



PODER JUDICIAL DE CÓRDOBA

**JUZG CONCILIACION Y TRABAJO 1A NOM -
SEC. 2**

Protocolo de Sentencias

Nº Resolución: 6

Año: 2022 Tomo: 1 Folio: 35-48

EXPEDIENTE SAC: 10301042 -  - FALBO, ROBERTO JONATHAN ALEXANDER C/ PROVINCIA ART

S.A. - PROCEDIMIENTO DECLARATIVO ABREVIADO - LEY DE RIESGOS

SENTENCIA NUMERO: 6. CORDOBA, 03/03/2022. Y VISTOS: estos autos caratulados FALBO, ROBERTO JONATHAN ALEXANDER C/ PROVINCIA ART S.A. – PROCEDIMIENTO DECLARATIVO ABREVIADO - LEY DE RIESGOS, Expte. 10301042 de los que resulta que: **I)** Comparece el Sr. Roberto Jonathan Alexander Falbo, D.N.I. n. ° 36.145.338, con el patrocinio letrado del Dr. Franco Giavedoni, e interpone formal demanda laboral abreviada en contra de PROVINCIA ART S.A., cuestionando lo resuelto por la Comisión Médica nro. 05 en la resolución del expediente S.R.T. N° 265065/20. Persigue el pago de las prestaciones dinerarias previstas por las Leyes N° 24.557 y 26.773, por la disminución de la capacidad laborativa derivada del accidente de trabajo acaecido el doce de noviembre de 2018. Relata que ingresó a trabajar bajo las órdenes de REFIRE HIDROMECAÁNICA S.R.L. el doce de octubre de 2018, prestando tareas de electricista. Que el día doce de noviembre ese mismo año, mientras se encontraba desarrollando sus tareas laborales habituales, acomodando piezas, intenta bajar un motor, efectuando un mal movimiento, provocándole en forma inmediata y repentina un fuerte tirón en la zona lumbar con irradiación en los miembros inferiores. Que fue asistido en el Hospital de Urgencias y, al no cesar los dolores, acudió a su obra social y realizó la denuncia a la ART, quien rechazó la contingencia. Que el 4/10/2019 solicitó la intervención de la Comisión Médica, mediante el

Expediente SRT n.º 332093/19, por “Rechazo de la contingencia Ley n.º 27348”, quien produjo dictamen de fecha 11/02/2020, por el que se reconoce la existencia del infortunio padecido por el trabajador como accidente de trabajo y se ordena el otorgamiento de prestaciones en especie. Aclara que debido a los fuertes dolores y diversos estudios médicos, con fecha 10/01/2019 fue intervenido quirúrgicamente realizándosele una disectomía de L4-L5. Destaca que, debido al accidente sufrido, a fines del año 2018 fue desvinculado de la empresa. Prosigue relatando que, reconocido el carácter laboral del accidente denunciado por la Comisión Médica, procedió a ingresar ante dicho organismo el trámite de “Divergencia en la determinación de la incapacidad”, mediante el Expte. SRT n.º 265065/20, en el que, con fecha 26/07/2021, se dictaminó que el actor no posee incapacidad como consecuencia del siniestro denunciado. Alega que padece una incapacidad del 15% de la T.O, en base al certificado expedido por el Dr. Vieyra Ledesma, que determina: “Lumbalgia post-esfuerzo con discopatía lumbar L4-L5, operado, con limitación funcional”. Reclama un importe de setecientos cuarenta y siete mil, siete pesos con cuarenta y nueve centavos (\$ 747.007,49), con más la prestación del Art. 3 de la Ley n.º 26773, intereses y costas judiciales. Denuncia un IBM con RIPTE de \$18.034,24 que, actualizado con tasa activa -\$23.913,62-, arroja el total de \$41.947,86. Plantea la inconstitucionalidad de los arts. 21, 22 y 46 de la Ley n.º 24557, 1 de la Ley n.º 27348, decreto PEN 717/96 y art. 1 del decreto del PEN n° 54/2017, así como también del art. 12 de la Ley 24557. Solicita la aplicación de un interés igual a la tasa activa mensual que utiliza el Banco de Córdoba para las operaciones en descubierto desde que cada suma es debida y hasta su efectivo pago, conforme a la jurisprudencia que cita. Ofrece prueba. **II)** Admitida la demanda e impresa a la acción el trámite del procedimiento declarativo abreviado de instancia única (arts. 83 bis y sptes. Ley n.º 7987), se corrió traslado a la contraria quien, a través de su apoderado, el Dr. Rodrigo de Hernández, lo contesta mediante escrito de fecha 29 de septiembre de 2021 cuyo tenor admite la siguiente síntesis. En primer término formula una negativa genérica respecto del reclamo del actor. En

segundo lugar, reconoce que su mandante celebró con la firma Refire Hidromecánica SRL, ex empleadora de aquel, un contrato de afiliación aprobado por las resoluciones de la SRT, delimitando el ámbito de cobertura y responsabilidad. Plantea defensas de falta de acción y falta de legitimación sustancial pasiva. Liminarmente, deja negada la ocurrencia del hecho que el actor relata como sucedido el 12/11/2018, en lo que respecta a las circunstancias de tiempo, modo y lugar especificados en demanda, como así también su calificación de “accidente de trabajo”, todo lo cual -dice- habiendo sido invocado por el actor en el marco de un proceso judicial, deberá ser acreditado por dicha parte. Expresa que en sede administrativa no se diligenció prueba tendiente a acreditar su real ocurrencia y, por ende, no puede descartarse la posibilidad de que no haya ocurrido, o que lo haya sido en las circunstancias necesarias para ser calificado como accidente de trabajo. Que, por otro lado, tanto la demanda como el certificado médico acompañado adolecen de una serie de irregularidades e incumplimientos respecto del complejo legal vigente. Sin perjuicio de ello, aduce que el accionante actualmente no padecería secuela ni limitación funcional alguna en su columna lumbar, tal como lo determina la Comisión Médica interviniente, conforme a lo dispuesto en la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales aprobada por el Dcto. 659/96 (t.o. 49/2014). Más adelante, alega que no existe una crítica concreta, específica y razonada de la decisión arribada por aquel organismo, lo que -dice- vulnera su derecho de defensa. Añade que, en el hipotético caso de que el actor padeciera una limitación funcional en su columna lumbar, ello sería consecuencia de lesiones, patologías o dolencias que no tendrían relación etio cronológica con el supuesto hecho que allí se refiere, por lo que serían de naturaleza inculpable. Seguidamente, procede a contestar la demanda solicitando su rechazo con costas. Niega los hechos, el accidente, que éste ocasionare al demandante alguna incapacidad o limitación funcional, la relación de causalidad entre el infortunio y la patología que reclama, la calificación médica legal, la obligación de pagar indemnización alguna, las bases de cálculo utilizadas -específicamente el IBM y edad denunciada-, la relación de dependencia, fecha de

