En la ciudad de Comodoro Rivadavia, provincia del Chubut, a los once días del mes de diciembre del año dos mil veinticinco, se reúne en acuerdo la **Sala 1** de la Cámara de Apelaciones de la Circunscripción Judicial nro. II con asiento en esta ciudad, con la presidencia de la Dra. María Fernanda Zanatta y la vicepresidencia del Dr. Fernando Nahuelanca (Acuerdo Plenario nro. 5394/2025, arts. 1 a 5), para dictar sentencia definitiva en estos autos caratulados: **"<Persona 1> c/ <Persona 10> SA s/ SUMARIO – Accidente de Trabajo (Sistémico)", expte. nro. 329/25,** venidos del Juzgado Letrado de Primera Instancia en lo Laboral nro. 3 (expte. nro. 347/24), y atento al resultado del sorteo de fecha 10 de septiembre de 2025 (art. 271 del Código Procesal Civil y Comercial), correspondió el siguiente orden para la votación: Dra. María Fernanda Zanatta y Dr. Fernando Nahuelanca.

Acto seguido se resolvió plantear y votar por su orden las siguientes cuestiones: **PRIMERA**: ¿Es justa la Sentencia nro. 31/25 de fecha 5 de marzo de 2025? y **SEGUNDA**: ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar?

A la primera cuestión, la Dra. Zanatta dijo:

I. *La sentencia*:

En la sentencia recurrida, el juez laboral de la circunscripción hizo lugar a la demanda interpuesta por el Sr. <Persona 1> y condenó a <Persona 11> S.A. a pagarle la suma de $7.632.272,58 por prestaciones dinerarias de los arts. 15 y 11.4 de la LRT. Suma a la que deberá descontarse la de $12.998 abonada por la demandada el 25/9/2005 imputándolos primero a intereses y luego a capital aplicando al remanente los intereses establecidos. Declaro abstracto el tratamiento de la inconstitucionalidad del art. 21 de la Ley 24557. Impuso las costas a la demandada vencida.

Reguló los honorarios de los profesionales actuantes.

II. *Recurso*:

La demandada <Persona 11> S.A. interpuso recurso de apelación en escrito electrónico ID 1830386. Concedido, expresó agravios en ID 1838897 que no merecieron respuesta por la parte accionante en las 283/285 (ID 337268).

III. *Agravios*:

a) *La recurrente acusa confusión de los hechos y postula la inexistencia de agravamiento*.

Relata las postulaciones de las partes y argumenta que sin que se acredite que medió un reagravamiento hasta el año 2019, el juez avanzó en una extemporánea revisión de las secuelas dictaminadas en el año 2005 sin advertir la inexistencia de un hecho agravante del daño que permita reiniciar el cómputo del plazo de prescripción en el año 2019.

Explica que el actor fundó su reclamo por mayor reconocimiento de incapacidad en un presunto agravamiento paulatino del daño que dijo que tuvo lugar hasta principios de 2019 cuando habría constatado la pérdida de la visión de ambos ojos señalando que no operaba la prescripción porque la pérdida total de la visión se había configurado recién en 2019. De allí surge que el planteo no apuntaba a revisar el dictamen de ILP del año 2004 como resolvió el juez, sino a que se pondere un supuesto agravamiento. Se avasalló así el derecho de defensa en juicio, pues revisó un dictamen por incapacidad laboral permanente de hace 20 años agravado además porque no atendió al planteo que efectuó sobre el segundo accidente laboral ocurrido el 17/9/2005 bajo la cobertura de otra <Persona 13>.

Refiere que el último acontecimiento relevante que consideró el juez en su sentencia fue la decisión de la Comisión Médica Jurisdiccional (CM 19) que dispuso retomar las prestaciones asistenciales a cargo de <Persona 11> por la enucleación del ojo izquierdo posinfecciosa adjudicada al primer accidente laboral del 12/3/2004, sin que tal dictamen hubiera sido invocado por el actor. Refiere que si tal hubiera sido la imputación de la demanda

su parte hubiera opuesto excepción de prescripción. Pero además la condena no guarda relación con aquel pedido de ampliación de prestaciones asistenciales y aclaró que no se solicitó la revisión de incapacidad laboral permanente por el ojo izquierdo.

Acusa deficiencia en el análisis de los hechos y la prueba sin reparar que las secuelas por la lesión del ojo izquierdo fueron fijadas por la Comisión Médica (46,7%) en un porcentaje mayor al establecido en la pericia judicial (45%) con lo que debe concluirse que no existe diferencia permanente en la incapacidad generada por el accidente de 2004.

Explica que si el último acontecimiento relevante en el análisis del juez fue el dictamen de la CMC del 19/8/2016, la discusión debió quedar centrada en las secuelas del ojo derecho ocasionadas por el accidente que cubrió Interacción <Persona 13> y que el actor omitió en su relato y en la sentencia no se identificó ningún efecto fáctico cercano en el tiempo que justifique revisar las secuelas por presunto agravamiento. Tal conducta ambigua en cuanto a la causa del daño fue seguida por el perito médico en la causa, dejando sin identificar la causal de cada daño.

Concluye que la demanda debió rechazarse. Respecto del ojo izquierdo, el último hecho relevante fue el rechazo del trasplante por infección en febrero de 2013 y respecto del ojo derecho, lo último que se acreditó fue en el 2010 la consulta por la que se le indicó que el injerto debía evaluarse en un tiempo para ver si se retraía el recubrimiento por conjuntivitis. De manera que no se acreditó un evento que habilite la revisión de la incapacidad determinada el 31/8/2005. Respecto del daño del ojo derecho que también se ordena indemnizar, se asocia a un accidente ocurrido en vigencia de Interacción <Persona 13>.

b) El segundo agravio es subsidiario del primero para el caso que se admitiera que medió agravamiento de las secuelas ocurridas en 2004, no corresponde el cálculo de la incapacidad

postulada en la pericia porque deben descontarse las incapacidades determinadas con anterioridad a título de preexistencia.

Debe darse por cancelada la indemnización de la incapacidad determinada y ponderada en 2005. El agravamiento supone nuevas secuelas que no operan sobre la total obrera, sino sobre la capacidad restante residual del 44,8%. Eventualmente el agravamiento debió quedar limitado a la nueva secuela del ojo derecho por ceguera postraumática del ojo derecho sobre la capacidad residual restante, sin embargo el ojo derecho ya portaba una ILP previa del 8,5% sin que se hubiere analizado cuál de todas las secuelas que presenta el actor en la actualidad es una novedad que se pueda adjudicar a título de reagravamiento.

Efectúa cálculos sobre la diferencia existente por el ojo derecho concluyendo que asciende al 21,63% de conformidad al art. 22 LRT.

c) El tercer agravio está constituido por la aplicación retroactiva del DNU 669/19 y Ley 27348.

Señala que en la hipótesis de ratificarse la sentencia por reagravamiento de secuelas, el marco normativo aplicable para el cálculo de la prestación dineraria es la ley vigente al tiempo del hecho.

Destaca que el primer error consiste en adjudicar las secuelas incapacitantes del trabajador al accidente del 12/3/2004. Explica que se invocó un reagravamiento ubicado en 2019, las incapacidades determinadas en sede administrativa llegaron firmes habiendo sido pagadas en el tiempo en que tuvieron lugar, de allí que aun en el caso que se sostenga que el mismo existió, las reparaciones de tales secuelas no pueden considerarse adeudadas desde 2004.

La cobertura de la póliza que se intenta hacer valer se extendió hasta el 31/3/2005 cuando Rigel se afilió a Interacción <Persona 13>. Critica que el juez haya considerado

inconstitucional el Dec. 669/19 porque fue dictado en infracción del <Persona 13>. 99 inc. 3 de la CN y en el caso lo considere constitucional. La aplicación retroactiva del mismo supone además, el desconocimiento de la doctrina legal del STJ en "<Persona 12>".

