000969/2025

En la ciudad de Comodoro Rivadavia, provincia del Chubut, a los diez días del mes de agosto del año dos mil veintiséis, 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 del Dr. Fernando Nahuelanca y la vicepresidencia de la Dra. María Fernanda Zanatta (Acuerdo Plenario nro. 5394/2025, arts. 1 a 5), para dictar sentencia definitiva en estos autos caratulados: **"<PER_1> c/ <PER_2> s/ Accidente de trabajo (sistémico)", expte. nro. 969/2025**, venidos del Juzgado Letrado de Primera Instancia en lo Laboral N° 2 (expte. nro. 508/2024) y atento al resultado del sorteo de fecha 24 de abril de 2026 (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. 305/2025 de fecha 3 de septiembre de 2025? y **SEGUNDA**: ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar?

A la primera cuestión, la Dra. Zanatta dijo:

I. *La sentencia*:

La jueza de grado declaró la inconstitucionalidad de los arts. 6, 8 inc. 3, 21, 22 y 46 LRT y rechazó el pedido de Inconstitucionalidad del art. 9 de la Ley 26.773, Decretos 1278/00; 410/00, Laudo 156/96, Decretos P.E.N N°658/96 y 659/96, (III.1). Admitió parcialmente la demanda interpuesta <PER_1> y condenó a la firma <PER_2> a que en plazo de 10 (diez) días proceda abonarle la suma de $6.499.084,78 previo descuento de la suma

abonada de $5.454.419 la que será imputada primero a intereses y luego a capital, con más intereses. Impuso las costas a la demandada vencida. Reguló los honorarios de los letrados intervinientes.

II. *Recurso*:

La demandada interpuso recurso de apelación mediante escrito electrónico ID 2051923. Concedido que fue, expresó agravios en pieza identificada con ID 2059113 cuya réplica obra en pieza digital ID 2067711.

III. *Antecedentes*:

El Sr. <PER_1> interpuso demanda en contra de <PER_2> persiguiendo el pago de la suma de pesos $3.444.065,76 con la aplicación de intereses y costas por la incapacidad sobreviniente al accidente que sufriera 22/02/2023.

Expuso que trabajó en relación de dependencia desde el 03/11/2021 para el empleador <PER_3>, que contrató los servicios de la accionada, para cubrir los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de sus dependientes.

Refirió a las tareas laborales que realizaba y a la jornada laboral cumplida.

Relató que el día 22/02/2023 se encontraba dentro de su jornada de trabajo trasladando animales al retén, y al escaparse un animal le engancho la pierna derecha lo que le provocó un intenso dolor en su rodilla derecha.

Advirtió que dio aviso a su empleador, quien realizó la denuncia ante la ART. Que le fue brindada atención médica en <PER_4>, donde se le realizó placa radiográfica y resonancia magnética de la zona afectada, le prescribieron reposo, ingesta de calmantes y 30 sesiones de kinesiología.

Señaló que al no haber evolución fue intervenido quirúrgicamente, luego le recetaron reposo y 75 sesiones de kinesiología.

Explicó que como producto del accidente laboral sufrió menisectomía con hidrartrosis e hipotrofia de rodilla derecha con limitación funcional, pero no obstante ello, fue dado de alta el día 25/01/2024 sin incapacidad.

Adujo que, a causa del accidente sufre de dolores intensos constantes y dificultades en la funcionalidad y movilidad de la rodilla, lo que le impide realizar sus tareas laborales con normalidad, como así también, le impide llevar una vida cotidiana normal a causa del dolor, la frustración, y la abulia generada por su miedo a realizar cualquier actividad de la cotidianeidad.

Postuló una incapacidad física del 17,50% producto del accidente laboral sufrido. Realizó consideraciones sobre el incumplimiento que le achaca a la demandada.

Efectuó planteos de inconstitucionalidad. Practicó liquidación provisoria.

En su conteste la accionada peticionó el rechazo de la demanda instaurada con costas.

Controvirtió los hechos alegados por el actor en su demanda, denunció póliza y limitación de cobertura.

Aseveró haber dado cumplimiento con las obligaciones a su cargo en conformidad con la normativa vigente.

Alegó que el actor continuó con el reclamo judicial pese haber acudido a la Comisión Médica N°19 Expte. N° 45000/24, en el que se determinó una ILPPD del 12%, con motivo del siniestro.

Planteó que se verifica en autos cosa juzgada administrativa por cuanto el actor percibió por el siniestro una indemnización por la suma de $5.454.919 el cual incluía el adicional del 20% que prevé el art. 4 de la ley 26773, lo que implicó el ejercicio de la opción excluyente.