ingreso y que lo haya hecho en perfectas condiciones de trabajo, las tareas desempeñadas, que no existan patologías inculpables o preexistentes, que la Comisión médica que intervino haya omitido o infravalorado la supuesta patología del actor o incurrido en vicio alguno, y que, en consecuencia, su dictamen sea erróneo o arbitrario. Niega que el actor haya formulado una crítica concreta y razonada respecto del dictamen que cuestiona y que haya fundamentado adecuadamente las divergencias que plantea. Reconoce que frente a la contingencia su mandante procedió a brindar atención médica de forma inmediata, rechazando las patologías o lesiones de naturaleza inculpable. Más adelante, impugna los conceptos, montos y cálculos efectuados en la demanda, el ingreso base denunciado y la edad del actor a la fecha del accidente (29 años). Arguye que para el caso de que se haga lugar a la demanda, las remuneraciones que deberán ser tenidas en cuenta para llevar a cabo los cálculos no podrán ser otras que aquellas que hayan sido contempladas para el pago de la alícuota de ART mediante formulario F.931 presentado ante AFIP. Solicita la aplicación de lo dispuesto en el DNU 669/19. Contesta los planteos de inconstitucionalidad formulados por el actor considerando abstracto su tratamiento, conforme a las razones que explicita. Impugna la documental acompañada y, especialmente, la mencionada en los puntos A2 a A5 -certificado médico, recibos de haberes y estudios médicos-. Ofrece pruebas. Hace reserva de repetir ante la firma empleadora, de caso federal y de casación. **III)** Corrido traslado el actor de la contestación de la demanda, lo evacua negando y rechazando las consideraciones que se efectúan por no corresponderse con la realidad de los hechos y el derecho aplicables al caso, remitiéndose a lo dicho en el escrito de demanda. En orden a la impugnación de la liquidación, arguye que, a diferencia de lo sostenido por la accionada, deberá tenerse en cuenta en la obtención del ingreso base mensual los haberes donde consten conceptos no remunerativos, de acuerdo a lo resuelto por el Tribunal Superior de Justicia de Córdoba en el decisorio de fecha 25/08/2016 (Sentencia N° 79) recaído en autos: “Chacón, Natalia Lorena c/Galeno A.R.T. S.A. y Otro – Ordinario – Accidente in itinere”. En cuanto a la negativa del

accidente, se remite a lo dictaminado por la Comisión Médica Jurisdiccional en el marco de los Exptes. nros. 332093/19 y 265065/20, donde se ha concluido que el actor ha sufrido un accidente de naturaleza laboral, en los términos de la LRT, los que arriban firmes y consentidos a la etapa jurisdiccional. Amplia prueba. **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, en los términos que da cuenta el acta respectiva de fecha 27/10/2021. **V)** Diligenciada la prueba escrita ofrecida por las partes, se receptó la audiencia de continuación, oportunidad en la que se recibieron los alegatos, según surge del registro audiovisual practicado, con lo que la controversia pasa a despacho a los fines de su resolución. **Y CONSIDERANDO: I) 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 las prestaciones dinerarias previstas en las Leyes n.º 24557 y 26773, por la disminución de la capacidad laborativa derivada del accidente de trabajo acaecido el día doce de noviembre de 2018, mientras prestaba tareas para su empleadora “Refire Hidromecánica SRL”, conforme certificado médico que acompaña y que determina que padece “*Lumbalgia post-esfuerzo con discopatía lumbar L4-L5, operado, con limitación funcional*”, que le ocasiona una ILPP del 15% T.O. Concretamente, impugna el Dictamen emitido en Comisión Médica, en el Expediente nº 265065/20, de fecha 26/07/2021, en el cual se concluye: “*Sin incapacidad secuelar devenida del siniestro denunciado según normativa en vigencia*”. Reclama las prestaciones de los arts. 14, ap. 2), inc. a) de la Ley n.º 24557, y 3 de la Ley n.º 26773. Denuncia un ingreso base de \$18.034,24 que, actualizado con tasa activa -\$23.913,62-, arroja el total de \$ 41.947,86. En la misma ocasión se determinó como cuestión conducente controvertida la existencia de la incapacidad denunciada y si ella tiene su origen en el accidente de trabajo reconocido por la Comisión Médica. Igualmente fue considerada conducente la negativa del importe del ingreso base y los parámetros para el cálculo de las prestaciones respectivas. Se dejó establecido que no mediaba

contienda respecto al contrato de seguro celebrado con el empleador del actor, ni sobre la realización del trámite administrativo previo ante la Comisión médica. Las restantes negativas formuladas -acaecimiento del accidente y circunstancias que lo rodearon, fecha de ingreso, relación de dependencia con Refire Hidromecánica SRL y las tareas (electricista) - fueron consideradas inconducentes, conforme a las razones allí explicitadas. Las partes no presentaron objeción alguna a la determinación de los extremos conducentes de la litis en los términos explicitados, por lo que a ellos se ceñirá el análisis que sigue. **II) Los planteos de inconstitucionalidad formulados por el actor:** Previo a expedirme acerca de la procedencia sustancial del reclamo, corresponde señalar que, como bien lo advierte la accionada en su responde, deviene abstracto el tratamiento del planteo de inconstitucionalidad formulado por el accionante respecto del art. 46 de la Ley 24557. Aunque no lo explicita el interesado, por cuanto ninguna argumentación ha desarrollado en torno a los cuestionamientos constitucionales efectuados, el planteo atañe al sistema en su estructura anterior a la redacción dispuesta por la Ley n° 27348 (B.O. del 24/2/2017). Sin embargo, es esta última la aplicable al caso, a tenor de la fecha del accidente fijada en sede administrativa (12/11/2018) y la data de interposición de la demanda, hallándose también vigente la Ley provincial n.° 10456 que adhiere a las disposiciones del mencionado plexo legal. Pues bien, la nueva normativa modifica el art. 46 de la Ley 24.557 dejando sin efecto lo relativo a la intervención de la justicia federal, estableciendo una vía recursiva de lo resuelto por las Comisiones Médicas jurisdiccionales ante “la justicia ordinaria del fuero laboral” de la jurisdicción provincial o de la ciudad de Buenos Aires, así como un “recurso directo” contra lo resuelto por la Comisión Médica Central ante “los tribunales de alzada con competencia laboral” o, de no existir éstos, ante los “tribunales de instancia única con igual competencia” (art. 2, ley 27.348). La Ley local n° 10456, como se dijera, dispone la adhesión de la Provincia de Córdoba a las disposiciones contenidas en el Título I de la Ley Nacional n.° 27.348, quedando delegadas expresamente a la jurisdicción administrativa nacional las competencias necesarias para dar

cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 1º, 2º y 3º de la norma precitada, con sujeción a las condiciones establecidas en ella. Entre las condiciones mencionadas se prevé el “Agotamiento de la vía administrativa ante la comisión médica jurisdiccional, prescindiendo de la obligatoriedad para el trabajador afectado de interponer recurso ante la Comisión Médica Central, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley Nacional n° 24.557 -texto según modificación introducida por Ley Nacional n. ° 27348-...”, añadiendo que “El trabajador puede optar por promover la acción **ante los tribunales ordinarios en materia laboral** en los términos de la Ley n° 7987, atrayendo el recurso que eventualmente interponga la aseguradora de riesgos del trabajo ante la Comisión Médica Central y la sentencia que se dicte en sede laboral resultará vinculante para ambas partes...” (art. 2, énfasis agregado). Luego, y toda vez que la preceptiva aplicable al caso ya no prevé la intervención de la justicia federal como instancia de revisión a lo resuelto por las Comisiones Médicas, sino, precisamente, la de la justicia ordinaria, un pronunciamiento sobre el particular ha devenido abstracto. En cuanto al escrutinio requerido en lo que atañe a los arts. 21 y 22 de la Ley n° 24.557, DR 717/96 y art. 1 de la Ley 27348, igualmente infundado aparece el planteo desde que ningún argumento se ha explicitado. No obstante, en el caso de que se entendiera que el reproche atañe a la necesaria intervención y facultades asignadas a las Comisiones Médicas, cabe señalar que el presentante ha ocurrido ante dichos organismos a formular el reclamo y, conforme a lo previsto en la Ley n° 27348 y su ley de adhesión, ha podido cuestionar lo allí resuelto en sede jurisdiccional a través del presente proceso de conocimiento abreviado (conf. ley 10596), con lo que no media perjuicio que amerite una decisión como la pretendida. El cuestionamiento al DNU 54/17 merece idénticos reparos que los efectuados supra en orden a la ausencia absoluta de argumentación que lo sustente. Además, igualmente abstracto resulta su análisis en tanto soslaya que a la fecha de acaecimiento del infortunio y de la presentación de la demanda ya se hallaba en vigor la Ley 27.348, cuyas disposiciones asumen las del mencionado decreto. Finalmente, en cuanto a la repulsa del art. 12 de la ley

24557, el accionante no explicita en qué aspecto la norma es vulneratoria de garantías constitucionales. Se ha limitado a enunciar el planteo sin fundarlo de modo alguno. Dicha previsión alude a la determinación del ingreso base para el cálculo de las prestaciones dinerarias del sistema. El planteo fue formulado desprovisto de razones tendientes a poner en evidencia el perjuicio económico que la aplicación de sus disposiciones pudiera ocasionarle. Es conteste la doctrina y la jurisprudencia en sostener que no bastan las referencias genéricas o abstractas respecto de las eventuales violaciones de las normas jurídicas a la Carta Magna para que proceda la inconstitucionalidad incoada. Se requiere de una invocación cierta y concreta, en el caso puntual, sobre cuáles son los derechos y garantías reconocidos por la Constitución Nacional que se ven violentados por el dispositivo legal considerado inconstitucional y la demostración del gravamen que su aplicación causa al peticionante. Recuérdese que la declaración de inconstitucionalidad de una disposición legal es un acto de suma gravedad institucional por afectar el principio constitucional de división de poderes, motivo por el cual debe ser la “*ultima ratio*” del ordenamiento jurídico y, por ello, ser aplicada por la magistratura con suma prudencia, en forma restrictiva y solamente cuando se verifique una manifiesta contradicción entre la norma legislativa y la Carta Suprema, extremo que no ha sido patentizado en autos. En definitiva, de conformidad a lo explicitado corresponde declarar abstracto el análisis de la inconstitucionalidad acusada en orden a los arts. 46, 21 y 22 de la Ley 24557, art. 1 de la Ley 27348, DR. 717/96, DNU 54/17 y desecharse, por infundado, el relativo al art. 12 de la LRT. **III)** Sentado lo anterior, e ingresando en el tratamiento de la cuestión de fondo, cabe destacar que ha quedado reconocido en sede administrativa que el actor ha padecido una contingencia calificada como “accidente de trabajo” (art. 6, Ley n° 24557). En efecto, conforme surge del Expte. SRT n. ° 332093/19 (ver informativa que obra como archivo adjunto de la operación de fecha 27/10/2021), iniciado con fecha 4/10/2019 por el motivo de “Rechazo de la contingencia Ley 27348”, se ha establecido que el Sr. Falbo sufrió un infortunio de carácter laboral con fecha

12 de noviembre de 2018, mientras prestaba tareas para el empleador REFIRE HIDROMECHANICA SRL (C.U.I.T. N° 30-69293919-7), afiliado a PROVINCIA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A. En el dictamen jurídico que obra en ese expediente (ver folio 38) se advierte que la ART no ha controvertido la ocurrencia de la contingencia y su rechazo se ha sustentado en la falta de relación causal entre el hecho denunciado y la patología que presenta el trabajador. Por disposición de alcance particular emitida en ese expediente se estableció “ARTICULO 2°.- Determínase el carácter LABORAL de la contingencia sufrida por el Sr. FALBO ROBERTO JONATHAN ALEXANDER (C.U.I.L. N° 20-36145338-8) en fecha 12 de Noviembre del 2018, mientras prestaba tareas para el empleador REFIRE HIDROMECHANICA SRL (C.U.I.T. N° 30-69293919-7), afiliado a PROVINCIA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.” (folio 75). De igual modo, de las constancias del posterior expediente iniciado -n° 265065/20- con motivo de la “divergencia de la determinación de la incapacidad“, surge que la mencionada aseguradora brindó asistencia médica hasta la fecha del alta -27/02/2020- (ver folio 23 del expediente respectivo que obra como archivo adjunto en la demanda). La existencia del infortunio y su calificación como accidente del trabajo, conforme se indicara supra, ha quedado marginada de la contienda, por cuanto no medió cuestionamiento oportuno por parte de la ART a lo resuelto en sede administrativa sobre el particular (conf. art. 2, Ley 27348 y 2, ap. g de la Ley 10.456). Ergo, resta sólo determinar si de dicho accidente se derivó una minusvalía ligada causalmente al mismo y si ella encuentra respuesta en el marco prestacional del sistema de riesgos del trabajo. Se impone aclarar que en el Dictamen Médico de fecha 31/01/2020, emitido en el Expediente SRT n° 332093/19 al que ya aludiera, la Comisión, tras concluir que cabía aceptar la contingencia como del trabajo, estableció que “Cabe aclarar que los hallazgos encontrados en la RMN de columna lumbosacra (hernias discales L5-S1 y hernia discal L4-L5) son manifestaciones que no guardan correlato etiopatogénico, ni cronológico, con el siniestro denunciado, siendo patología de carácter