Por otro lado sostiene que según el régimen vigente al momento de la póliza, la prestación tenía un tope de $180.000 por el porcentaje de incapacidad y en su lugar el juez condena al pago de una prestación cuantificada según IBM actualizado a noviembre de 2019 sin explicación alguna más que el solo arbitrio del actor, porque no corresponde al tiempo en que tuvo lugar el supuesto agravamiento que ubicó a principios de 2019, ni con la fecha de interposición de la demanda que fue en julio de 2020 y tampoco aplicó el tope del art. 14 LRT.

Plantea que el cálculo del IBM también es erróneo, por la equivocada interpretación del DNU que no autoriza la indexación efectuada por el juez. Explica que el DNU tuvo por objeto corregir los efectos distorsivos de la tasa de interés activa que la Ley 27348 había dispuesto para mantener actualizado el promedio salarial aplicable al cómputo de las prestaciones.

La distorsión que el DNU se propuso corregir, no se presenta en el caso de autos porque el nuevo IBM no se aplica a contingencias ocurridas con anterioridad al 4/3/2017. Y aun cuando resulte aplicable el referido decreto la actualización del IBM no opera como indexación, sino que debe sumarse en forma simple como sumatoria de los porcentajes que se fijan mensualmente como variación respecto del mes anterior.

Tal es la interpretación dada por el STJCh y que se corresponde con la Resol. SSN 332/2023; en cambio, el actor y el juez dividen un índice por otro.

En conclusión, tratándose de secuelas, la prestación no puede devengar intereses desde el siniestro, sino desde el tiempo en que se manifestó, cuestión que tampoco se definió.

d) El cuarto agravio esta constituido por la doble actualización de la prestación, porque la sentencia impuso intereses desde el 12/3/2004 según Resol. 414/99, pero aplicado a un capital de condena obtenido a partir de un IBM indexado a noviembre en que se superpone con el ripte utilizado.

Ningún evento cercano en el tiempo se le puede adjudicar la calidad de causal de un agravamiento de las dolencias del actor. El último hecho relevante en el curso causal de la evolución de las lesiones en ambos ojos, fue el rechazo del trasplante del ojo izquierdo por infección en febrero de 2013 y motivó el reingreso a tratamiento por parte del trabajador y que fue admitida por la CMC.

IV. *Antecedentes*:

En lo que aquí interesa, diré que el Sr. <Persona 1> interpuso demanda en contra de <Persona 11> S.A. por la suma de $7.632.272,58, con más actualización e intereses que correspondan con consideración a los pisos mínimos de las indemnizaciones de los arts. 14.2.a) y 14.2 b), 15.2, 18.1 y art. 3 de la Ley 26773.

Relató el día 12/03/2004, se encontraba trabajando como albañil cuando se le cae cal en ambos ojos afectando principalmente su ojo izquierdo, recibiendo atención en la <Persona 14>. Dijo que recibió prestaciones médicas de la <Persona 13> en Bs. As., pero no fueron adecuadas para tratar la lesión motivando que se agravara paulatinamente hasta llegar, a principios de 2019, a la pérdida total de la visión de ambos ojos.

Dijo que si bien en el año 2005 la <Persona 13> lo indemnizó por una incapacidad del 46,70%, la misma no se condice con la secuencia incapacitante que hoy presenta producto del agravamiento de la lesión producida por el accidente laboral acaecido el 12/3/2004.

Dijo que padece de una incapacidad del 100% de la T.O. Respecto del plazo de prescripción señaló que comienza el día en

que se consolida el daño definitivamente y que en la actualidad continua con prestaciones en especie por parte de <Persona 11> S.A.

Practicó liquidación con aplicación del Dec. 669/19 que prevé la actualización del IBM mediante RIPTE y en especial el art. 3 que dispone que las modificaciones se aplicaran a todos los casos independientemente de la fecha de la primera manifestación invalidante con más intereses desde la ocurrencia del evento y hasta su total pago.

Al contestar la acción, <Persona 16> indicó que el actor omitió relatar que las secuelas de su ojo derecho son el resultado de otro accidente de trabajo, distinto al acaecido en marzo de 2004 y que fue cubierto por la entonces <Persona 15> que hoy es <Persona 16>.

Explicó que el accidente por el cual el actor se salpicó los ojos con cal, resultando afectado el ojo izquierdo (en adelante OI), fue atendido por la <Persona 13> y se le brindaron los correspondientes tratamientos médicos y quirúrgicos, comenzando por tratamientos conservadores que a raíz de complicaciones infecciosas determinaron la enucleación del ojo lesionado continuando con el tratamiento de las secuelas derivadas de la lesión original.

Por ese accidente, se expidió la CM nro. 19 en el Expediente 419/05 estableciendo incapacidad laboral permanente del 46,7%.

Luego, en 17/9/2005 sufrió otro accidente causante de conjuntivitis bilateral que fue cubierto por Interacción <Persona 13> S.A. por el que se le reconoció 8,5% de incapacidad en el ojo derecho (en adelante OD), y que fue el hecho que terminó de afectar su visión según el dictamen de CM del 1/6/09. A pesar de lo cual no se determinó mayor incapacidad laboral en función de lo dispuesto por el art. 22 LRT.

El 7/9/2009 la CM debió expedirse nuevamente sobre el siniestro cubierto por la demandada y reiteró el rechazo de revisión de las secuelas permanentes con fundamento en el art. 22 LRT.

Explicó que aun cuando las secuelas de una y otra contingencia podrían confundirse, el certificado del 18/3/2010 imputa la pérdida de visión del OD al accidente del año 2005. Es que el OI ya presentaba pérdida de visión total desde 2005.

Relató que el 2/10/2015 volvió a expedirse la CM local respecto del siniestro denunciado en función de la evolución patológica del OI y destacando que el actor recibió trasplante de córnea bilateral bajo la cobertura de su obra social con rechazo en el año 2013 e infección en OI que terminó con su enucleación sin que se encontraran nuevas alteraciones objetivas atribuibles al accidente de 2004.

Concluye entonces que la patología que presenta el actor en su OD (leucoma corneal) resulta a su respecto inculpable.

Luego señaló que portando el actor una incapacidad laboral del 55,2%, en caso de valorar secuelas por un supuesto reagravamiento, tal incapacidad incremental debe medirse sobre la capacidad residual restante del 44,8% de conformidad con las previsiones del Dec. 659/09.

Postuló asimismo la inexistencia de agravamiento porque no son nuevas secuelas con relación causal directa con la contingencia laboral que no hayan podido ser previstas al momento que se establecieron las secuelas permanentes.

Por último, impugnó la liquidación efectuada por el actor.

El magistrado de grado tuvo en cuenta la contestación de oficio de la SRT. Entiende que los dos accidentes principales fueron en el mismo ojo aunque el perito afirme que el segundo fue en ojo derecho.

Abro un paréntesis aquí, para aclarar que la SRT en respuesta a la prueba informativa ofrecida por la demandada requiriendo el historial de siniestros del actor, y copia de dictámenes que

registre el mismo, remitió 6 expedientes en versión digital: nro. 11263/09 (por falta de otorgamiento de las prestaciones en especie a Interacción <Persona 13> por el accidente del 17/9/2005 indicadas por la CMJ); expte. nro. 2921/10 (por liquidación incorrecta de las prestaciones dinerarias en 2005), expte. nro. 178942/15 (por reingreso por agravamiento en el OI), expte. nro. 57701/16 (por falta de dictamen por la CMC respecto de la apelación del dictamen de la CMJ que le rechazó el reingreso), expte. nro. 219136/16 (reclamando no estar de acuerdo con el alta dada el 30/9/2016) y expte. nro. 271196/16 (por falta de dictamen en el expte. nro. 219136/16 estando ya vencido el plazo de la CMJ para expedirse).