Peticionó se declare la temeridad y malicia del accionante por haber ocultado las circunstancias de haberse sometido al procedimiento administrativo ante la Comisión Médica N° 19 y luego de haber percibido el pago denunciado.

Advirtió que la acción judicial intentada por la actora excede el marco legal regulatorio de la actividad aseguradora de los riesgos del trabajo, por lo que la misma debe ser rechazada.

Impugnó los montos reclamados. Contestó los planteos de inconstitucionalidades.

Analizada la prueba producida en autos, la magistrada determinó que el actor padece una incapacidad laboral física y total del 16,38% producto del accidente laboral sufrido en fecha 22/02/2023 y que su etiología es de orden laboral.

Con arreglo al art. 14, inc. 2 a. LRT determinó que la prestación dineraria asciende a la suma de $6.499.084,78, debiendo descontarse la suma abonada en fecha 27/09/2024 de $5.454.419 imputándose primero a intereses y luego a capital.

Estableció la aplicación de la tasa activa del Banco de la Nación Argentina para el caso de mora en el cumplimiento de las prestaciones del sistema de reparación por accidentes o enfermedades laborales, como así también la disposición contenida en el tercer

párrafo del art. 2 de la Ley 26773, dispongo que la suma indicada en el punto IV.2 devengará los intereses legales a partir de los 30 días corridos (Res. SRT N° 414/99) desde la fecha del accidente laboral ocurrido 22/02/2023 y devengará un interés equivalente al de la tasa activa mensual que percibe el Banco de la Nación Argentina para las operaciones de descuento de documentos hasta su efectivo pago. Capitalizando intereses a la fecha de notificación de la demanda 16/10/2024, según lo establecido en el artículo 770 inc. b del CCCN.

IV. *Agravios:*

La decisión de grado motivó la queja de la parte demandada en autos por cuanto: otorga valor absoluto a una pericia inconsistente, supliendo la carga probatoria del actor; desconoce la cosa juzgada administrativa de la Comisión Médica N°19; declara inconstitucionalidades sin fundamentos, contrariando jurisprudencia de la Corte Suprema; omite valorar la conducta del actor; fija una indemnización excesiva e injustificada, omitiendo pagos ya realizados; impone errónea imputación de pagos y anatocismo prohibido.

V. *Análisis*:

1. *Suficiencia del recurso*.

Las alegaciones vertidas por la parte actora al contestar el traslado de la expresión de agravios formulada por la demandada en cuanto a la solicitud de deserción por insuficiencia de los embates, no son de recibo de manera general.

Conforme lo dispone el artículo 265 del Código Procesal Civil y Comercial, la impugnación debe contener una crítica concreta y razonada de las partes del fallo

que se consideren equivocadas. Y es con una amplitud de criterio facilitadora de la vía revisora que se aprecia que los ataques cuestionados son hábiles, respetando en su desarrollo las consignas establecidas en esa norma del código ritual, por lo que deviene admisible su tratamiento.

2. *Tratamiento*.

En primer lugar, achaca la recurrente una errónea valoración de la prueba pericial médica.

Dice que incurre en yerro la sentenciante al otorgar valor concluyente a la pericia médica del Dr. <PER_5>, como si fuera prueba plena e irrebatible. Plantea que la pericia no obliga al juez, pues constituye solo un elemento de convicción que debe ser valorado críticamente.

Sostiene que la pericia de autos presenta graves inconsistencias por cuanto: otorga un porcentaje de incapacidad del 16,38% contrariando el dictamen de la Comisión Médica N°19, que fijó el 12% y fue consentido por el actor, b) no fundamenta debidamente el incremento del 4,38% en relación a la incapacidad fijada por la Comisión Médica; ignora que la diferencia entre las perimetrías musculares y hallazgos semiológicos posteriores al alta médica no cuentan con respaldo documental idóneo.

Advierte que la carga de la prueba recae sobre el actor y en razón de ello plantea que si el accionante, eligió sostener su pretensión en un dictamen deficiente, la insuficiencia probatoria le es imputable y no puede pretender que el tribunal o la contraria supla su omisión.

Alega que el fallo incurre en error *in iudicando* al construir la condena sobre un dictamen sin eficacia convictiva y en error *in procedendo* al suplir indebidamente la carga probatoria de la parte actora.

La recurrente no demuestra cuáles son los errores que adjudica a la decisión.

Una vez presentado el informe pericial, la recurrente impugnó las conclusiones del galeno y pidió explicaciones.

