N° 27.348 que abandona el concepto de salario previsional, remitiendo

expresamente al contemplado en la normativo internacional citada por el TSJ, por lo que los conceptos señalados deben ser considerados para la determinación de la base de cálculo de la prestación referida. Cada una de las retribuciones así conformadas, correspondientes a los doce meses anteriores a la contingencia y los SAC de idéntico período, deberán ser ajustadas mediante el índice RIPTE hasta la fecha del infortunio. El importe resultante de la suma del total de las mencionadas retribuciones deberá ser dividido por doce a fin de obtener el valor mensual del ingreso (art. 12. ap. 1, Ley 24557). Desde dicha data y hasta la de la liquidación, el monto del ingreso base así determinado devengará un interés equivalente a la tasa de variación de las RIPTE en el período considerado -conforme apartado 2 del art. 12 de la ley 24557, texto según decreto 669/19-. La suma resultante de la fórmula legal no podrá ser inferior al mínimo que surge de la aplicación de la Nota de la gerencia de Control Prestacional N° 2727/19, que se corresponde a las contingencias acaecidas entre el 01/03/2019 y el 31/08/2019 (Decreto 1694/09, Ley 26773, art. 17 bis, texto ordenado por Ley 27348) actualizado de igual modo que el empleado para la fórmula legal, conforme estableciera en otra ocasión (Sentencia dictada en autos "**GOMEZ, LEONARDO C/ EXPERTA ART S.A. – PROCEDIMIENTO DECLARATIVO ABREVIADO – LEY DE RIESGOS – EXPTE. N° 9937520**). Dicho mínimo es equivalente a la suma de ciento ochenta y dos mil ocho pesos con sesenta y cinco centavos -\$182.008,65- ($\$2.049.647 \times 8,88\%$) que, actualizado según la pauta indicada supra (*tasa de variación de las RIPTE, que equivale al 96,5%: \$ 175.638,34*), arroja a la fecha un total de trescientos cincuenta y siete mil seiscientos cuarenta y seis pesos con noventa y nueve centavos -\$

357.646,99-. La aseguradora demandada debe abonar el monto íntegro de la prestación resultante y no la porción correspondiente a los haberes registrados, sin perjuicio de la eventual repetición que pudiera iniciar en contra de la empleadora en función de los términos del contrato asegurativo. Tal solución es la que emerge de la aplicación analógica del art. 28, ap. 4 de la LRT. En efecto, se ha sostenido que dicha previsión “... *establece que si el empleador omitiera -total o parcialmente- el pago de las cuotas a su cargo, la ART debe otorgar las prestaciones, pudiendo ejecutar contra aquél las cotizaciones adeudadas, lo que demuestra que - en la sistemática de la LRT- prevalece la idea de que los incumplimientos en que incurre el empleador respecto de sus deberes para con la aseguradora no pueden generar perjuicios al trabajador víctima del infortunio y, en consecuencia, la falta o la insuficiencia en el pago de las cotizaciones adeudadas no puede traducirse en la negativa o la reducción de la cuantía de las prestaciones irrenunciables a las que tiene derecho el operario. Si bien es cierto que el art. 28 de la ley 24557 no refiere expresamente la solución aplicable a la situación que se verifica en el caso -en el cual estamos en presencia no ya de una relación laboral no registrada o no declarada a la aseguradora, sino de un vínculo deficientemente registrado (habida cuenta que se consignó en los registros un salario inferior al percibido, es decir, existen pagos salariales clandestinos, vulgarmente denominados en negro)-, una interpretación teleológica, respetuosa tanto de los objetivos enunciados en el art. 1 de la LRT, como de los principios protectorios que informan la disciplina, conduce a sostener que la solución establecida en el art. 28, ap. 2, para un supuesto análogo -trabajadores no registrados- debe hacerse extensiva al*