El sentenciante, con fundamento únicamente en el expte. SRT 178942/15, extrajo que "se cortó" la cobertura de tratamientos derivando al trabajador a obra social, lo que a su entender generó el agravamiento y evolución negativa por falta de prestaciones en especie. Alude al acta de audiencia médica del 23/9/2015 a fs. 43 del expte. referido, en el que se señala que "en 2004 trabajando salpica cal en ojo izquierdo perdiendo agudeza visual y en 2005 material de fibra de cemento que estaba manipulando afecta ojo izquierdo, actualmente refiere padecer infección en ojo izquierdo por lo que el oftalmólogo solicita medicación y asistencia permanente. Se dejó constancia que en el año 2013 se le realizó trasplante bilateral por obra social y sufrió rechazo de injerto y un mes previo a ese informe tuvo un último trasplante, sufre infección y se realiza "enucleación del ojo izquierdo".

Luego tuvo en cuenta que la CMC el 18/8/2016 rectificó el dictamen de la CM 19 y otorgó continuidad al tratamiento, recordado que las prestaciones se otorgarán hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas incapacitantes" aspecto que el juez consideró incumplido y que explica causalmente la evolución negativa en la visión del trabajador

siendo indiferente y resultando irrelevantes las demás causas o incidentes que sucedieron entre el accidente denunciado en la demanda y la pericia.

Concluyó que sufrir una lesión grave en un ojo, transitando un tratamiento con resultados progresivamente negativos durante años, según las constancias médicas, la HC del <Lugar 3>, y los exptes. de la SRT, con derivaciones a Bs. As., constituye un padecimiento no consolidado por el accidente ocurrido el 12/4/2004. Invocó aplicable un antecedente del Superior Tribunal de Justicia de Rio Negro según el cual frente a un siniestro laboral con fundamento en la LRT la responsabilidad de las <Persona 13> comprende la incidencia dañosa provocada por el accidente en la salud del trabajador como todas las secuelas que el infortunio pone en ejecución agravando o acelerando lesiones ignoradas u ocultas.

Con base en la pericia médica concluyó que el actor tiene una incapacidad laboral física permanente del 70,25% y determinó el monto indemnizatorio de acuerdo a los arts. 10, 17 y cctes. de la Ley 24557 y Dec. 1278/00, la aplicación del Dec. 669/2019 y aprobó la liquidación efectuada por el actor, estableciendo que deberá descontarse la suma de $12998 abonadas al actor el 27/9/2005 en primer lugar de los intereses generados y luego del capital.

V. *Tratamiento de los agravios*.

1. De la lectura del escrito postulatorio, surge que el actor reclamó por la pérdida total de la visión de ambos ojos como consecuencia del agravamiento paulatino de la lesión en el ojo izquierdo sufrida en 2004.

Señaló que la <Persona 13> lo dejó en reiteradas oportunidades sin prestaciones debiendo ocurrir al <Lugar 3> para tratar la lesión en sus ojos debido a que el empeoramiento ocurría diariamente. Allí lo proveyeron de lentes de contacto terapéuticos sin graduación y derivaron urgente al <Lugar 1> en

Bs. As. donde le practicaron recubrimiento conjuntival y trasplante de esclera en su OI. Luego fue atendido en el <Lugar 2> en Bs. As. en el año 2015 en donde le practican enucleación del OI.

El agravamiento, dijo, se produjo como consecuencia de no haber recibido por p<Persona 13>e de la <Persona 13> demandada, las prestaciones correspondientes para tratar dicha lesión otorgándole en reiteradas oportunidades el alta médica abandonándolo a su suerte. Si bien en el año 2005 fue indemnizado por una incapacidad del 46,7% la misma resulta inocua porque no se condice que la secuela que presenta.

Frente a ello, no me caben dudas que dedujo una acción de reagravación. En ningún momento refirió lesión en el OD.

Es decir que el agravamiento según el actor, se debió exclusivamente al accidente del año 2004, sufrido en su OI, por quemadura con cal y por el cual, según dijo, recibió prestaciones inadecuadas e insuficientes provocándole la pérdida de la visión total en ambos ojos.

Ese accidente de 2004 es diferente y anterior al hecho que denunció la demandada acaecido el 17/9/2005 respecto del OD y que por Dictamen del 5/3/2006 en el expte nro. 930/06 se determinara el 8,5% IPPD cubierto por Interacción <Persona 13>. Hecho que no fue mencionado por el actor y que según la accionada sería generador de la incapacidad del OD.

El juez determinó que los dos accidentes principales fueron en el mismo ojo, el segundo –dice- el 23/9/2015 (en realidad en esa fecha se realizó la audiencia médica) con infección, aun cuando el perito afirme que el segundo accidente fue en ojo derecho.

Encuentro en ello la primera inconsistencia de la sentencia. Pues el 11/8/2015 (CD X. acompañada por la demandada ID 173182 al contestar demanda) el actor solicitó el reingreso por agravamiento del OI por el accidente laboral del 12/3/2004 debido

a que en “la actualidad no tengo prestación médica”. Es de mencionar que la enucleación del OI está situada temporalmente en este momento.

La <Persona 13> demandada le informó mediante Telegrama <Persona 17> del 19/8/2015 que ya habría brindado la totalidad de la atención medica correspondiente y le recordó de otros siniestros que fueron atendidos por Interacción “rogamos haga reclamo pertinente a dicha <Persona 13>”.

Ello dio lugar al inicio del expte. 178942/15 por el que la CM 19 al describir el siniestro manifiesta que en 2004 y en 2005 dos accidentes diferentes afectaron el ojo izquierdo.

Sin embargo ello es errado. Del acta preliminar al dictamen médico (folio 48/49), surge que al examen físico de los ojos, los médicos intervinientes consignaron “enucleación izquierda y leucoma corneal derecho. motilidad ocular: conservada derecha. Incapacidad otorgada diagnóstico enucleación OI” y dictaminaron que no se encontraron alteraciones objetivas atribuidas de forma directa al hecho denunciado.

La resolución fue apelada ante la CMC por el actor y previo reclamo (en expte. SRT 57701/06) obtuvo dictamen de la CMC el 19/8/2016 por el que determinó que la <Persona 13> brinde las prestaciones en especie que evalúe el medico asistencial con fundamento en el <Persona 13>. 20 ap. I incs. a, b, y c de la LRT que consideró incumplidos por la <Persona 13>.

Con base en ello el juez considera que las prestaciones fueron incumplidas y que ello fue la causa de la evolución negativa de la dolencia. Con respaldo en la pericia del <Persona 3> concluyó que la lesión grave en el ojo, transitando un tratamiento con resultados progresivamente negativos durante años con derivaciones a Bs. As. constituye un padecimiento no consolidado por el accidente ocurrido el 12/3/2004.

Frente a ello, y las constancias que tengo presentes y que también tuvo ante sí el juez, las quejas que constituyen el primer agravio de la demandada son parcialmente atendibles.

Es que el juez consideró que los accidentes fueron sufridos en el mismo ojo, desconociendo por completo no solo lo relativo al examen médico del mismo dictamen que refirió, sino omitiendo pronunciarse sobre lo que constituyó el tema a decidir según la litis trabada con la contestación de la demanda respecto del OD y que surge del expte. 11263/09 específicamente del informe de la Subgerencia de Control de Prestaciones Médicas del Departamento de Control de Prestaciones en Especie y Auditoría.

Allí consta que frente al accidente sufrido el 17/9/05 en el OD, Interacción <Persona 13> debió hacerse cargo de las prestaciones correspondientes al siniestro cuya diagnóstico fue conjuntivitis bilateral (expte. 884/05) y diagnóstico queratoconjuntivitis virósica (expte. 930/06) según el cual la CMC fijó una ILPPD de 8,50%.

Tales extremos también se pueden corroborar con el historial de accidentabilidad proporcionado por la SRT en contestación a la informativa ofrecida agregada el 2/8/2021.