inculpable” (ver folio 71). Por su parte, al efectuar el diagnóstico del actor en el expediente tramitado tras el alta, la Comisión Médica, luego de examinar la COLUMNA DORSOLUMBAR, arribó al siguiente: “ M545 - *Lumbago no especificado Contractura dorsal inferior Dolor lumbar Lumbago SAI - Lumbalgia post*”- detallando que: “ No amerita continuar con prestaciones por la ART en la actualidad” y concluyendo: “*Incapacidad: SIN INCAPACIDAD - Observaciones: Sin incapacidad secuelar devenida del siniestro denunciado según normativa en vigencia.*”. Es decir, la comisión médica determinó que la lumbalgia post esfuerzo producto del accidente no presenta jerarquía incapacitante. Y si bien en el trámite por rechazo constató la existencia de hernias discales L5-S1 y hernia discal L4-L5, apreció que ellas no guardaban relación con el siniestro denunciado. El actor ha acompañado el certificado médico extendido por su médico particular, el Dr. Vieyra Ledesma, quien, en cambio, establece que padece de “Lumbalgia post-esfuerzo con discopatía lumbar L4-L5, operado, con limitación funcional”, determinando una incapacidad del quince por ciento (15%) de la T.O, incluidos los factores de ponderación. Dicho certificado médico, cuya presentación se halla impuesta como requisito de admisibilidad de la acción, fue desconocido por la parte demandada y no se produjo prueba para validarlo, por lo que no habré de asignarle eficacia convictiva. Pues bien, tratándose de un reclamo indemnizatorio derivado de un accidente de trabajo, la prueba principal, tanto de la incapacidad cuanto de la relación de causalidad entre las patologías y el accidente, será la pericial médica. La idoneidad de dicho elemento de convicción viene dada por la circunstancia de que en la cuestión debatida se encuentran involucrados saberes técnicos o científicos ajenos a la formación e incumbencias académicas y profesionales de la magistratura. Mediante operación de fecha 17/12/21, la Dra. María Marcela Zaieg, perita oficial designada en los presentes, acompañó informe médico en el que concluye que el actor presenta la siguiente afección vinculada causalmente con el accidente reconocido: “Lumbalgia post esfuerzo con hernia lumbar a nivel L4-L5 operada”, determinando que ella le provoca una merma de su capacidad

del orden del 12,2 % de la TO (10% más 0.3% con los factores de ponderación -dificultad para realizar las tareas habituales: intermedia 10; amerita recalificación: si amerita:10; edad de 21 a 30:2-). La experta efectúa una descripción del examen físico practicado, en el que se detallan las siguientes mediciones de la columna dorsolumbar por goniometría “Rotación derecha: 20°; rotación izquierda:30 inclinación derecha: 20°; inclinación izquierda:20 flexión: 60° y extensión: 20°. Maniobra de Lasegue positiva derecha, dolorosa. Dolor a la marcha en talones y puntas”. Seguidamente, detalla los elementos complementarios aportados -RMN DE COLUMNA LUMBOSACRA con fecha 05.12.2018 y CD con RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA f y p que fue solicitada previamente (sin informe) en donde se observa la cirugía practicada: disectomia L4-L5-. En el capítulo analítico, expone que el actor tiene la patología detallad, efectuando luego un desarrollo ilustrativo en orden a la génesis del dolor diagnosticado, a lo que me remito en homenaje a la brevedad. Al dar respuesta a los puntos periciales establece que *“El actor presenta lumbalgia secundaria al esfuerzo que realizó que requirió conducta quirúrgica y actualmente persiste con lumbalgia y signos clínicos de afectación de dicho segmento” (énfasis agregado)*. En orden a la relación de la afección con el accidente de trabajo relatado en demanda, explicita que *“El actor refiere que el 12/11/2018 se encontraba descargando un motor de 50 kg aproximadamente, lo estaba bajando para conectarlo. En ese momento siente un tirón fuerte a nivel lumbar que lo paraliza. Desde ese momento comenzó con lumbalgia, el actor no hizo referencia a que antes de este evento haya padecido dolor lumbar”*. En función de ello, afirma no creer que se pueda considerar de origen inculpable la afección *“cuando fue secundaria a un gran esfuerzo como el relatado por el actor y en autos.”* Refiere, asimismo, que *“El actor sufrió un accidente de trabajo. Según baremo Decreto 659/96 está encuadrado en el ítem lumbalgia postraumática con severas alteraciones clínicas y radiográficas, tiene dolor y limitación funcional y estudio que presenta protrusión discal L4-L5. En cuanto a los factores de ponderación el actor tiene 30 años y ya tiene una cirugía a nivel de su columna*

lumbar, amerita recalificación por esto mismo". Al responder el punto de pericia de la demandada vinculado a la posibilidad de que la patología tuviera naturaleza inculpable, asevera que *"En el estudio realizado al actor se puede observar: Rectificación de la lordosis fisiológica. Cuerpos vertebrales de señal y altura conservados. Los diámetros del canal vertebral están dentro de los límites normales. A nivel L4-L5 hernia discal posterior difusa con extensión biforaminal, a predominio foramen derecho provocando una marcada estenosis del mismo. A nivel L5-S1 hernia discal posteromedial que borra la grasa epidural anterior. No se observa patología degenerativa, además de la hernia que fue operada y dio los síntomas (L4-L5), presenta otra hernia que por la ubicación y según Decreto 49/2014 es de origen laboral. El actor no refirió que antes del accidente sufriera de dolor lumbar, realizaba una vida normal. Por eso no creo que se pueda considerar de origen inculpable cuando fue secundaria a un gran esfuerzo como el relatado por el actor y en autos"*. Respecto del interrogante sobre la posibilidad, desde el punto de vista médico, de lograr el restablecimiento de la salud del actor o, cuanto menos, una mejoría, indica que *"El actor al momento de realizar este acto pericial está operado de la hernia L4-L5. Hizo según consta en el acta de Comisión Médica 50 sesiones de fisioterapia y natación. A pesar de la cirugía realizada persiste con dolor y limitación a nivel lumbar"*. Finalmente, al evacuar el punto relativo a si, teniendo en cuenta la edad del actor, el paso del tiempo y/o transcurso de su vida es por sí mismo un factor que puede haber contribuido a la posible existencia de las supuestas patologías que refiere en demanda, argumenta la profesional que *"El actor en el momento del accidente tenía 27 años, dicha edad no esta encuadrada dentro de los factores de riesgo para padecer enfermedades degenerativas como la artrosis, por ejemplo, entre los factores de riesgo está la edad, no hay diferencia de sexo, en una investigación radiográfica se vio que en menores de 45 años solo el 2% la padecen, mientras que, entre los 45 y 65 años, la prevalencia fue del 30%, y en los mayores de 65 años fue el 68%. También son factores de riesgo importantes los traumatismos y el uso repetido de la articulación. En la artrosis, el*