*caso de los **trabajadores deficientemente registrados**. Si la ART se encuentra legalmente obligada a responder frente al trabajador por las prestaciones de la ley cuando el empleador afiliado no hubiere registrado o declarado un trabajador (lo que supone la completa ausencia de cotizaciones por ese operario), también habrá de estarlo cuando el trabajador fue registrado y declarado ante la aseguradora, aunque **consignando la patronal un salario inferior al efectivamente percibido**. La solución contraria nos llevaría a colocar al trabajador no registrado en una situación más favorable que aquél cuya relación fue deficientemente asentada, a la vez que a poner en peor situación al empleador que registró defectuosamente el vínculo en comparación con aquél que omitió por completo la registración o declaración del trabajador. Si se verifica que el salario efectivamente devengado por el trabajador era superior al importe denunciado por el empleador, en base al cual se determinó la cuantía de las prestaciones dinerarias-, la ART se encuentra obligada a recalcular el importe de éstas y a abonar las diferencias correspondientes al trabajador, sin perjuicio del derecho que le asiste por la ejecución de las cotizaciones correspondientes por las remuneraciones no registradas. La solución adoptada no implica un enriquecimiento ilícito del actor y/o del empleador pues -por un lado- el trabajador sólo ha de percibir las diferencias hasta completar el monto legalmente establecido de conformidad al salario efectivamente percibido y el grado de incapacidad laborativa que lo afecta, mientras que -por el otro - en definitiva será el empleador el responsable final del pago de tales diferencias, habida cuenta que la aseguradora tendrá derecho a ejecutar las cotizaciones adeudadas, precisamente, en relación a las*

*remuneraciones no registradas ni, por ende, declaradas (arg. art. 28 ap. 2, LRT) (CSJ de Bs. As., 31/08/11, “Villalón Juan Carlos c/ Lastra Tomás Federico s/ Cobro Dif. Indem. Art. 212). En igual sentido se expidió el Tribunal Superior de Justicia de Córdoba, en autos “Baigorria Jorge Daniel C/ Vottero Juan Carlos Y Otro – Ordinario – Otros” Recurso De Casación – 8326/37” (Sent. N° 184/14) estableciendo que “Determinada la subsistencia del seguro, la ART debe responder por las diferencias resultantes en las prestaciones del art. 13 de la LRT por errónea categorización (art. 26 ib.). Si bien es cierto que la situación particular del actor no está contemplada expresamente en el art. 28 de la Ley N° 24.557, la norma prevé que si el empleador omitiera declarar su obligación de pago o la contratación de algún trabajador (art. 28 inc. 2°) o no pagara total o parcialmente las cuotas (inc. 4°), la aseguradora igualmente debe otorgar las prestaciones pudiendo repetir del empleador su costo o ejecutar las cotizaciones adeudadas. Entonces, encontrándose incorrectamente categorizado el trabajador, una interpretación teleológica de la norma conduce a idéntica solución”. Debo señalar que no soslayo la existencia de la resolución de Superintendencia de Riesgos del Trabajo N° 899/17 -Disposiciones Aclaratorias a la Resolución SRT 298/2017- que, en su art. 5, determina que “...en relación con la liquidación de la prestación dineraria prevista por el artículo 11 de la Resolución S.R.T. N° 298/17, que aquélla deberá practicarse siguiendo el parámetro establecido en dicha norma. Sin perjuicio de ello, **si en ocasión del trámite ante la Comisión Médica se suscitaren divergencias relativas a salarios no declarados por el empleador, tal controversia entre el trabajador y el empleador deberá ser resuelta por la autoridad judicial,***

sin que ello afecte el derecho del trabajador de percibir las indemnizaciones previstas en el Sistema de Riesgos del Trabajo, en virtud de los salarios exclusivamente declarados por el empleador al Sistema Único de la Seguridad Social (S.U.S.S.)... En caso de acreditarse, por sentencia firme, una mayor remuneración en favor del trabajador, deberá ponerse en conocimiento fehaciente a la A.R.T. o el E.A. a fin de que proceda a ajustar la liquidación correspondiente” (el resaltado es agregado). Tal resolución, sin embargo, no obsta a la respuesta brindada en los presentes, en tanto el reclamo ha trascendido el ámbito administrativo, siendo sólo en aquél en el que dicho plexo legal podría tener aplicación. Y si bien en autos el actor no trajo al proceso a la patronal, la accionada pudo citarla como tercera (art. 83 quater, Ley 7987 en su texto actual) y no lo hizo, con lo que disponer el pago de una prestación menguada en su cuantía, habiéndose demostrado en autos que el salario que percibía el actor era mayor al registrado, atentaría contra uno de los objetivos del sistema, cual es la cobertura de los daños derivados de los riesgos del trabajo con criterios de suficiencia, accesibilidad y automaticidad de las prestaciones (conf. art. 1 de la Ley 26773), lo que no puede coonestarse. **VI) Plazo de cumplimiento del monto objeto de condena y los intereses en caso de mora:** El importe indicado en el considerando anterior deberá ser oblado por la ART demandada dentro del término de diez días hábiles de notificado el auto determinativo de montos y devengará, para el caso de mora, la que se operará al vencimiento del mencionado plazo, el interés previsto en el inc. 3 del art. 12 -texto según ley 27348- hasta el efectivo pago -promedio de la tasa activa cartera general nominal anual vencida a TREINTA (30) días del BANCO DE LA