De manera que el juez parte de una premisa equivocada, sin respaldo probatorio.

Pero no solo tales constancias desbaratan la conclusión del juez en el sentido que el OI fue el que sufrió dos accidentes, sino también todas las restantes actuaciones y constancias que se verifican respecto del OD y que no tienen vinculación, ni se acreditó que la tuviera, con el accidente por cuyo reagravamiento se accionó.

Y ello no queda comprendido en la indiferencia de la concausa, pues no existe elemento probatorio alguno que acredite que las conjuntivitis, las queratoconjutivitis, la úlcera de mouren, los recubrimientos conjuntivales del OD sean

consecuencia, o hayan sido causados por la cal que “quemó” –literalmente- al OI.

Es que si mediante la acción de reagravación no se trata de la revisión de lo anteriormente decidido, sino de reparar una secuela que aparece con posterioridad y que no pudo ser prevista al momento de determinar la incapacidad, la secuela que aquí postuló el actor fue la pérdida de visión de ambos ojos. El sentenciante solo consideró accidente en ojo izquierdo, situación que el actor no objetó, pues solo refirió en su demandada al accidente del 12/3/2004, por el cual se le indemnizó la totalidad de la pérdida de visión de ese ojo determinada en el 42% (según Decreto 49/14 Anexo II al Dec. 658/96) con mas factores de ponderación a ese momento (46,7% = 42% + 4,2% (10% por la alta dificultad para desempeñarse en su tarea habitual) + 0,50% (edad al momento de sufrir el accidente).

Así, el reclamo de autos se circunscribió a la reagravación de la secuelas del accidente del 12/3/2004 por el cual el dependiente ya había percibido la indemnización en base a la pérdida de visión de un ojo evaluado según los valores que proporciona la Tabla de Sená según el punto 1.2 del capítulo referido a ojos en la tabla de evaluación de incapacidades laborales al momento del dictamen de CM-19 del 31/8/2005 en el expte. 019-00419/09.

En el referido dictamen se dejó constancia que el OI portaba un leucoma cicatrizal sin cambios al 21/4/2005 respecto del control efectuado el 07/06/2004. El 18/6/2005, al examen de agudeza visual el OI solo percibía la luz sin proyección y no mejoraba con corrección.

Se determinó asimismo que la <Persona 13> debía brindar prestaciones en especie de acuerdo a las opiniones de los especialistas en oftalmología y en concordancia con la evolución de la patología que presenta el damnificado, todas las prestaciones médicas que la especialidad determinen.

Para que exista un daño no contemplado y dé lugar a un reagravamiento, es necesario que se constate un reagravamiento de dicha patología.

En el caso, quedó acreditado que el actor, con posterioridad al alta y determinación de la incapacidad por el accidente del caso (2004), continuó requiriendo y recibiendo prestaciones y atención médica que, sin mejorar la visión perdida del OI, habrían pretendido atender las dolencias que presentara la evolución de su patología.

En expte. 178942/15 de reingreso, surge que en marzo de 2010 recibió atención en la <Lugar 4> a través de la <Persona 13> demandada, en la que se deja constancia que en ambos ojos tiene recubrimiento conjuntival total, el informe del OD tiene anatomía normal mientras que el OI (presenta desprendimiento de retina) sin que se pueda evaluar IK en OD (trasplante) (folio 12), citándolo para próxima visita en el mes de agosto de ese año (2010).

En folios 30/37 (siempre del expte. 1789742), surge que durante los meses de abril a septiembre de 2010; de mayo de 2011 a agosto de 2012 recibió controles oftalmológicos y recetas de medicamentos por la <Persona 13> demandada en esta ciudad.

Se advierte asimismo que en los controles se habla de ambos ojos que van siendo controlados por los profesionales de la demandada, quien deja constancia que el OD no corresponde a su parte.

Contemporáneamente y cuando aún no se contaba con dictamen en el Expte. 178942/15 frente a la decisión de la CM 19 que rechazó el reingreso del 2/10/2015, el 7/10/2016 inició el expte. 219136/16 por divergencia en el alta.

Del mismo, se desprende que respecto del OD no se conoce la etiología (folio 25), que fue realizado trasplante por su obra social y que fue nuevamente derivado a Bs.As. con traslados y

hotel sin que surja resolución al respecto de la petición que refería a la divergencia del alta dada respecto del OI.

Pues lo dictaminado por la CMC "independientemente de la determinación del carácter de la incapacidad otorgada" corresponde que la <Persona 13> brinde prestaciones en especie que deberán ser evaluadas por el médico asistencial tratante" siempre fue referido y con la prevención que se trataba del OI (incluso refirieron que ambos accidentes habrían resultado en el OI).

El juez entendió que la continuidad de las prestaciones decididas por la CMC, evidencia un incumplimiento por p<Persona 13>e de la <Persona 13> que explica causalmente la evolución negativa de la visión del trabajador resultando indiferente e irrelevantes las demás causas o incidentes que sucedieron entre el accidente (2004) y la pericia del <Persona 3> (2023).

Tal conclusión, como queda demostrado, es dogmática y no encuentra respaldo en las constancias de la causa según la trama del litigio. De ninguna constancia surge que el accidente y pérdida de visión del OI y la posterior enucleación 10 años más tarde haya causado la pérdida de visión del OD.

Tampoco se acreditó en qué consistieron las prestaciones deficientemente otorgadas por la <Persona 13>, en qué consistió la deficiencia, cuál hubiera sido el tratamiento indicado.

Nótese que el sentenciante trae en apoyo de su conclusión, las constancias de la HC del <Lugar 3>.

De la misma se advierte que en el año 2009, hacia los meses de abril y mayo, concurrió a la guardia oftalmológica con dolor. El médico que lo atendió dejó sentado en la HC que se advierte úlcera bilateral sin que esté en condiciones de recibir injerto en OI, pidió lentes de contacto terapéuticos y derivación urgente a Bs. As. por implante en OI y recubrimiento en OD o blesfarorratia (cerrar el párpado).

A fin de “armar la historia” advierto que de las constancias agregadas al expte. 219136/16 –por divergencia en el alta por el OI- (folio 24) en el mes de octubre de 2009 la <Persona 13> había autorizado a <Persona 18> el presupuesto de ecografía oftalmológica, y al mes de febrero de 2010 se le coordinó turno con el médico tratante de Bs. As., Dr. X., y queda a la espera del pedido de trasplante en julio de ese año.

Asimismo del expte. 219136/16 surge que en marzo de 2010 el Dr. <Persona 19> había diagnosticado perforación corneal por ulcera de <Persona 20> con cirugía reparadora con parches de esclera en ambos ojos que obligan a una nueva intervención de córnea y evaluación.

Tales constancias explican la intervención en ambos ojos: por recubrimiento conjuntival y trasplante de córnea efectuados según el actor en <Lugar 1> de Bs.As.

Luego se continua informando que al mes de septiembre de 2010 y previas consultas y ecografías, presentaba una infección importante no siendo viable la alternativa del injerto de córnea en el OI respecto del cual no existían alternativas de mejora o tratamiento.

En marzo de 2011 la <Persona 5>, evaluó al paciente, evidentemente luego de la cirugía en el <Lugar 1>, pues surge que en el OD presenta gran adelgazamiento de parenquimia corneal (capa más gruesa de la córnea) a punto de perforación, razón por la que deriva urgente al Hospital donde fue operado, mas ello no explica vinculación entre los dos accidentes.

La <Persona 13> aquí demandada refirió que por haber sido realizada la práctica por obra social del paciente, no correspondía su intervención.

Continuando con el examen del expte. SRT, también existe un certificado que da cuenta que finalmente el 24/8/2015 se le realizó cirugía de eviseracion secundaria a endolftalmitis en OI.