Sostuvo que el porcentaje de incapacidad otorgado en autos devine injustificado ya que el actor a poco del alta médica fue evaluado por la Comisión Médica Jurisdiccional y el ente administrativo le otorgó un porcentaje del 12% incluidos factores de ponderación, valor acorde a la historia clínica. Concluyó que no existe motivo documentado, ni fundamento fisiopatológico, ni médico legal que justifique con apego a la Ley 24557 el valor incremental de un 4,36% de incapacidad otorgado.

Efectuó un pedido de explicaciones, que consta de 7 puntos, a los que el perito dio respuesta justificando las conclusiones arribadas y señalando lo que había sido informado al contestar los puntos de pericia de la parte actora. Tal presentación nuevamente resultó impugnada por la demandada con argumento en que las justificaciones brindadas carecen de objetividad.

Luego de analizar dicho derrotero, la magistrada de grado, con sustento en el informe pericial determinó la incapacidad conforme lo dictaminado por el galeno, en el entendimiento que no hay razones que justifiquen su apartamiento; y coincido con tal solución.

El peritaje médico es un medio de prueba altamente especializado al que, necesariamente, deben recurrir las partes para avalar sus pretensiones o destruir la esgrimidas en la causa (Falcón, "Tratado de Derecho Procesal Civil y Comercial de la Nación", t. II, p. 1.095; Pirolo, "Derecho Laboral", t IV, p. 514) pero, por otro, las conclusiones del experto no dejan de ser apreciaciones científicas en abstracto y compete al juez, en uso de las atribuciones que le confiere el art. 477 del CPCCCh y de acuerdo a las restantes prueba rendidas en el juicio, determinar la existencia o no de vinculación entre la patología detectada y las tareas desarrolladas, condiciones ambientales del trabajo y mecánica del siniestro denunciado (CNTrab., sala IV, 26/03/2013, "Barboza, Mariana c/ Citytech SA y otro s/accidente-acción civil"; sala IX, 30/09/2004, "Garcíac. Villalba", DT, 2005-A-380; íd. 30/09/2004, "Fernández c/ Elma SA", DT, 2005-A-96).

El perito médico será quien aporte al juez su saber y mediante un informe debidamente fundamentado, indicará si la enfermedad fue ocasionada por la labor desempeñada por el trabajador, si el accidente padecido ha dejado secuelas incapacitantes y en qué porcentaje se encuentra afectada la aptitud laborativa.

Cuantifican el daño padecido por el trabajador, para ello utilizan Baremos y colaboran a generar la convicción del Juez, acercando su conocimiento y saber.

Sin perjuicio de ello, queda en el órgano jurisdiccional efectuar la valoración de su informe al momento de dictar sentencia, tomando en cuenta las impugnaciones efectuadas oportunamente por las partes del litigio, como aconteció en autos.

No demostró ni demuestra la recurrente en esta instancia que existieran razones que justifiquen el apartamiento de lo informado por el perito.

Las consideraciones efectuadas en hd 214/215 no son aptas para justificar el apartamiento del informe pericial obrante en autos.

La insistencia en que la comisión médica otorgó un porcentaje inferior, no constituye argumento eficiente para no tener por válido el otorgado en autos, máxime cuando se brindaron las explicaciones peticionadas, aunque estas por ser contrarias a su postura no satisfagan a la recurrente.

En cuanto a la incidencia del factor tiempo entre el alta y la evaluación realizada al actor, el galeno señaló que en cuanto a la perimetría más allá de haberse realizado tiempo después, se revisó bien, ya que si se tiene un mínimo conocimiento de la antropometría, se sabrá que los vientres musculares y por ende la correcta evaluación del volumen muscular, se encuentran a distinta distancia de la rodilla según la altura de la persona, siempre en muslo medio.

Las apreciaciones que realiza a efectos de desvirtuar el rigor científico de lo informado carecen de entidad para apartarse de lo concluido por el experto designado.

No se verifica en autos el incumplimiento a la carga de la prueba de la parte actora, pues fue quien ofreció la pericia, los puntos de pericia y también consultor técnico, presente al momento de realizarse el examen del actor.

No se advierte que la sentenciante hubiera suplido ningún tipo de omisión en ese sentido.

Sabido es que la actividad probatoria es un imperativo del propio interés de cada parte y fue la hoy recurrente, la que al contestar demanda, atrincherada en la inmodificabilidad de lo dictaminado por la Comisión Médica Jurisdiccional, no ofreció elemento probatorio alguno a efectos de acreditar su defensa. (Ver hoja digital 45).