tipo de afección articular depende de las sobrecargas previas, sean o no de origen profesional. (Principios de Medicina Interna, Harrison 16 edición, año 2005, pág. 2240). Según este reporte el actor estaría en el 2% de la población que la puede padecer” (los resultados son agregados). La pericia médica fue impugnada por la parte demandada (operación del 29/12/2021), reservándose las razones para la oportunidad de producir los alegatos. Asimismo, impugnó el estudio descripto en el informe pericial como: “CD con RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA f y p” el que -indicó- el actor se habría realizado en una institución privada, en contradicción con lo decretado por el Tribunal con fecha 11/11/2021, en cuanto a que debía officiar a un hospital público, o bien concurrir a una institución privada reconocida debiendo acompañar la constancia de otorgamiento del turno respectivo, lo que -dice- no hizo, procediendo directamente a realizar el estudio y entregarlo a la perito en la fecha fijada para llevar a cabo el acto pericial. Mediante operación de fecha 29/12/2021 la accionada acompaña informe en disidencia practicado por el Dr. Ignacio Augusto Orduña (ver adjunto a la mentada operación). El experto de control se explaya en orden a la discopatía degenerativa, refiriendo, entre otros argumentos, a que ella se presenta de forma natural en la mayoría de las personas con el paso de los años y es parte del proceso de envejecimiento, pudiendo verse potenciado por el aumento de cargas de forma repetitiva y la obesidad. Añade que el actor padece de obesidad, por lo que representa una sobrecarga permanente sobre su columna lumbar, lo que constituye un factor predisponente para degeneración discal y hernia de disco. Seguidamente, procede a efectuar una descripción de las hernias discales y sus orígenes, advirtiendo que **“la situación más típica en la que se produce una hernia discal es cuando el paciente se inclina hacia adelante con las piernas estiradas, carga peso en sus brazos y se levanta, aumentando la presión en la porción más posterior de disco, hasta que excede de la capacidad de resistencia de la envuelta fibrosa y se produce la hernia discal”**, añadiendo que “Sin embargo, esta situación no es la más frecuente; la mayoría de las hernias se producen por el proceso paulatino de desgaste” y

que “las hernias traumáticas puras son excepcionales, ocurriendo corrientemente sobre discos ya degenerados”. Insiste en que las hernias traumáticas puras son excepcionales y más aún lo son dos, como el caso del actor, por lo que aprecia que las lesiones objetivadas en la RNM no tienen una relación total, directa, en cuanto a su etiología, con el siniestro denunciado. Afirma que el actor pudo haber sufrido un accidente sobre una columna lumbosacra previamente enferma, con patologías crónicas de características inculpables, según la normativa vigente, y que en caso de que hubiera manifestado o exacerbado su sintomatología a partir de un evento agudo constituiría la denominada enfermedad accidente, que no se encuentra contemplada en la LRT. Por otro lado, manifiesta que en el informe pericial se establece el porcentaje de incapacidad sobre el 100% de la TO, siendo que consta en Dictamen de Comisión médica que el actor presenta preexistencias de incapacidad otorgada en juicio contra La Segunda ART, por lo que, eventualmente, la incapacidad debería calcularse sobre una T.O. de 92.7%. Finalmente, en cuanto a los factores de ponderación, refiere que no corresponde el de amerita recalificación en orden al cual el peritaje oficial otorgó un 10%, siendo que el actor se encuentra actualmente desvinculado. La parte actora no ha formulado impugnación alguna a la pericia médica oficial. Por el contrario, al producir sus alegatos dio entidad dirimente a las conclusiones de la experta. La demandada, en cambio, se remitió al escrito de impugnación presentado oportunamente y al informe en disidencia de su parte (ver video grabación efectuada oportunamente), insistiendo en que los estudios médicos que se efectuó el actor fueron realizados en una institución privada sin posibilidad de su debido control y que la patología discopatía degenerativa no está contemplada en la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales dec. 659/96. Pues bien, entiendo que la pericia obrante en autos presenta fundamentación técnica suficiente respecto de la afección que padece el actor y del nexo causal entre ella y el hecho traumático que sufrió y cuyo acaecimiento no admite discusión. Ha explicitado claramente la galena que la afección fue secundaria a un gran esfuerzo como el relatado por el actor y que no se observa patología degenerativa (ver la

reseña efectuada supra en los aspectos resaltados). Por otro lado, justificó científicamente, teniendo en cuenta la escasa edad del actor a la fecha en que se produjo el infortunio, por qué no podía considerarse que dicho factor degenerativo -edad- haya incidido en su dolencia. Repárese que el perito de control de la accionada no discrepa con el diagnóstico. El diferente criterio médico finca en la vinculación causal de la dolencia con el accidente. Ahora bien, entiendo que sus argumentaciones no logran desvirtuar las fundamentaciones emitidas por la perito oficial para justificar su convicción en sentido diverso. El propio controlreador admite la posibilidad de la ocurrencia de una hernia con motivo de un hecho traumático, aunque refiere que ello es excepcional. Insiste en que normalmente es degenerativo; sin embargo, no consta en autos la existencia de examen preocupacional o de ingreso practicado al actor, que diera cuenta de la existencia de una afección lumbar previa . Obsérvese que al momento del accidente el actor tenía una antigüedad en la empresa de un mes -ver fecha de ingreso que consta en los recibos de haberes acompañados por la empleadora del actor al dar respuesta a la informativa librada en los presentes y que se encuentra agregada como documento adjunto en la operación del 8/11/2021- con lo que, de haber padecido una afección columnaria de data anterior al siniestro, ella seguramente habría sido constatada en el mencionado examen, cuya realización es obligatoria (conf. Resol. de SRT 37/2010). La accionada, al ofrecer la prueba en autos, sin embargo, ha omitido requerir informativa a la firma empleadora a los fines de que remita el mencionado examen. Por otro lado, refiere el galeno de control que el actor padece de obesidad, extremo que tampoco encuentra sustento en las constancias de la causa, al margen del detalle del peso que hace la perito oficial en su informe, el que no es idóneo, por sí, para concluir en aquel sentido. A riesgo de resultar reiterativa, aprecio que la pericia médica oficial se halla debidamente fundada en lo que atañe a la etiología de la dolencia que aqueja al actor. Advierte Victor Hugo Álvarez Chávez, en su obra “Nuevo baremo laboral y nuevas enfermedades. Decreto 49/2014., modif. dec. 658/96 y 659/96”, que “La etiología de las hernias discales es generalmente traumática, por esfuerzos realizados en circunstancias en

que la columna se encuentra soportando una tensión que vence la resistencia de los ligamentos que se oponen. Una de las causas más comunes de la rotura y protrusión de los discos intervertebrales lumbares es el esfuerzo de elevar objetos pesados en la posición de cuclillas o de inclinado hacia adelante” (ed. García Alonso, Bs. As. 2020, p. 121). En el caso, el accidente denunciado y reconocido en sede administrativa precisamente ha consistido en la ejecución de un esfuerzo que, a tenor de las explicaciones de la perito, es favorecedor de la lesión constatada. La demandada ha objetado, también, el estudio médico complementario que tuvo en cuenta la experta para efectuar su informe -CD acompañado en oportunidad de la pericia-. Aprecio que el cuestionamiento aparece tardío. En ocasión de llevarse a cabo el acto médico estuvo presente el perito de control de la demandada y no efectuó observación alguna respecto de la presentación de aquél. Por otra parte, no se evidencia de qué modo su falta de consideración haría variar el resultado arribado, el que fue practicado a partir del examen físico realizado que determinó limitación en el sector dorsolumbar -ver detalle de mediciones por goniometría- a lo que se agrega que la presencia de las hernias discales a nivel L4-L5 había sido constatada ya en sede administrativa, sólo que en ella se consideró que no tenían vinculación con el infortunio. Igualmente ineficaz aparece la objeción vertida por el perito de control y ratificada por la demandada al alegar en orden a la consideración que hace la experta oficial respecto del factor de ponderación “amerita recalificación”. El Decreto 659/96 prevé que “La ponderación de estos factores es una tarea que ha de abordarse caso por caso, para determinar si corresponde aplicar -según las características del sujeto accidentado y de la lesión, las posibilidades de reubicación, la afectación para el desempeño de su tarea habitual, etc.- estos factores de ponderación y, en su caso, el rango de los mismos. A tal efecto, se podrán aplicar uno o varios de los factores y no necesariamente el valor máximo previsto”. De conformidad a lo previsto en la normativa legal, entonces, los factores de ponderación de tipo de actividad y posibilidades de reubicación laboral requieren un análisis de tipo casuístico. La circunstancia de que el/la trabajador/a se encontrara desempleado/a no ha sido prevista en la