De todo ello colijo que si bien surge que fue atendido en el <Lugar 3> –como refiere el juez- paralelamente y concomitantemente también recibió prestaciones y atención médica por p<Persona 13>e de la <Persona 13> tanto en Bs. As como en esta ciudad. No fue abandonado a su suerte, ni interrumpidas las prestaciones cada vez que fueron requeridas y que, lógicamente en el OI no tendían a recuperar la visión perdida en 2004.

Entre el año 2011 y 2016, en que se le realizaron los recubrimientos conjuntivales y los injertos de córnea que en el OI terminaron con infección y posterior enucleación post infecciosa, si bien existía certeza que el OI había perdido la totalidad de la visión desde 2005 cuando fue determinada la incapacidad en el máximo porcentual previsto por el baremo, la enucleación no pudo ser prevista porque evidentemente responde a posteriores infecciones por los injertos realizados, más ello en modo alguno puede ser considerado causante de la pérdida de visión del OD.

La pericia médica realizada en la causa no aporta ningún dato científico que explique la relación causal entre el tratamiento y prácticas recibidas por la afección del OI y la pérdida de visión del OD.

El punto 10 propuesto por el actor dice: “Determine si las lesiones y padecimientos del actor son causa del accidente y/o enfermedad laboral que se describe en esta demanda”. Respuesta: “Si lo son y se encuentran comprendidos en autos. Tal como se describe en el expediente y en la denuncia realizada del accidente, el actor presenta patologías descriptas por la demanda laboral”.

Frente a esa respuesta desprovista de toda justificación técnica y científica, la sola mención por parte del sentenciante sobre la indiferencia e irrelevancia de las demás causas o incidentes sucedidos entre el accidente denunciado y la pericia

no responde a una derivación lógica y razonada de las probanzas que merezca confirmación alguna.

Con independencia de la calidad técnica del dictamen, debe tenerse en cuenta que el perito simplemente asesora y explica –extremos que no cumplió en el caso- mereciendo especial reproche el trámite de las impugnaciones efectuadas al dictamen del perito, su contestación y valoración, toda vez que el sentenciante contaba con las amplias facultades que le provee el art. 477 del C.Pr., que desatendió, perdiendo toda oportunidad de pedir explicaciones y ampliaciones.

Es el sentenciante quien debe realizar un análisis crítico de la prueba, no limitarse a recibir el informe como verdad revelada.

Entiendo que el juez *a quo* omitió no solo las constancias de la trama, las impugnaciones efectuadas, sino que además no realizó un análisis profundo y crítico de todo el material probatorio, pues la incapacidad laboral y la relación de causalidad entre el daño y el trabajo no son conceptos netamente médicos, sino también jurídicos, en los cuales interviene el criterio del sentenciante formado a la luz de todas las constancias de la causa.

La decisión aparece voluntarista, movida por la vulnerabilidad del sujeto de preferente tutela y la situación actual del mismo.

Evidentemente el juez varió el objeto de los presentes y efectuó una revisión de la incapacidad dada oportunamente por la pérdida de visión del OI, al punto de determinar un nuevo porcentaje de incapacidad por la pérdida de visión de ambos ojos y ordenar deducir lo ya abonado, cual si hubiera sido una acción de revisión, desatendiendo así no solo los términos de la demanda, sino de la contestación, en grave violación del principio de congruencia, tributario del debido proceso y de defensa en juicio.

No basta que se acredite que el grado de incapacidad actual sea superior al fijado en su oportunidad, pues no se trata de corregir un posible error en que se incurrió en aquella, sino de indemnizar las consecuencias mediatas de un hecho dañoso que no pudieron ser tenidas allí en cuenta, pues se manifestaron con posterioridad.

Así, en el caso, el agravamiento acreditado de acuerdo a lo peticionado en la demandada está constituido por la enucleación del OI que acarrea una incapacidad del 3% más que la pérdida de visión de un ojo, según la tabla de evaluación de incapacidades laborales. A ello habrán de agregarse los factores de ponderación establecidos en la pericia médica: 15% por actividad y 2% por edad. De manera que la incapacidad que debe resarcirse asciende al 3,51%.

Tal, es el porcentaje que no pudo ser previsto al momento de determinar la Incapacidad y debe ser tenido por sucedido en el mes de agosto de 2015.

Para evaluar en definitiva la incapacidad que padece debe emplearse el criterio de la capacidad restante, previo a su solicitud de reingreso, momento en el que ya presentaba una minusvalía en el OI del 46,7% y en el OD del 7,5%. Por consiguiente, en el caso, la valoración del 3,51% sobre el total de la capacidad restante del trabajador, en el caso el 44,8% (100 – 46,7 – 8,5) lleva a concluir que <Persona 1>, producto del reagravamiento del accidente en el OI ocurrido el 24/8/2015, porta una incapacidad del 1,572% que debe ser resarcida.

En tal sentido es que la segunda queja también es admisible parcialmente.

2. Resuelto la anterior a fin de calcular la prestación dineraria, corresponde decidir sobre la legislación aplicable para determinar el IBM y así calcular la prestación dineraria del art. 14 ap. 2 inc. a) de acuerdo al porcentaje de incapacidad (1,572%) y la fecha en que tuvo lugar el hecho (enucleación).

El actor solicitó, en el marco de su pretensión, cual era un reagravamiento situado temporalmente “a principios de 2019”, la aplicación del DNU 669/19 que modificó el art. 12 de la LRT disponiendo en su art. 3 que las modificaciones dispuestas se aplicaran en todos los casos, independientemente de la fecha de la primera manifestación invalidante. Denunció un IBM nominal de $2400 que actualizó mediante el último ripte publicado a la fecha de iniciación de su demanda (noviembre de 2019) en la suma de $105.784,93. Efectuó la liquidación de la prestación dineraria conforme el art. 15 y 11.4 LRT según el grado de incapacidad que estimó

La demandada, a su turno, impugnó la liquidación efectuada y postuló la inaplicabilidad de las leyes 26773, 27348, el Dec. 1694/09 por ser posteriores al evento dañoso, con sustento en la doctrina de la Corte Suprema en precedente “Espósito” y el STJCh en el precedente “<Persona 12>”.

Igualmente dijo respecto del DNU 669/19, que teniendo en cuenta la fecha del accidente en vigencia de la Ley 24577, según Dec. 1278/00, sin que sea aplicable la modificación que el DNU introdujo sobre la actualización del IBM consagrado por la Ley 27348 y su art. 20 que establece que la nueva definición de IBM no se aplicará a las contingencias ocurridas con anterioridad a su entrada en vigencia sin que el DNU derogara tal normal. Explicó que el IBM a la fecha del siniestro es de $574.26 por ser el que se condice con las declaraciones juradas de salarios presentada por el empleador en AFIP.

Frente a ello el sentenciante, teniendo en cuenta las circunstancias del caso, validó la liquidación realizada por el actor porque, en el caso, sin una forma de actualización las indemnizaciones resultantes serían muy desventajosas para el trabajador. Explicó que si bien consideró en otras oportunidades inconstitucional el DNU 669/19 porque no se encontraban reunidos los supuestos para su sanción, dado el grado de incapacidad y

los más de 20 años acaecidos desde el accidente, y con remisión a fundamentos sostenidos por la Sala I de la CNAT se apartó de aquel criterio y consideró que toda vez que el Poder Ejecutivo está facultado por el art. 11.3 la LRT para mejorar las prestaciones dinerarias, el DNU cuestionado, en cuanto mejora las prestaciones, es válido como decreto delegado del Poder Ejecutivo.

La recurrente cuestiona la decisión de considerar constitucional el DNU, pues se desentiende de la irretroactividad de la ley y los precedentes que citara. Señala que no se aplicó el tope del art. 14 según Dec. 1278/00; argumenta que además el DNU fue aplicado erróneamente.

Tales consideraciones, resultan ahora inocuas.