Con fundamento en lo expuesto, propongo rechazar el presente agravio.

En segundo lugar, cuestiona la accionada que la sentenciante desconociera la cosa juzgada administrativa, pues omite que la Comisión Médica N°19 fijó incapacidad del 12%, decisión consentida y abonada en legal forma por la ART.

Argumenta que la resolución tiene valor de cosa juzgada administrativa, salvo impugnación en término, lo que no ocurrió.

Alega que, en tanto el actor percibió la suma de $5.454.919 se configuró la opción excluyente del art. 4 Ley 26773.

Plantea que, más allá de que la vía judicial posterior resulta improcedente ante la percepción voluntaria del pago, el actor incurrió en una conducta procesal desleal al omitir señalar que se había presentado ante la Comisión Médica y desconocer el pago percibido en sede administrativa.

Dice que tal actitud importa malicia en los términos del art. 45 CPCCN, pues ocultó un hecho cierto, documentado y trascendental, con el claro propósito de obtener un doble cobro.

Agrega que el silencio y la negación frente a un pago acreditado constituyen abuso del proceso, que debe

ser expresamente sancionado y la omisión del fallo en este punto importa agravio, porque priva a su parte de una declaración judicial sobre la temeridad y malicia opuestas oportunamente, que se encuentran debidamente acreditas a través del devenir del proceso.

No varía la suerte de la recurrente en este punto.

La sentenciante de grado, declaró la inconstitucionalidad de los arts. 8 inc. 3; 21, 22 y 46 de la LRT de conformidad con la consolidada jurisprudencia en torno a la competencia de la justicia laboral y la falta de atribuciones del órgano administrativo para resolver cuestiones jurídicas que se suscitan entre particulares y por aplicación de derecho común.

El texto del art. 46 fue desactivado mediante diferentes fallos que siguieron los criterios señalados en los casos Castillo, Venialgo, Marchetti y Obregón de la CSJN. A través del primero de ellos se declaró la inconstitucionalidad del art. 46, inc. 1, de la LRT por cuanto al disponer la competencia federal para entender en los recursos deducidos contra las resoluciones de las comisiones médicas, invade jurisdicción provincial violando la zona de reserva y convirtiendo al juez federal en magistrado del fuero ordinario.

Asimismo y conforme lo dicho en la causa Venialgo, en la que el trabajador luego de obtener una resolución de la comisión médica desfavorable a su pretensión, planteó también la inconstitucionalidad de los arts. 21 y 22 habilitando la justicia ordinaria del trabajo, puede extraerse que la Corte entiende que exista o no resolución de la comisión médica, y cualquiera sea el ámbito territorial en el que se plantee el reclamo, la

competencia para conocer en el caso corresponde a los tribunales jurisdiccionales laborales.

Por último y en "Obregón" la Corte ratificó la posibilidad de accionar directamente ante la justicia ordinaria por prestaciones de la LRT, dejando sentado que la habilitación de la instancia judicial no puede quedar supeditada o condicionada al previo cumplimiento de una vía administrativa ante "organismos de orden federal como son las comisiones médicas previstas en los arts. 21 y 22 de la LRT".

Siendo ello así la pretendida cosa juzgada administrativa que enarbola la recurrente deviene improcedente.

Tampoco se verifica en autos situación que amerite la aplicación del art. 4 de la Ley 26773, pues el reclamo del actor se circunscribe a las prestaciones sistémicas en contra de la aseguradora.

Por último, la omisión de denunciar la incapacidad determinada y el pago efectuado en el caso y dada la mayor incapacidad determinada, sin dejar de advertir que es reprochable, queda neutralizada por la oportuna contestación y demostración que recoge la sentencia como pago a cuenta.

Con fundamento en tales consideraciones, propongo desestimar el segundo agravio.

Tampoco habrá de prosperar la tercera queja.

Sostiene la recurrente que se declararon inconstitucionales varios artículos de la LRT (arts. 21, 22, 46, etc.) sin fundamentos sólidos y prescindiendo de la doctrina de la Corte Suprema que ha convalidado el procedimiento administrativo previo como instancia obligatoria.

Agrega que la ART solo responde dentro de los límites legales de la cobertura, sin que procedan indemnizaciones de derecho común.

No precisa la recurrente cual es concretamente la declaración de inconstitucionalidad que le genera agravio.

Tampoco rebate los argumentos del fallo, sino que se limita a manifestar su descontento con lo decidido aduciendo ausencia de fundamentos sólidos, lo que no se verifica en autos.