NACIÓN ARGENTINA, hasta la efectiva cancelación-. Ya he sostenido en otra ocasión que esta última previsión ha sido erróneamente incluida en el art. 12, Ley 24.557. Ello, por cuanto no se refiere al valor del ingreso base al que alude en su título, sino a la “indemnización”, cuyo método de cálculo se encuentra en los arts. 11, 14 o 15, de la Ley 24557, según el caso, y en el art. 3 de la Ley 26.773. Debió así ser incorporada como una norma independiente, con referencia a todas las prestaciones aludidas, o la suma que resulte de ellas, según el caso. En cuanto al momento dispuesto supra respecto de la mora, debo efectuar la siguiente aclaración. No soslayo que el art. 2 de la ley 26.773 establece que “El derecho a la reparación dineraria se computará, más allá del momento en que se determine su procedencia y alcance, desde que acaeció el evento dañoso o se determinó la relación causal adecuada de la enfermedad profesional”. De conformidad con esta disposición, el estado de mora debería remontarse al momento que “*acaeció el evento dañoso*”. Ahora bien, dicha norma -coherente con la contenida en el art. 1748 del CCyCN- fue dictada cuando el texto del art. 12 de la ley 24557 cristalizaba el monto de la prestación al momento de la primera manifestación invalidante. La aplicación de tal disposición en autos, siendo que el caso resulta comprendido en el ámbito de aplicación temporal de la Ley 27.348, implicaría retrotraer la deuda calculada en un momento posterior con los intereses capitalizados, hacia el momento del siniestro y desde allí cuantificar nuevamente intereses sobre el producido hasta el efectivo pago; lo que conduciría a una doble aplicación de intereses por sobre el mismo período. Tal exégesis, por cuanto conduce a un resultado ilógico, resultaría contraria a los postulados del art. 2 del Código Civil y Comercial y,

además, reprochable con fundamento en el art. 17 de la Constitución Nacional (ver Ackerman, Mario en “Riesgos del Trabajo”, ed. Rubinzal-Culzoni, editores, 2020, Tomo I, p. 333, quien afirma que una interpretación de esa naturaleza resultaría “muy poco razonable”). Es por tal razón que los intereses fijados en dicha previsión correrán recién a partir de la mora en el pago del monto condenado en el plazo supra establecido para el cumplimiento de la sentencia. **VII) Las costas y los estipendios de los/las profesionales intervinientes:** Las costas deben imponerse a la demandada vencida, no advirtiéndose circunstancia alguna que autorice a eximirla de ellas (art. 28 Ley 7987). La base para la estimación de los estipendios resulta ser el importe total mandado a pagar en esta sentencia, correspondiendo sea diferida para cuando aquella sea determinada. Los honorarios de la representación letrada de la parte actora deberán regularse de acuerdo a lo establecido por los Arts. 31, inc.1, 36, ap. b, y 39, en el término medio de la escala prevista en la segunda de las mencionadas normas -22,5%-, con más el importe de tres jus, a mérito de lo solicitado (art. 104, inc. 5° de la ley 9459, por tareas previas a iniciar juicio, conf. doctrina del TSJ en autos “Lares y Tonello S.R.L. c/ Carlos Emilio Riva – Ejecutivo”, 2/10/96) y la restitución del IVA conforme a la condición tributaria denunciada en autos. Los estipendios de la representación de la demandada oportunamente se regularán en el término mínimo de las escalas de iguales dispositivos. Corresponde diferir la regulación de honorarios del perito médico designado en autos y la determinación de las demás costas del juicio para cuando se establezca su base económica. Cabe declarar que los peritos de control de la parte demandada carecen de derecho a aquéllos, por no haber adherido al