Explico por qué:

De acuerdo al análisis que propongo el agravamiento tuvo lugar en la fecha de enucleación de OI el 24/8/2015.

Ello impone determinar el encuadre normativo aplicable, teniendo en cuenta que la C.S.J.N. reafirmó en su precedente "Espósito" -aunque referido a las disposiciones de la Ley 26773-, el criterio que sustentara en “Escudero, Adolfo c/ Orandi y Massera SA» (1991)”; en “Lucca de Hoz, Mirta Liliana c/ Taddei, <Persona 8> y otro s/ accidente-acción civil” (CSJN, L. 515, L. XLIII, del (17/8/2010) en el sentido que el principio general es que la compensación económica de un infortunio laboral debe determinarse conforme a la ley vigente cuando se da el presupuesto fáctico previsto en la norma para obtener el resarcimiento, con independencia de la efectiva promoción del pleito”, agregando que “cuando una ley ha optado por omitir toda referencia a su aplicación al juzgamiento de los hechos ocurridos bajo la vigencia de la ley anterior, aquellos deben quedar sometidos a los preceptos legales imperantes en el momento en que se produjeron, ya que en esas condiciones el nuevo ordenamiento no tiene efecto retroactivo”.

De allí que la prestación dineraria en el caso debe calcularse de conformidad a los artículos 14.2.a) de la L.R.T.; del Decreto 1694/09 y las disposiciones pertinentes de la Ley 26773 (arts. 3, 7 y 8).

Así, tomaré en cuenta el IBM denunciado por la recurrente al contestar demanda (hoja 31vta.) de $574.26, pues es semejante al determinado por la SRT en el expediente nro. 2921/10 (folio digital 290 y 308) de $566,53.

De tal manera, aplicada a la fórmula del art. 14 ap. 2 inc. a) 53 x 574,26 x 1.572% x 1,10 (59/65) la prestación dineraria debida al trabajador asciende a la suma de $52.629,55.

Ahora, es dable reiterar que en el conocido caso “Espósito”, en oportunidad de zanjar el debate respecto a la aplicación del ripte previsto por la Ley 26773 concretamente en el considerando 8, la Corte nacional señala con alcance general, que las prestaciones en dinero por incapacidad permanente previstas en la Ley 24557 y sus modificatorias, sujetas a la actualización mediante el Decreto 1694/2009 y el índice RIPTE, se refieren a los importes de las prestaciones adicionales de suma fija incorporadas por el Decr. 1278/00 y de los pisos mínimos establecidos por el Decr. 1694/2009 y el <Persona 13>ículo 3 de la Ley 26773 (CSJN, 7/6/2016 en autos “Espósito, <Persona 7> c/ Provincia <Persona 13> S.A. s/ accidente – Ley especial”).

Con posterioridad, reafirmó el criterio. En autos “Recurso de hecho deducido por la demandada en la causa <Persona 6>, <Persona 9> y otro c/ <Persona 21> S.A. y otro c/ <Persona 22> S.A. s/ accidente – Ley especial", diciendo expresamente: “Que son atendibles los cuestionamientos de la apelante vinculados con la declaración de inconstitucionalidad del Decreto 472/14, pues tal extrema medida se apoya en una interpretación que no se ajusta a los criterios establecidos en el precedente dictado por esta Corte en “Espósito” (Fallos: 339:781), a cuyos fundamentos

y conclusiones corresponde remitir en lo pertinente en razón de brevedad” (CSJN, 27/9/2018).

Es decir, aún con la disidencia del Dr. Rosatti, La Corte, se volvió a expedir sobre el tema en debate (aplicación del ripte a los pisos mínimos y prestaciones adicionales de pago único) reafirmando la doctrina que emana de “Espósito”.

Tal decisión adoptada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación que ha sentado doctrina y ha sido seguida otras Cortes Provinciales como la SCBA en "<Persona 23> contra <Persona 24>. S.A. Diferencia indemnización" del 05/04/2017 (elDial.com - AA9E68), asimismo por nuestro Superior Tribunal de Justicia.

Ello impone el seguimiento de la misma, más allá de la posibilidad que tenemos quienes ejercemos la judicatura de dejar a salvo nuestro opinión o invocar otros fundamentos, lo que no ha sucedido en el caso de autos, pues la insistencia en un criterio no convalidado por la Corte Suprema de Justicia es pasible de generar un “dispendio jurisdiccional del cual resultará afectado en última instancia el accionante, quien resulta ser sujeto de preferente tutela” ya que “vería dilatado en el tiempo el cobro de su indemnización” (Cámara Nacional Apelaciones del Trabajo, Sala III, 28/4/2017, en autos “O.,P. N. c/ Provincia <Persona 13> SA s/ accidente-Ley especial”, DT 2017, agosto 1660).

La Suprema Corte de Buenos Aires en relación a esta misma cuestión dijo que la referencia contenida en el art. 8 con relación a los "importes por incapacidad laboral permanente" conduce a la hermenéutica de que esa expresión lingüística hace alusión a los montos mínimos garantizados por el Decreto 1694/09 y a las sumas que en concepto de adicionales de pago único contemplaba el sistema especial. Agrego a ello, asimismo, los valores de base establecidos para el resarcimiento adicional del art. 3 de la Ley 26773. Estos ítems son los que constituyen los importes establecidos en el marco de la legislación de riesgos

del trabajo, quedando excluidas de esa definición las reparaciones obtenidas a partir del uso de las ecuaciones o fórmulas polinómicas previstas en la Ley 24557 (voto del Dr. Petiggiani).

Se garantiza así que adicionales de pago único y pisos mínimos de indemnización sean actualizados semestralmente, y no mediante la actualización de la indemnización resultante de la fórmula prevista en el art. 14 párr. 2 inc. a) de la Ley 24557, la cual, superado el piso mínimo, resulta debida y oportunamente actualizada, en cada caso concreto, a través de la tasa de interés, que no solo compensa la falta de uso del dinero retenido, sino que además expresa la expectativa inflacionaria del mercado y agrega que el Decreto 472/14 aclara el art. 17.6 de la Ley 26773 en el sentido expuesto, de conformidad con la intención del legislador (Cámara Nacional Apelaciones del Trabajo, Sala IX, 23/10/2017 , en autos "G.,H.D. c/ Galeno <Persona 13> SA s/ accidente-Ley especial", voto del Dr. Mario Fera).

Siguiendo tales criterios rectores de aplicación a la normativa vigente al momento del agravamiento, toda la argumentación relativa al Dec. 669/19 deviene carente de interés en el asunto, pues la aplicación por parte de juez perseguía conjurar los efectos nocivos de indemnizar con un valor calculado al momento del accidente -incluso con un IBM denunciado ($2400) por el accionante sin ningún respaldo ni justificación- y no del reagravamiento.

Determinado lo anterior y ajustado el procedimiento a la normativa de los arts. 8, 17.5 y 17.6 de la Ley 26773 y art. 8 del Dec. 472/2014 a fin de verificar el piso mínimo establecido por el art. 14 2 a) 2do. párrafo, se advierte que el importe de la prestación dineraria calculada no alcanza al piso mínimo.

Según la Resolución del 6/2015 de MTEySS, el piso mínimo vigente en el momento del agravamiento surge de aplicar $713.476

por el porcentaje de incapacidad (1,572) y alcanza un mínimo de $1.121.584,27.

Siendo ello así corresponde establecer dicha suma como prestación dineraria por la incapacidad permanente parcial y definitiva producto del reagravamiento ocurrido el 24/8/2015 y con el agregado del adicional establecido por el art. 3 de la Ley 26773 que queda determinado en la suma de $224.316,85.

La indemnización asciende a la suma de $1.345.901,12.