Las inconstitucionalidades declaradas poseen justificación en profusa jurisprudencia de nuestro tribunal supremo nacional.

Finalmente, ninguna condena fue dispuesta con fundamento en el derecho común, se determinó la prestación dineraria debida al actor por la incapacidad laboral permanente que porta conforme la Ley de Riesgos de Trabajo.

Siendo ello así propongo desestimar el tercer agravio.

En cuarto término, denuncia error en la cuantificación de la indemnización.

Sostiene que la sentencia adopta un porcentaje de incapacidad muy superior al fijado por la Comisión Médica, sin sustento legal ni médico.

Agrega que el fallo prescinde además del pago ya efectuado por esta ART, omitiendo compensarlo debidamente, arribando a una condena irrazonable.

Sostiene que el art. 903 CCCN no es aplicable al caso y no rige cuando hay orden legal de imputación, como se da en este supuesto.

Explica que en el régimen de la Ley 27348 y la Res. SRT 669/19, los pagos se efectúan sobre capital actualizado al momento del pago; por tanto, se cancela íntegramente capital y no hay intereses pendientes.

Sostiene que la jueza de grado construyó una ficción en torno a que esta parte realizó el pago a cuenta de capital e intereses.

Asevera que la norma aplicable es el art. 900, por cuanto imputó el pago a la cancelación de capital de intereses de la deuda líquida, resultante de la determinación de incapacidad de comisión médica.

A continuación, sostiene que la sentencia dispone una capitalización encubierta porque dispone que el remanente continuará devengando los intereses mencionados, contrariando el art. 770 CCCN, que sólo admite anatocismo en supuestos taxativos.

Afirma que de esa manera, en lugar de beneficiarse al cumplir en término con la cancelación de la obligación líquida, es castigada con una carga financiera mayor, en abierta violación al principio de legalidad.

Dice que la imputación debe realizarse íntegramente a capital y los intereses solo pueden devengarse sobre saldos de capital realmente impagos.

A efectos de fundar su postura, expresa que el pago que la ART efectúa en sede de comisión médica, en cumplimiento de la Ley 24557, Ley 27348 y la Res. SRT 669/19, reviste carácter de pago cancelatorio de una deuda líquida y exigible. Se explaya en explicaciones al respecto, para reiterar que es incorrecto que el fallo impute el pago efectuado en sede administrativa primero a intereses y luego a capital (art. 903 CCCN),

para luego continuar la liquidación como si subsistiera un saldo de capital con intereses remanentes.

Argumenta que ese criterio es equivocado por cuanto el art. 903 CCCN rige cuando no se precisa la imputación del pago, y aquí la imputación está predeterminada por ley (Ley 27348 + Res. 669/19): el pago cubre capital actualizado; desconoce la normativa especial del sistema de Riesgos del Trabajo que establece un cálculo normativo único, obligatorio para las ART, que ya contempla actualización y elimina intereses hasta la fecha de pago; transforma indebidamente en pago a cuenta el pago que fue cancelatorio.

Asevera que las consecuencias jurídicas de esa errónea imputación implican: enriquecimiento sin causa del trabajador que recibe intereses por un período ya cubierto por la actualización normativa y además, capital remanente ficticio; castigo a la ART que pagó en término, en lugar de extinguir la deuda, queda con un supuesto saldo residual sobre el cual vuelven a devengarse intereses; violación del principio de legalidad, porque el juez sustituye el régimen legal de imputación por una interpretación supletoria del CCCN (art. 903) que no corresponde; desnaturalización del procedimiento administrativo, en tanto se convierte el pago en Comisión Médica en un pago a cuenta, contrariando la finalidad de celeridad y certeza de la LRT.

Funda lo expuesto en los arts. 724, 865, 903, 770, Ley 27.348 y Res. SRT 669/19.

Conforme lo resuelto precedentemente, el actor porta una incapacidad mayor a la que le fuera determina en la instancia administrativa, razón por la cual la

suma abonada oportunamente no reviste el carácter cancelatorio en los términos postulados por la recurrente.

No es cierto que la sentenciante prescindiera del pago efectuado toda vez que determina la forma en que el monto debe detraerse.

El art. 2 Ley 26773 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"; por ello y el criterio seguido por el Superior Tribunal provincial en "<PER_6>" corresponde fijar los intereses a partir de la ocurrencia del evento dañoso.

No obstante, toda vez que el fallo dispuso su cálculo a partir de los 30 días corridos desde la fecha de acaecimiento del siniestro ocurrido el 22/02/2023, sin que tal decisión fuera motivo de agravio por las partes, deberán aplicarse intereses en la forma dispuesta, pues, de modificarse lo decidido se configuraría una *reformatio in peius* en contra de la única apelante.