informe oficial, ni presentado disidencia (art. 49 ib.). **VIII)**Hago mención que he valorado la totalidad de los argumentos esgrimidos por ambas partes, habiendo hecho alusión sólo a aquellos planteos que he estimado conducentes para resolver el pleito. En ese sentido, corresponde también declarar abstracto el tratamiento del planteo de inconstitucionalidad relacionado con el art. 6, ap. 2 de la Ley 24557, en tanto la contingencia denunciada en los presentes encuadra en el ap. 1 de la mencionada preceptiva. Igualmente, el formulado en relación al art. 12 de la Ley 24557, por cuanto fue practicado para el caso de que se aplique el texto primitivo de dicha norma, que no es el que se dispuso en autos. Debe, sin embargo, declararse inaplicable el art. 17 de la Ley 27348 en cuanto determina el pago del monto de condena en la cuenta sueldo del trabajador damnificado puesto que, habiéndose planteado el reclamo en sede judicial, deviene aplicable el art. 277 de la LCT que determina que aquél se efectúa, oportunamente, mediante depósito judicial. Por último, debe también declararse abstracto el tratamiento del planteo de inconstitucionalidad de la demandada en relación a la Ley Procesal Laboral en cuanto establece una instancia única, dado que el presente juicio, tramitado según las previsiones de la reforma introducida por la Ley 10596, prevé una instancia de apelación contra este pronunciamiento (conf. art. 83 septies, Ley 7987), garantizándose así la doble instancia. Por los fundamentos expuestos y las normas legales citadas, **RESUELVO: I)** Declarar abstracto el tratamiento de los planteos de inconstitucionalidad formulados por la parte actora en relación a las previsiones de los arts. 1, 2, 4 y 14 de la Ley 27348 y arts. 6, inc. 2, y 12 de la Ley 24557 y Ley 10456. **II)** Desestimar las defensas de cosa juzgada administrativa y falta de acción articuladas

por la aseguradora. **III)** Hacer lugar a la demanda presentada por el actor, Sr. MARCOS ELÍAS CAPELLI, DNI N° 29.903.360, en contra de OMINT S.A A.RT. Desestimar la defensa de falta de legitimación pasiva opuesta por la demandada y, en su mérito, condenarla a abonar la prestación establecida en el artículo 14, apartado 2, inciso a) de la ley 24.557 por la incapacidad equivalente al 8,88% de la TO, derivada de la patología Síndrome Meniscal con signos objetivos, ligada causalmente con el accidente in itinere acaecido con fecha 14/06/2019. La suma respectiva se determinará en la etapa previa a la ejecución de sentencia según las pautas indicadas en los considerandos respectivos. El monto correspondiente deberá efectivizarse en el plazo de diez días hábiles desde la notificación del auto determinativo de montos, bajo apercibimiento de ejecución forzosa, y devengará intereses en caso de incumplimiento equivalentes a la tasa activa cartera general nominal anual vencida a treinta días (30) del Banco Nación Argentina desde dicha data y hasta la de su efectivo pago. Declarar inaplicable el art. 17 de la Ley 27348 en cuanto a la modalidad de pago del monto de condena, debiendo el mismo depositarse en cuenta judicial que se abrirá al efecto (art. 277, LCT). **IV).** Imponer las costas a la parte demandada vencida (art. 28, LPT). Diferir la regulación de honorarios de los profesionales intervinientes la que se efectuará según las pautas dadas en los considerandos, así como también la determinación de las demás costas del juicio para cuando se establezca su base económica. Los honorarios deberán ser abonados en el mismo plazo dispuesto para el pago del monto de condena y devengarán, en caso de mora, los intereses previstos por el TSJ en autos “Hernández Juan Carlos c/ Matricería Austral S.A.- Recurso de Casación-” (Sentencia N° 39 del

25/06/02). **V)** Dar por reproducidas las citas legales efectuadas al tratar las cuestiones propuestas, por razones de brevedad. **VI)** Líbrese oficio a los fines expresados en los considerandos, siendo a cargo de la parte actora su confección y diligenciamiento en forma. **VII)** Líbrese oficio al Registro Público de Accidentes y Enfermedades Laborales (art. 2, ley 8380). Protocolícese y notifíquese.

Texto Firmado digitalmente por:

KESELMAN PROCÚPEZ Sofía Andrea

JUEZ/A DE 1RA. INSTANCIA

Fecha: 2021.12.29

VALENZUELA Ivana Ines

PROSECRETARIO/A LETRADO

Fecha: 2021.12.29