Atento a la fecha de acaecimiento del evento dañoso (24/08/2015) resulta de aplicación el art. 2 de la Ley 26773. Conforme a ello, y como lo hemos decidido en tantas oportunidades (*v. gr.*, SD "L" nro. 91/20; 5/21; 12/21)y el criterio seguido por el Superior Tribunal Provincial en "H." corresponde fijar los intereses a partir de la ocurrencia del agravamiento a la tasa activa que fija y cobra el Banco de la Nación Argentina (Resolución n° 414/99 SRT (texto según resolución 278/01 SRT).

Ante esa previsión legal, aquella es la tasa de interés que se debe aplicar en casos como el presente, por ser la que es impuesta en la citada disposición especial (*cf.*: Formaro, Juan J., en "Riesgos del trabajo", ed. Hammurabi, año 2013, Cap. 14, & 43 y jurisprudencia citada en notas n° 8, 9, 10 y 11) (SD "L" nro. 20/19, 8/21, 11/21 entre muchas otras).

Corresponde asimismo aplicar a la suma de condena, desde la mora hasta la notificación de la demanda ocurrida el 19/11/2020 (hoja 27) la capitalización del art. 770 inc. b del CCCN.

VI. *Costas y honorarios*:

En atención a como se resuelve, corresponde adecuar costas y honorarios por imposición del art. 282 del C.Pr.

La modificación que propongo de la sentencia de primera instancia carece de entidad para modificar la calidad de vencida de la demandada, razón por la que mantendré la imposición de costas a su cargo para la primera instancia.

Atento el resultado obtenido, las de alzada las impondré por su orden.

En cuanto a la regulación de los honorarios profesionales por las labores desplegadas en primera instancia y de conformidad con las pautas generales previstas por los artículos 5 a 10, 38, 46 ccdtes. de la ley arancelaria, propongo regular al Dr. <Persona 2> en el 17%, a la Dra. <Persona 4> en el 17% y al <Persona 3> en el 2%, porcentajes a calcular sobre el monto del proceso que surja de la liquidación a efectuarse con más la alícuota del IVA si correspondiere.

Por los trabajos realizados en esta instancia, propongo regular a la Dra. <Persona 4> el 28% sobre los que le fueron regulados por su actuación en la primera instancia, de conformidad con las pautas establecidas por la ley arancelaria vigente en sus arts. 5, 9, 10 y 13 con más el IVA si correspondiere.

A la segunda cuestión, la Dra. Zanatta dijo:

Fórmula postulatoria:

1) Admitir parcialmente el recurso interpuesto por la demandada mediante ID 1830386 y fundado mediante presentación ID 1838897 contra la Sentencia Definitiva 31/2025.

2) Revocar la sentencia venida en apelación y admitir parcialmente la demanda interpuesta por el Sr. <Persona 1> contra <Persona 11> SA en cuanto pretende el reconocimiento del agravamiento de la incapacidad sufrida por el accidente del 12/3/2004 en el ojo izquierdo, determinándola en el 1,572% debiendo tomarse como fecha de la primera manifestación invalidante el 24/8/2015, cuyo monto determinado de acuerdo a la normativa vigente a ese momento asciende a la suma de $1.345.901,12, la que devengara intereses a la tasa activa del Banco de la Nación argentina desde la fecha del evento hasta su efectivo pago con más la capitalización dispuesta según el art. 770 inc. b) del CCCN.

3) Mantener la imposición de costas en la instancia de grado.

4) Imponer las costas de esta instancia por su orden.

5) Regular los honorarios en la forma propuesta.

A la primera cuestión, el Dr. Nahuelanca dijo:

I. La sentencia hace lugar a la demanda interpuesta por la parte actora <Persona 1> y condena a la parte demandada <Persona 11> SA a pagar a la parte actora la suma de $7.632.272,58 con más intereses que determina. Establece asimismo que la suma de $12.998 abonada por la demandada deberá descontarse de la liquidación ordenada. Impone las costas a la demandada y regula los honorarios de los profesionales actuantes.

Es concedido el recurso interpuesto por la parte demandada, la que expone los agravios en escrito ID 1838897.

II. Los agravios de la apelante quedan considerados en el voto que me precede, cuyo núcleo determinante del primer agravio se funda en que la demanda solo podía tener virtualidad para revisar el estado incapacitante del actor, en la medida que hubiere mediado un hecho causal de agravamiento de su dolencia, pues de lo contrario operaban las normas del art.22 y 44 de la L.R.T., de consolidación jurídica del daño y prescripción de la acción, conceptos que fueron soslayados por la sentencia.

En lo señalado asimismo por la recurrente, referencia a un primer accidente sufrido por la actora en 12/03/2004, donde C. sufrió la afectación del ojo izquierdo por quemadura con incapacidad del 46,7% de la T.O., que después se le reconoció por la Comisión Médica un 8,5% por disminución visual del ojo derecho; que el actor pretende ante la CM el reconocimiento de la incapacidad laboral permanente por la secuela en sus ojos, destaca que el pedido es rechazado en 07/09/2009.

Asimismo su parte rechazó el reagravamiento del ojo derecho por presentación de un certificado médico que adjudicaba la

pérdida de la visión del ojo derecho como consecuencia del accidente del año 2005, cubierto por Interacción <Persona 13> SA.

Es lo que dio lugar a la trabazón de la litis, donde fundamenta su defensa con fallo de la S.C.Bs.As., que si resultó acreditado que el agravamiento de la dolencia originaria era previsible al momento en que se fijó el porcentaje de incapacidad del actor en sede administrativa, no se verificó en el caso la aparición de consecuencias mediatas del accidente que fueran omitidas en el pronunciamiento originario, por lo tanto, no se configuran los presupuestos establecidos por la SC para la procedencia de la acción.

III. Las circunstancias relativas a este primer agravio conllevan por parte de mi colega de primer voto, las exactas determinaciones de los accidentes sufridos por la parte actora, el error del sentenciante entendiendo que los dos accidentes correspondían al mismo ojo izquierdo, desconociendo no solo el examen médico que refiriera, omitiendo pronunciarse sobre la trama litigiosa respecto al ojo derecho que surge del expte. n° 11263/09, todas cuyas observaciones y conclusiones quedan expuesta por la Dra. María Fernanda Zanatta, las que comparto y por lo que se hace lugar parcialmente al presente primer agravio.

IV. En el segundo agravio sostiene la demandada que existiendo consolidación jurídica de las anteriores determinaciones por incapacidad ILP por haber transcurrido el plazo legal de revisión de los respectivos dictámenes, con lo que esas incapacidades deben ser descontadas a título de preexistencia. Impugna el criterio del Sr. juez como si la deuda permaneciera insoluta, reconociendo un pago transcurridos 20 años, cuando lo que correspondía era tener por saldada la indemnización de aquella anterior incapacidad; que aún en la hipótesis del reagravamiento en curso hasta el año 2019, las nuevas secuelas debían ser calculadas sobre la incapacidad

restante del actor y formula sucesivas determinaciones bajo esa tesitura.

El aludido voto precedente ha examinado prolijamente las cuestiones planteadas, advirtiendo que, en efecto, si bien las circunstancias motivaban el tratamiento de ambos ojos, en el mes de setiembre de 2010 previas consultas y ecografías, si bien el OI presentaba una infección importante, no resultaba viable el trasplante de córnea porque no existían alternativas de mejora o tratamiento.

Toda las implicancias de las circunstancias señaladas resultan asimismo consideradas y tratadas por la magistrada que me precede, los recubrimientos conjuntivales de los años 2010 y 2016, que si se trató la infección del OI y se terminó con las misma y posterior enucleación posinfecciosa, la certeza importaba que el ojo izquierdo había perdido totalmente la visión en el año 2005 y determinada la incapacidad con el máximo del porcentual, sin que pudiera haber sido prevista la enucleación que respondían a posteriores infecciones, pero no causantes de la pérdida de visión del OD.