En función de las consideraciones efectuadas, propongo rechazar el agravio.

VI. *Costas y honorarios*:

En atención a como se resuelve corresponde imponer las costas de ésta instancia a la recurrente vencida. (art. 69 C.Pr.).

En cuanto a los honorarios profesionales por las labores desplegadas en esta instancia, de conformidad con las pautas establecidas por la ley arancelaria vigente en sus arts. 5, 9, 10 y 13 propongo establecer

los del Dr. <PER_7> en el 25% y a la Dra. <PER_8> en el 27%, en ambos casos de lo que les fuera regulado en la primera instancia y con más la adición del IVA si correspondiere.

A la segunda cuestión, la Dra. Zanatta dijo:

Fórmula postulatoria,

1. Rechazar el recurso interpuesto por la demandada en escrito ID 2051923.

2. Imponer las costas de esta instancia a la demandada.

3. Regular los honorarios en la forma propuesta.

A la primera cuestión, el Dr. Nahuelanca dijo:

I. La sentencia de primera instancia nro. 305/2025 se dicta en fecha 03 de septiembre de 2025, en cuyos puntos dispositivos 1 a 3 dispone la inconstitucionalidad de los arts. 6, 8 inc. 3, 21, 22 y 46 LRT. Asimismo, el rechazo del pedido de Inconstitucionalidad del art. 9 de la Ley 26773, Decretos 1278/00; 410/00, Laudo 156/96, Decretos P.E.N N°658/96 y 659/96, (III.1).

En el punto 2) la jueza de grado hizo lugar parcialmente a la demanda interpuesta por el Sr. <PER_1> y condenó a <PER_2> a abonar la suma de $6.499.084,78 previo descuento de la suma abonada de $ 5.454.419 la que será imputada primero a intereses y luego a capital con más intereses, conforme los considerándose III.2 y III.3. Seguidamente, impuso las costas a la parte demandada, en virtud del principio objetivo de la derrota contenido en el art. 69 del CPCCH; y reguló los honorarios profesionales a los letrados y peritos actuantes.

II. Apela <PER_2>, a través de apoderamiento letrado por escrito digital ID 2051923 y expresa sus agravios por escrito ID 2059113. Contesta la parte actora por escrito ID 2067711, mantiene reserva del caso federal.

III. El material recursivo interpuesto por la recurrente queda expuesto en la apertura del presente acuerdo por la Sra. Magistrada María Fernanda Zanatta como primer votante, con la propuesta de declaración de rechazo íntegro del recurso interpuesto por la aseguradora. Decisión de fondo tratada por mi par en el acápite V puntos 1 y 2 de su voto y que aprehende al restante material decisorio en el apartado VI.

IV. *Tratamiento.*

IV.a) Planteada la deserción del recurso por la parte actora, conformaré mi voto con el criterio de este cuerpo expuesto por la primer votante, en tanto en caso de duda y dada la naturaleza de los derechos de defensa puestos en juego, resulta atinente la apertura formal de la instancia, sin perjuicio de lo que en definitiva se resuelva luego de merituar el contenido de los agravios.

IV.b) *Fundamentos del recurso. Tratamiento*.

IV.b.1. En la primera queja, que involucra errónea valoración de la prueba pericial médica, al ser adoptada como basamento de la sentencia de grado, la recurrente reprocha la incapacidad del 16.38% fijada en la sentencia, y sostiene que existe una discordancia frente al 12% determinado en la Comisión Medica 19 cuyo resultado es un 4,38% que el experto no justifica con debidos fundamentos.

Sostiene la demandada apelante que el fallo de grado incurre en dos errores; uno, porque la condena se sustenta en el dictamen pericial producido en sede judicial, al cual la parte considera carente de eficacia probatoria; y dos, porque entiende que el sentenciante suplió la actividad probatoria de la parte actora.

Surge de la lectura de los antecedentes y de las constancias probatorias que el magistrado de origen adopto como fundamento de la incapacidad del 16.38% fijada al dictamen del experto médico, quien expuso sus fundamentos en la oportunidad del dictamen y luego, tras la impugnación de la demandada. El análisis sobre esta dinámica es abordado por el sentenciante quien no encuentra otras razones suficientes para el apartamiento de la opinión pericial.