tabla referida como enervante de los factores de que se trata, con lo que el argumento de la accionada luce infundado. Soslaya el perito de control la escasa edad del accionante -en la que hizo hincapié la perita oficial al dar respuesta a su interrogatorio- con lo que es altamente probable que procure reinsertarse en el mercado laboral, de lo que se sigue que la necesidad de recalificación no es indiferente para ponderar su minusvalía. Asimismo, es una obviedad que, desde el punto de vista laboral, las secuelas que presenta son un factor desfavorable al momento de realizar un examen médico preocupacional, ya que sólo podrá sortear con éxito aquél con preexistencias. Tampoco corresponde acoger el planteo vinculado a la falta de aplicación del mecanismo de incapacidad restante. Si bien es cierto que en el dictamen de la comisión médica se alude a una incapacidad previa atribuida al actor en un proceso judicial tramitado en contra de La Segunda A.R.T. S.SA - Expediente n° 7142928-, la consulta practicada por esta magistrada a través del SACM da como resultado que el mencionado pleito -hoy radicado en la Sala Cuarta de la Cámara del Trabajo de Córdoba- aún se halla en trámite, no habiendo sido reconocida aún merma alguna en la capacidad laborativa del actor (fue elevado a la Cámara del Trabajo con fecha 3/12/2019, no teniendo todavía fecha de audiencia de vista de causa, ni constancia de culminación del proceso por algún modo anormal), con lo que la fijada por el perito en esos obrados no puede ser computada a los fines de discernir la magnitud del daño de los presentes a tenor de la doctrina sentada por el TSJ de Córdoba *in re* “Sarmiento, Demetrio Faustino c/ Asociart ART SA – Ley 24.557 – Expedientes remitidos por la Justicia Federal Recurso de Casación – 1559/37” (Sala Laboral, Sentencia N° 125 de fecha 22/10/2013), entre múltiples otros, en cuanto a que el mecanismo antes señalado “... sólo se admite cuando la disminución que resta al dependiente -después de cada accidente o enfermedad/accidente- fue indemnizada. Importa una suerte de “nueva capacidad” sobre la cual deben tasarse los efectos de hechos posteriores -a menos que se demuestre que la nueva afección importa una reagravación de la anterior- y así se entiende recepcionado en el Dcto. N° 659/96 (“Criterios de Utilización de las tablas de incapacidad

laboral –Distintos supuestos”)”. En suma, de conformidad a lo expuesto, aprecio que debe darse eficacia convictiva a la pericia médica efectuada en autos, por encontrarse debidamente fundada, constituyendo un estudio razonado y serio del estado actual del actor, por lo que le otorgaré pleno valor probatorio. Debe señalarse que 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 este 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. En la misma senda, se entiende que la imparcialidad de los peritos oficiales se presume por su designación. Los peritos actúan como auxiliares de la justicia y hace razonable la aceptación de sus conclusiones. Tiene dicho nuestro Máximo Tribunal Nacional que "Aunque el consejo experto no es vinculante, no parece coherente con la naturaleza del discurso judicial apartarse de él sin motivo, pues, a pesar de que en nuestro sistema la pericia no reviste el carácter de prueba legal, si el perito es una persona especialmente calificada por su saber específico y se desempeña como auxiliar judicial distinto de las partes, la prudencia aconseja aceptar los resultados a los que aquél haya llegado, en tanto no adolezcan de errores manifiestos o no resulten contrariados por otra probanza de igual o parejo tenor" (CSJN, 12/6/2012, in re "B., J. M. s/insania", LL, cita online AR/JUR/23570/2012, del dictamen de la procuradora que la Corte hace suyo). Igualmente se ha sostenido, en orden al valor probatorio del informe en disidencia, que "El dictamen del perito oficial ofrece, frente al del perito de control, la garantía de una mayor imparcialidad, ya que si bien el de control es un técnico profesional al que debe reconocerse la misma capacidad e idoneidad que al designado de oficio, no puede soslayarse que no se trata de un auxiliar del juez que pueda ser considerado totalmente ajeno a la causa, ya que auxilia a la parte que lo designa y contrata, a semejanza de la actividad técnica jurídica de su abogado y es su obligación aplicar su ciencia y su experiencia a favor de quien lo propone"

(C. Civ. y Com. Córdoba, 8ª, "Ramírez, Luis H. v. DIPAS - Daños y perjuicios", sentencia nro. 3, del 15/2/1996, Foro de Córdoba, año VII, nro. 34, 1996, p. 160). Nuestro Tribunal Superior de Justicia también se ha expedido en el mismo sentido, expresando que "Ante dos opiniones contradictorias entre el perito oficial y el de control (ambos especialistas en la materia) debe prevalecer el del primero pues las garantías que rodean su designación (por el tribunal y por sorteo) hacen presumir su mayor imparcialidad y consecuentemente mayorconvicción. El perito de control -a diferencia del oficial- es un experto de confianza de la parte que lo propuso, y por lo tanto actúa más como defensor parcial que como auxiliar imparcial del juez. Además, para considerar la opinión disidente del perito de parte su dictamen debe hallar sustento en un sustrato propio e independiente que denote su seriedad y entidad como para desvirtuar las conclusiones del experto oficial. Consecuentemente, para privilegiar la pericia de control por sobre la oficial no basta con que el experto de parte asuma una posición contraria o esgrima una opinión discrepante, sino que es menester que su disenso cuente con una entidad, complemento y apoyatura propia que permita estimar que su tesis es preferible a la del auxiliar del juez" (Sala Civil y Comercial, in re "Cepulver, Juan P. v. Superior Gobierno de la Provincia de Córdoba Dirección de Aguas y Saneamiento (DAS) —Daños y Perjuicios-Recurso de Casación—", sentencia nro. 57, del 7/8/2007). No soslayo que la Comisión Médica jurisdiccional apreció que la lesión diagnosticada no le produjo al actor secuelas incapacitantes. Ahora bien, no se ha demostrado que la perito oficial, al concluir en sentido diverso, no haya realizado un análisis científico adecuado. Toda vez que en el presente pleito se procura precisamente la verificación o revisión del dictamen del ente administrativo, entiendo que, cuando de lo que se trata es del aspecto médico, en relación al cual esta Juzgadora carece de idoneidad, debe preferirse la pericia practicada, salvo que se hubiera demostrado error en la evaluación, lo que, en el caso, no ha acaecido. En cuanto al porcentaje de incapacidad establecido, entiendo que el asignado respecto de la afección y los factores de ponderación se ajusta a la tabla de evaluación de incapacidades aprobada por