Por lo expuesto me remito asimismo a sus amplias revisiones de las circunstancias señaladas, la crítica a las concepciones del juzgador y luego a las determinaciones de la incapacidad por la modalidad de la incapacidad restante, en razón de las incapacidades previas que afectaban al paciente y en definitiva a la incapacidad portante a resarcir del 1,572%, las que comparto, por lo que el agravio debe prosperar parcialmente.

V. Tercer agravio (subsidiario): aplicación retroactiva del DNU 669/19 y Ley 27348. Omisión del derecho aplicable.

Se agravia la parte demandada en subsidio para el caso que prospere la demanda y transcribe los fundamentos de la sentencia en cursiva, que determina una condena de $7.632.272,58 y una incapacidad –dentro de su tesis– del 70,25% de la total obrera.

Insiste en el grave error de la sentencia, como si tuviera el propósito de revisar la determinación de la ILP de un antiguo hecho del año 2004, reiterando que el vínculo que unió a su p<Persona 13>e con el empleador del actor perdió vigencia el 31 de marzo de 2005, cuando Rigel SRL pasó a afiliarse a Interacción <Persona 13> SA. Sigue los fundamentos de la sentencia y sostiene que se ha omitido el tope del <Persona 13>.14 ap.2 de la Ley 24557, violación del cálculo del IBM en un doble aspecto, por la aplicación retroactiva del Dec. 669/19, lo que implica de la Ley 27348 y errónea aplicación del DNU que no autoriza, en rigor, la indexación realizada. Que los instrumentos señalados no podían aplicarse a contingencias ocurridas con anterioridad a su vigencia, ello es, antes del 4 de marzo de 2017. Cita el fallo "Espósito" de la CSJN. Señala por lo demás que si resulta aplicable el mencionado decreto, no es a título de indexación como fue practicado por la parte actora en su demanda y admitido por el juez, sino de actualización del IBM, que el fallo incurre además en la violación de la doctrina legal del STJCh establecida *in re* 13/06/24, "A., E. E. c/ P. <Persona 13> S.A. s/ accidente de trabajo (sistémico)", expte. 25926 año 2023.

VI. Los planteos precedentes, tratados y considerados en el primer voto del presente acuerdo por la Dra. Zanatta, disipan las cuestiones interpuestas con lo que me remito a sus fundamentos, que la prestación dineraria en el caso debe calcularse de conformidad al art. 14.2.a) de la LRT, al Dec.1694/09 y a las disposiciones pertinentes de la Ley 26773 (arts. 3, 7 y 8); la determinación de la prestación salarial en la suma de $52.629,55; las consideraciones en torno al fallo "Espósito" de la CSJN y reafirmación del criterio en los autos "Recurso de hecho… <Persona 6>… c/ <Persona 21> S.A. y otro…"; las razones para la aplicación de su doctrina, como que en consecuencia la argumentación en torno al Dec. 669/19 deviene carente de interés; con ello la desautorización del criterio de

la sentencia para conjurar efectos nocivos de un valor de IBM denunciado de $2400, sin ningún respaldo ni justificación; finalmente con tales consideraciones la aplicación de los arts. 8, 17.5, y 17.6 de la Ley 26773 y art. 8 del Dec. 472/2014 para verificar el piso mínimo y, siguiendo con la Resolución del 6/2015 del MTEySS, tal piso mínimo de $713.476, aplicado al porcentaje de incapacidad 1,572, alcanzando las suma de $1.121.584,27, considerando dicha suma como indemnizatoria de la IPPD producto del reagravamiento ocurrido el 24/8/2015 y más el adicional del art. 3 Ley 26773, la suma de $224.316,85, la indemnización final en la suma de $1.345.901,12; la aplicación de los criterios respecto a la tasa de interés del art.2 de la Ley 26773 y la aplicación del art.770 inc.b) del CCCN.

Con tales alcances la procedencia parcial de los agravios comprendidos.

VII. *Costas y honorarios*.

La naturaleza del juicio y en tanto prospera la demanda por los rubros que importan su procedencia e hicieron necesario la reclamación en juicio, conforman la ratificación de las costas a la demandada en primera instancia (art.69 del CPCCCh), y por su orden en esta alzada, en razón de las variables revocatorias resultantes y la materia laboral que las comprende (art. 69 2da. parte del Cód. cit.).

En la primera instancia, atento al resultado de las cuestiones planteadas, el mérito de los trabajos profesionales y lo previsto en los arts.5, 6, 7, 8, y concords., propongo los honorarios del Dr. <Persona 2> en 17%, los de la Dra. <Persona 4>, en 17%, de los montos que resulten del juicio con más el IVA en caso de corresponder y los del <Persona 3> en 2%.

En la alzada, pautas y normas citadas, propongo los honorarios de la Dra. <Persona 4> en 28% de los correspondientes a su parte en primera instancia, con más IVA en caso de corresponder.

A la segunda cuestión, el Dr. Nahuelanca dijo::

Voto:

1) Hacer lugar parcialmente al recurso interpuesto por la parte demandada <Persona 11> S.A., bajo apoderamiento de letrada, fundado en ID 1838897, contra la sentencia de fecha 5 de marzo de 2025, con los alcances de los puntos siguientes.

2) Revocar parciamente el punto 1 de la parte resolutiva de la sentencia aludida, en cuanto a la primera manifestación invalidante que se establece en fecha 24/8/2015 y el monto de condena que se establece en la suma de $1.345.901,12, más los intereses a la tasa activa del BNA y con más la capitalización prevista en el art.770 inc.b) del CCCN.

3) Revocar en todas sus partes el punto 2 de la parte resolutiva del fallo aludido.

4) Confirmar la imposición de las costas a la parte demandada del punto 4 de la parte resolutiva del fallo de referencia.

5) Revocar la regulación del punto 5 de la parte resolutiva aludida, regulando los honorarios de conformidad al considerando respectivo.

6) Imponer las costas de la alzada por su orden, regulando los honorarios de conformidad al considerando respectivo.

Con lo que se dio por terminado el acto, quedando acordado dictar la siguiente **SENTENCIA**:

1) Admitir parcialmente el recurso interpuesto por la demandada mediante ID 1830386 y fundado mediante presentación ID 1838897 contra la Sentencia Definitiva 31/2025.

2) Revocar la sentencia venida en apelación y admitir parcialmente la demanda interpuesta por el Sr. <Persona 1> contra <Persona 11> SA en cuanto pretende el reconocimiento del agravamiento de la incapacidad sufrida por el accidente del 12/3/2004 en el ojo izquierdo, determinándola en el uno coma quinientos setenta y dos por ciento (1,572%), debiendo tomarse

como fecha de la primera manifestación invalidante el 24/8/2015, cuyo monto determinado de acuerdo a la normativa vigente a ese momento asciende a la suma de un millón trescientos cuarenta y cinco mil novecientos un pesos con doce centavos ($1.345.901,12), la que devengara intereses a la tasa activa del Banco de la Nación argentina desde la fecha del evento hasta su efectivo pago con más la capitalización dispuesta según el art. 770 inc. b) del CCCN.

3) Mantener la imposición de costas en la instancia de grado.

4) Imponer las costas de esta instancia por su orden.

5) Regular los honorarios profesionales por los trabajos realizados en primera instancia al Dr. <Persona 2> en el diecisiete por ciento (17%), a la Dra. <Persona 4> en el diecisiete por ciento (17%) y al <Persona 3> en el dos por ciento (2%), porcentajes a calcular sobre el monto del proceso que surja de la liquidación a efectuarse, con más la alícuota del IVA si correspondiere.

6) Regular los honorarios profesionales por los trabajos realizados en esta instancia a la Dra. <Persona 4> el veintiocho por ciento (28%) de lo regulado a su parte por la labor en la instancia de grado, con más el IVA si correspondiera.

7) Regístrese, notifíquese y devuélvase.

REGISTRADA BAJO EL nro. 167 DEL AÑO 2025
DEL LIBRO DE SENTENCIAS DEFINITIVAS "L"