Es importante recordar que "el apartamiento del dictamen pericial sólo se admite cuando se expresan razones de entidad suficiente que justifiquen esa decisión, ya que el conocimiento que tiene el perito es ajeno al hombre del derecho y por ello, el magistrado tiene que fundar su discrepancia en elementos de juicio objetivos, que permitan desvirtuar la opinión del experto. El juez debe demostrar que el dictamen se halla reñido a principios lógicos o máximas de experiencia o que existen en el proceso elementos probatorios de mayor eficacia para provocar la convicción acerca de la verdad de los hechos controvertidos" y "que el dictamen referido a cuestiones técnicas no puedan enervarse por medio de otra prueba que no ofrezca las mismas garantías de idoneidad e imparcialidad que otorga la opinión de los peritos" (Cámara Civil de Trenque Lauquen, autos

"Sierra, Nicanor, c/ Gardes, Daniel Emilio y Otro s/ Daños y Perjuicios", RSD 18-98 S 15-8-1989).

La queja de la recurrente sólo aporta razón de su disconformidad con la sentencia de grado y su basamento en el dictamen pericial pero no aporta nuevos y relevantes argumentos para desvirtuarlo que convenzan al tribunal sobre el error en el incremento del 4,38% y la prevalencia legitima decidida por el sentenciante del dictamen de sede judicial por sobre el dictamen de la Comisión Médica. Asimismo, se expide el experto sobre la compensación del tiempo en el examen de perimétria con criterios clínicos. Siendo idóneo el profesional y la opinión dada, así como las respuestas a los pedidos de explicación. El debate sobre los análisis científicos debe ser ofrecido con idéntico rigor científico y en la causa no se produjo otra prueba confrontativo de ese *estatus*. No advierto vicios que descalifiquen la prueba y encuentro procedente y conforme a derecho, la adopción de la misma por el juez de grado: "El sentenciante se encuentra facultado para el apartamiento de las conclusiones pericial con la debida justificación"; así "si el juez considera que los hechos afirmados en las conclusiones son absurdos o imposibles, está autorizado a rechazarlo, si luego de una crítica rigurosa, razonada y de conjunto, las conclusiones del dictamen son dudosas o inciertas o no concordantes con las que arrojan otras pruebas de igual o superior valor, no se puede tener plena eficacia probatoria y no debe tener en cuenta el dictamen del perito. Por el contrario, si el juzgador considera que, los fundamentos y las conclusiones del dictamen reúnen todos los requisitos de lógica, de técnica, de ciencia, de equidad, de validez, de

eficacia, que para el caso pueden exigirse y no existen otras pruebas mejores o iguales en contra, no puede rechazarlas sin incurrir en arbitrariedad”(https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37709 .pdf.Pag.135).

Resta decir que la actividad probatoria del actor se encuentra producida y no es el magistrado quien incita a la pericia ni a los restantes elementos de prueba. Por lo expuesto manifiesto mi adhesión al temperamento expuesto en el voto precedente, se rechaza el agravio.

IV.b.2) En respuesta al segundo agravio, por el cual la recurrente opone la cosa juzgada administrativa y la resolución en dicha sede, la materia ha sido objeto de variadas resoluciones donde el dictado de solución definitiva por ante el órgano administrativo, aun cuando se sigue la vía prevista en la Ley de Riesgos del Trabajo no veda de modo alguno ni el control judicial posterior ni la jurisdicción natural local en el caso.

Asimismo, de la lectura de la sentencia recurrida surge la declaración de inconstitucionalidad de los arts. 3, 21, 22 y 46 de la LRT, conforme aquellos postulados de derecho. Adhiero a los fundamentos dados por la magistrada, María Fernanda Zanatta que me precede en voto en cuanto a los fallos que invoca dado que constituyen la doctrina judicial vigente en la materia.

Efectivamente, las decisiones definitivas de los órganos administrativos no pueden sustraerse de un control judicial suficiente en tanto éste es el campo de debate amplio y de ejercicio de derechos fundamentales como la defensa (art.18 CN). La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha admitido en forma

reiterada la validez constitucional de instancias administrativas previas a la intervención del Poder Judicial cuando éste tiene facultad revisora plena […] (fallos: 244:258, 247:646). Asimismo, las decisiones de casos de jurisdicción local pertenecen a los jueces provinciales.

Sentado el criterio adoptado por éste Tribunal, en el caso advierto que la Comisión Médica, de todas maneras, determinó la incapacidad del 12% y el reproche corresponde al 4,38% restante del 16,38% fijado en sede judicial. La recurrente sostiene que el pago tras la resolución administrativa de $5.454.919 no informado por el actor, se corresponde al primer porcentaje. Conforme a los criterios jurídicos expuestos, en nada interfiere la actuación de uno y otro órgano y tampoco se adopta como cancelatorio puesto que el pago efectuado se toma a cuenta y resta la diferencia apuntada, según lo dispone el sentenciante. La ausencia de denuncia no ocultó en definitiva la suma dada que se dispone, a la postre del caso, en favor de la demandada.