Decreto 659/96. Dicho plexo legal determina para las lumbalgias postraumática con severas alteraciones clínicas y radiográficas -ver encuadramiento efectuado en la pericia al responder al punto d) del interrogatorio de la demandada- entre un 5 y un 10% de la TO. En consecuencia, la demanda debe prosperar por una incapacidad parcial y permanente del 12,2 % de la TO por la afección diagnosticada por la perito médico oficial como provocada por el accidente acaecido con fecha 12/11/2018, debiendo desestimarse las defensas de falta de acción y falta de legitimación sustancial pasiva opuestas. **IV) La prestación:** Explicitado lo anterior, cabe ahora determinar las prestaciones a las que el actor se hace acreedor con motivo de la incapacidad constatada. Dado el porcentaje determinado, la índole de la contingencia (accidente de trabajo) y la data de la primera manifestación invalidante (12/11/2018), cuya determinación ha sido fijada en el ámbito de la comisión médica y no fue objeto de oportuno cuestionamiento por la accionada, aquél tiene derecho a las prestaciones de los arts. 14, apart. 2 a), de la Ley n° 24.557 y art. 3 de la Ley n° 26773 (IAPU). El cálculo de la primera debe practicarse en base a la siguiente fórmula: $53 \times \text{valor del ingreso base mensual (VIBM)} \times \text{el porcentaje de incapacidad (12.2\%)} \times \text{el coeficiente de edad que surge de dividir 65 por la edad del trabajador a la fecha de la primera manifestación invalidante -26 años desde que su data de nacimiento es el 30/11/1991, según constancia de DNI obrante a fs. 9 de la documental adjuntada con la demanda, operación de fecha 1/09/2021-, esto es 2,5. A los fines de efectuar los cálculos respectivos corresponde, en el caso, estar a lo dispuesto en el art. 12 de la Ley n.º 24557 en el texto modificado por la Ley n° 27348 y luego por el Decreto 669/19, atento a lo dispuesto por el art. 3 del plexo normativo mencionado en último término, cuyo escrutinio constitucional no ha sido solicitado por ninguna de las partes, dejándose a salvo la opinión que la suscripta pudiera tener sobre el particular. Pues bien, el primer párrafo del art. 12 determina que “A los fines del cálculo del valor del ingreso base se considerará el promedio mensual de todos los salarios devengados -de conformidad con lo establecido por el artículo 1° del Convenio N° 95 de la OIT- por el trabajador durante el año anterior a la$

primera manifestación invalidante, o en el tiempo de prestación de servicio si fuera menor. Los salarios mensuales tomados a fin de establecer el promedio se actualizarán mes a mes aplicándose la variación del índice RIPTE (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables)”. El actor estimó dicho ingreso en la suma de \$18.034.24. Dicho ingreso es negado por la demandada, la que, sin embargo, no señala cuál era el monto de la remuneración que el accionante percibía. Al contestar la demanda desconoció los recibos acompañados por el accionante en su escrito inicial, correspondientes a la segunda quincena de noviembre de 2018, primera y segunda quincena de diciembre de 2018 y liquidación final. La informativa producida en autos a la firma Refire Hidromecanica SRL y que obra como documento adjunto en la operación de fecha 8/11/2021, permite corroborar la autenticidad de aquella documental. Dado que el actor no laboró todo el año anterior a la data del infortunio, corresponde efectuar el promedio de los salarios por el tiempo trabajado hasta esa fecha - desde el 12 de octubre de 2018, al 12 días de noviembre de 2018-, conforme la norma transcripta, debiendo también computarse los conceptos no remunerativos percibidos en ese lapso -premio asistencia en la segunda quincena de octubre de 2018-, atento a la aplicación al caso de autos de la reforma introducida por la Ley 27348 a la previsión antes señalada en cuanto refiere a los salarios devengados “de conformidad con lo establecido por el artículo 1 del Convenio N° 95 de la OIT”, y la doctrina del 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 dicho precedente, 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...”. En el supuesto del sub lite, deviene aplicable precisamente la Ley n°27.348 (conf. art. 20) que abandona el concepto de salario previsional, remitiendo expresamente al contemplado en la normativa internacional citada por el TSJ, por lo que los rubros señalados deben ser considerados para la determinación de la base de cálculo de la prestación referida. Ello así, los salarios a computar son los siguientes: primera quincena de octubre de 2018: \$1394,80; segunda quincena de octubre de 2018: \$ 9.568.80; y 12 días de noviembre de 2018: \$6.137,12 (el proporcional a doce días del salario de la quincena respectiva en la que percibió en concepto de haberes la suma de \$7.671,40). Los salarios de octubre de 2018 -\$10.963.60- deben ser actualizados según el índice ripte a la fecha del accidente -1.0174-, lo que arroja un importe de \$11.155,23, el que sumado a la retribución proporcional de noviembre de 2018, asciende a \$17.292,35. Luego, el promedio mensual es de \$16.957,66 -\$17.292,35 % 31 x 30.4-, siendo tal el importe a computar. A dicho monto, hasta la fecha del presente, debe aplicarse un interés equivalente a la tasa de variación de las Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTe), según lo dispuesto por el art. 12 de la LRT, segundo párrafo, en el texto ordenado por el decreto 669/19 en cuanto prescribe que “desde la fecha de la primera manifestación invalidante y hasta la fecha en que deba realizarse la puesta a disposición de la indemnización por determinación de la incapacidad laboral definitiva, deceso del trabajador u homologación, el monto del ingreso base devengará un interés equivalente a la tasa de variación de las Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTe) en el período considerado”. Conforme a ello, efectuados por el Tribunal los cálculos pertinentes a partir de los datos extraídos de la página oficial del ministerio de trabajo se obtiene un importe de treinta y siete mil quinientos veinte pesos con cincuenta y un centavos (\$ 37.520,51). Se hace saber que, dado que la última tasa de variación mensual publicada se corresponde al mes de diciembre del año próximo pasado, para obtener el importe a la fecha se aplicó, respecto de las mensualidades restantes -enero,

febrero y 3 días de marzo- el promedio de variación de los meses correspondientes al año anterior (enero de 2021 a diciembre de 2021), ascendiendo la tasa por ese período a 121.26 % (Enero 2022: 3.6 %, febrero 2022: 3.6% y 3 días de marzo: 0.36%). En consecuencia, practicada la operación aritmética prevista por la norma de aplicación (53 x VIBM: \$ 37.520,51 x 12,2% –porcentaje de incapacidad- x 2,5 -coeficiente de edad-) el capital de la prestación en cuestión es de seiscientos seis mil quinientos diecinueve pesos con dos centavos (\$ 606.519,02). El importe determinado es superior al mínimo establecido según lo dispuesto por la Ley 26.773 (art. 17 bis, texto ordenado por Ley 27348) que, en el sub lite, dada la fecha de la primera manifestación invalidante, es el previsto en la NOTA G.C.P de la SRT n° 18437/18. En la mentada disposición se establece que, para el período comprendido entre el 01/09/2018 hasta el 28/02/2019, la indemnización que corresponda por aplicación del artículo 14, inciso 2, apartado a), de la ley 24.557 y sus modificatorias no podrá ser inferior a la suma de \$1.766.636 por el porcentaje de incapacidad, arrojando, en el caso, un importe de \$ 215.529,59 (12.2%), el que, reajustado con la misma tasa aplicada para el VIBM, 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) asciende a la suma de \$ 476.880,77. Al importe establecido supra corresponde adicionar la indemnización prevista por el art. 3 Ley 26.773 (20%), que equivale a ciento veintiún mil trescientos tres pesos con ochenta centavos (\$ 121.303,80). En definitiva, el monto total de condena es de **setecientos veintisiete mil ochocientos veintidós pesos con ochenta y dos centavos (\$ 727.822,82)**. **V) 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 este pronunciamiento 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 n.º 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 n.º 24557. 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 n.º 24557, según el caso, y en el art. 3 de la Ley n.º 26773. 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, al momento del siniestro y desde allí cuantificar nuevamente intereses sobre el producido hasta el efectivo pago; lo que conduciría a una doble aplicación de los accesorios 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. **VI) 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), a excepción de las generadas por la actuación de peritos de parte, las que serán a cargo exclusivo de sus proponentes. La base para la estimación de los estipendios resulta ser el importe total mandado a pagar en esta sentencia. Luego, los honorarios de la representación letrada de la parte actora -Dr. Franco Giavedoni- deben regularse de manera definitiva y 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%-, los que ascienden a la suma de ciento sesenta y tres mil setecientos sesenta pesos con trece centavos (\$ 163.760,13), con más el importe correspondiente al IVA, atento a la condición de responsable inscripto que reviste ante AFIP (aclarada en la audiencia de recepción de alegatos). Corresponde diferir la regulación de honorarios de la representación letrada de la demandada a tenor de lo establecido en el art. 26 del CA, la que oportunamente se practicará de acuerdo a las previsiones de los arts. 31 y 36 ib., en el término medio de la escala de este último dispositivo sobre el veinte (20%) por ciento del monto de la sentencia. Igualmente deben regularse los estipendios de la perita médica oficial, Dra. María Marcela Zaieg, considerando justo hacerlo en el importe correspondiente a 18 jus, esto es la suma de cincuenta y cinco mil seiscientos ochenta y nueve pesos con doce centavos (\$ 55.689,12) en virtud de la complejidad, trascendencia a los fines del dictado del presente decisorio y el tiempo empleado en la realización de la pericia (art. 49 ib), con más los aportes de ley (Ley 8577). No cabe regular los honorarios de perito de control de la parte demandada, Dr. Ignacio Augusto Orduña, pues pese a haber presentado informe en disidencia con fecha 29/12/2021, manifestó expresamente que los renuncia. Cabe, asimismo, declarar que el perito controlreador de la parte actora Dr. Vieyra Ledesema y la de la parte demandada, Dra. Ilda Gonella, carecen de derecho a aquéllos, por no haber adherido al informe oficial, ni presentado disidencia (art. 49 ib.). **VII)**Hago mención que he valorado la

totalidad de los argumentos esgrimidos por ambas partes y la prueba producida, habiendo hecho alusión sólo a aquellos planteos y elementos de convicción que he estimado conducentes para resolver el pleito. Por los fundamentos expuestos y las normas legales citadas, **RESUELVO: I)** Declarar abstracto el análisis de la inconstitucionalidad acusada en orden a los arts. 46, 21 y 22 de la Ley 24557, art. 1 de la Ley 27348, DR. 717/96, DNU 54/17 y desecharse, por infundado, el relativo al art. 12 de la LRT. **II)** Hacer lugar a la demanda presentada por el Sr. Roberto Jonathan Alexander Falbo, D.N.I. n. ° 36.145.338, en contra de PROVINCIA A.R.T. S.A. En su mérito, condenar a la última a abonar la suma de setecientos veintisiete mil ochocientos veintidós pesos con ochenta y dos centavos (\$ 727.822,82), correspondiente a la indemnización establecida en los artículos 14, apartado 2, inciso a) de la Ley n.° 24.557 y 3 de la ley 26773 por la incapacidad equivalente al 12,2% TO derivada de la patología “ Lumbalgia post esfuerzo con hernia lumbar a nivel L4-L5 operada”, ligadas causalmente con el accidente de trabajo acaecido con fecha 12/11/2018. La suma antes indicada deberá efectivizarse en el plazo de diez días hábiles desde la notificación del presente, 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 (art. 12, Ley 24557). **II)** Imponer las costas a la parte demandada vencida (art. 28, LPT) con excepción de las devengadas por la actuación de los/las peritos/as de control que son a cargo de sus respectivos proponentes. **III)** Regular, de manera definitiva, los estipendios de la representación letrada de la parte actora, Dr. Franco Giavedoni, en la suma de ciento sesenta y tres mil setecientos sesenta pesos con trece centavos (\$ 163.760,13), con más el importe de treinta y cuatro mil trescientos ochenta y nueve pesos con sesenta y dos centavos (\$34.389,62) en concepto de IVA. Diferir la regulación de los honorarios del Dr. Rodrigo de Hernández (art. 26, CA) la que se efectuará conforme a las pautas dadas en los considerandos. Regular los estipendios de la perita médica oficial, Dra. María Marcela Zaieg, en la suma de cincuenta

y cinco mil seiscientos ochenta y nueve pesos con doce centavos (\$ 55.689,12) con más el importe de ocho mil trescientos cincuenta y tres pesos con treinta y seis centavos (\$ 8.353,36) en concepto de aportes. No regular los estipendios a los contraloretadores de las partes por las razones esgrimidas en los considerandos. 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). **IV)** Emplazar a la demandada a que, en el término de quince días, oble el importe correspondiente a la tasa de justicia que asciende a la suma de catorce mil quinientos cincuenta y seis pesos con cuarenta y seis centavos(\$ 14.556,46), y para que en igual plazo efectúe el abono de los aportes de la Ley 6468 (texto según ley 8404) por cada abogado y/o grupo de abogados, bajo apercibimiento de certificar la existencia de la deuda y de dar noticia al organismo encargado de su recaudación, respectivamente. **V)** Dar por reproducidas las citas legales efectuadas en los considerandos, por razones de brevedad. **VI)** A los fines del cumplimiento de la condena procédase a la apertura de una cuenta a la vista para uso judicial en la Sucursal N° 922 (Tribunales Córdoba), del Banco Provincia de Córdoba, en la que la obligada al pago deberá consignar el importe correspondiente, más la suma por cargo mensual bancario para el mantenimiento de la cuenta, ya que dichos montos integran las costas judiciales del presente. **VII)** Líbrese oficio al Registro Público de Accidentes y Enfermedades Laborales (ley 8380). Protocolícese y notifíquese.

Texto Firmado digitalmente por:

KESELMAN PROCÚPEZ Sofía Andrea

JUEZ/A DE 1RA. INSTANCIA

Fecha: 2022.03.03

CAMPANA Gonzalo Martin

PROSECRETARIO/A LETRADO

Fecha: 2022.03.03