Asimismo, se rechaza a la queja sobre la exclusión que prevé la ley 26773 art.4, puesto que el reclamo por diferencias, sin pretender ejercicio de otra opción, transita los carriles del régimen sistémico de la Ley de Riesgos del Trabajo.

En consecuencia, adhiero al criterio de la Dra. María Fernanda Zanatta sobre el rechazo del segundo agravio de la aseguradora demandada.

IV.b.3. Es extensible al tercer agravio la respuesta dada en el punto precedente, puesto que, ante la ausencia de mayores argumentos por la recurrente, reitero que la jurisprudencia que sustenta la

inconstitucionalidad de las normas de los arts. 21; 22; 46 y ss. de la Ley de Riesgos del Trabajo constituye amplia construcción jurisprudencial vigente; y a mi criterio, también acorde a los postulados constitucionales y a las leyes adjetivas y sustantivas. Por otra parte, la responsabilidad de la aseguradora en todo momento se mantuvo en el marco de la ley nro. 24557. Se rechaza el agravio en concordancia con el primer voto de la presente.

IV.b.4. El cuarto agravio de la aseguradora demandada comprende, en el primer tramo, planteo similar al expuesto en la primera queja, la amplitud del porcentaje de incapacidad en sede judicial –a su juicio- sin fundamento legal ni médico.

Vale aquí lo expuesto con mayor amplitud en la respuesta IV.b.1, sobre la validez de la pericia médica y la actuación legítima del sentenciante en la adopción del criterio del experto medico como sustento de la decisión. Se rechaza la queja.

Seguidamente, la apelante nuevamente expone su perjuicio por el pago efectuado en sede administrativa y su interpretación de que en la sentencia de grado no se efectúa una correcta imputación.

Sustentando su postura de que existe errónea interpretación en la cuantificación de la indemnización, advierto que explica sobre la incorrecta imputación del pago. Al respecto, cabe reiterar que lo abonado en la instancia prejudicial no cancela el pago por la incapacidad determinada sino a cuenta de la diferencia finalmente establecida. Ello, con la aplicación de los intereses según el criterio de nuestro Superior Tribunal de Justicia expuesto por la Dra. María Fernanda Zanatta

en su primer voto; asimismo, por ausencia de apelación, con los intereses conforme se determinan en la sentencia de primera instancia desde la fecha de la ocurrencia del siniestro. Adhiero al voto precedente.

V. *Costas y honorarios*.

En función del modo de resolver, las costas de esta instancia se imponen a la aseguradora recurrente vencida (art.69 del CPCCCh).

Coincido con la declaración que propone la Dra. María Fernanda Zanatta, respecto de los honorarios, correspondiendo regular a los letrados actuantes por la parte demandada, Dr. <PER_7>, en el 25%; y a la Dra. <PER_8>, actuante por la parte actora, el 27% con más IVA en ambos casos de corresponder, ello conforme los lineamientos y pautas de la ley XIII nro. 4 y 15 arancelaria, arts. 5, 6, 9, 10, 13 y ccdtes.

A la segunda cuestión, el Dr. Nahuelanca dijo:

En adhesión a las razones dadas por la Dra. María Fernanda Zanatta (conf. Ley V-203), Voto:

1) Conforme con la formula postulatoria del presente acuerdo.

2) Costas a la parte demandada recurrente, regulándose los honorarios de los profesionales intervinientes conforme al Acuerdo.

3) Tener presente la reserva del caso federal mantenida por <PER_2>.

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

SENTENCIA:

1) Rechazar el recurso interpuesto por la parte demandada en escrito ID 2051923 y confirmar la sentencia definitiva de grado nro. 305/2025.

2) Imponer las costas de ésta instancia a la demandada perdidosa.

3) Regular los honorarios del Dr. <PER_7> en el veinticinco por ciento (25%) y a la Dra. <PER_8> en el veintisiete por ciento (27%), en ambos casos de lo que les fuera regulado en la primera instancia y con más la adición del IVA si correspondiere.

4) Tener presente la reiteración de reserva del caso federal formulada por la parte actora.

5) Regístrese, notifíquese y devuélvase.

REGISTRADA BAJO EL nro 100 DEL AÑO 2026
DEL LIBRO DE SENTENCIAS DEFINITIVAS "L "