Expediente: **201/21**
Carátula: **ROLDAN MARIA CARLOTA C/ EXPERTA A.R.T. S.A. S/ ENFERMEDAD PROFESIONAL**

Unidad Judicial: **OFICINA DE GESTIÓN ASOCIADA DEL TRABAJO N°3**
Tipo Actuación: **FONDO**
Fecha Depósito: **02/10/2025 - 00:00**
Notificación depositada en el/los domicilio/s digital/es:
90000000000 - EXPERTA ART SA, -DEMANDADO
20266382708 - ROLDAN, MARIA CARLOTA-ACTOR
90000000000 - CUNIO, ADRIAN-PERITO MEDICO OFICIAL
33539645159 - CAJA DE PREVISION Y S.S. ABOGADOS Y PROC. -
20181878356 - CAMPERO, JUAN ALBERTO-POR DERECHO PROPIO
20217459770 - TEJERIZO, RAUL EUGENIO-POR DERECHO PROPIO

PODER JUDICIAL DE TUCUMÁN

CENTRO JUDICIAL CAPITAL

Oficina de Gestión Asociada del Trabajo N°3

ACTUACIONES N°: 201/21

H105035880460

JUICIO: ROLDAN MARIA CARLOTA c/ EXPERTA A.R.T. S.A. s/ ENFERMEDAD PROFESIONAL - EXPTE. N°: 201/21. Juzgado del Trabajo IX nom

San Miguel de Tucumán, septiembre del 2025.

VISTO: viene a conocimiento para el dictado de sentencia definitiva el expediente digital, cuyo reglamento fue aprobado por Acordadas n° 1357/21 del 14/10/2021 y 1562/22 del 28/10/2022 de la CSJT, caratulado "ROLDAN MARIA CARLOTA c/ EXPERTA A.R.T. S.A. s/ ENFERMEDAD PROFESIONAL - Expte. n° 201/21" que tramita ante este Juzgado del Trabajo de la 9° Nominación,

RESULTA

Por presentación de fecha 09/03/2021 se apersonó el letrado Guillermo Gustavo Ponce, en representación de la Sra. María Carlota Roldán, DNI N° 20.311.787, con domicilio en el barrio 60 Viviendas, Manzana C, Casa 10, de la localidad de El Manantial, Departamento Lules, Provincia de Tucumán, e interpuso demanda contra la firma Experta Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., CUIT N° 30-70994689-2, en su carácter de aseguradora de riesgos del trabajo, reclamando el pago de la suma de pesos novecientos setenta y nueve mil quinientos cuarenta y dos con veintiséis centavos ($979.542,26), o lo que en más o en menos resulte de las probanzas de autos, en concepto de indemnización por enfermedad profesional, con más intereses, costas y costos.

La demanda refirió que desde el día 5 de marzo de 2009 la actora presta servicios para la Sra. Irma Abraham, en tareas de lavandería y limpieza de habitaciones en un hotel alojamiento ubicado sobre la ruta provincial N° 301, kilómetro 1541, de la localidad de El Manantial. Indicó que tales labores se desarrollan en turnos rotativos, e implican un esfuerzo físico sostenido, con exposición continua a movimientos repetitivos, levantamiento de peso, posturas forzadas y marcha prolongada, todo lo cual generó un desgaste progresivo en la columna vertebral. Sostuvo que, como consecuencia directa de dicha actividad, la trabajadora comenzó a presentar sintomatología dolorosa en región lumbar en el año 2016, diagnosticandose posteriormente espondiloartrosis lumbar, patología que atribuyó a sus condiciones de trabajo habituales.

Manifestó que la enfermedad fue oportunamente denunciada ante la ART demandada, quien rechazó su carácter profesional. Explicó que, pese a haber recibido prestaciones de kinesiología en

el marco de otro siniestro aceptado, la aseguradora no reconoció secuela incapacitante alguna, y negó cobertura en relación con las lesiones lumbares diagnosticadas. Fundó su reclamo en la normativa vigente, invocando la aplicación de la Ley 24.557 y la Ley 26.773, y calculó la indemnización pretendida sobre la base de un ingreso base mensual de $28.868,16 y un porcentaje de incapacidad del 39,5%, conforme lo estimado por pericia médica de parte. Requirió además la declaración de inconstitucionalidad de diversos artículos de la Ley de Riesgos del Trabajo y sus normas reglamentarias, por considerar que vulneran derechos fundamentales del trabajador a la reparación integral y al acceso a la justicia. Finalmente, solicitó que, oportunamente, se haga lugar a su reclamo y se condene a la accionada al pago.

Traslado mediante, por presentación de fecha 27/09/2021 se apersonó el letrado Raúl Eugenio Martín Tejerizo, en representación de la firma Experta Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., y contestó la demanda interpuesta en su contra, solicitando su rechazo integral, con imposición de costas a la parte actora. En primer término, negó en forma general y particular todos los hechos invocados en la demanda, salvo aquellos expresamente reconocidos, y objetó tanto la existencia de nexo causal entre las tareas desarrolladas por la actora y la patología denunciada, como la caracterización de dicha afección como enfermedad profesional. Alegó que la patología referida -espondiloartrosis y discopatías múltiples- posee carácter degenerativo, no se encuentra incluida en el listado previsto por el Decreto 658/96, y no guarda relación con el trabajo habitual, por lo que fue correctamente rechazada por la aseguradora.

Asimismo, sostuvo que la incapacidad alegada por la parte actora carece de sustento médico legal válido, toda vez que no fue determinada en sede administrativa ni respaldada por prueba objetiva al momento de la contestación. Señaló que los siniestros denunciados por la actora fueron formalmente rechazados por falta de exposición a agentes de riesgo laborales, y que dicha decisión fue posteriormente confirmada por la Comisión Médica Jurisdiccional. Reconoció la existencia de un tercer siniestro en el que se otorgaron prestaciones médicas por parte de la ART, pero aclaró que ello no implica el reconocimiento de secuela indemnizable alguna. Rechazó también los cálculos indemnizatorios presentados por la actora, impugnando el porcentaje de incapacidad y el ingreso base mensual utilizado.

Finalmente, se opuso al planteo de inconstitucionalidad promovido en la demanda, defendiendo la validez del procedimiento previsto en la Ley 24.557 y sus modificatorias, y planteó la prescripción de la acción por haber transcurrido el plazo legal desde la primera manifestación invalidante. Realizó reserva del caso federal, impugnó los rubros reclamados, requirió que oportunamente se rechace la demanda y solicitó se limite el alcance de las costas conforme a lo dispuesto en el régimen arancelario vigente.

Por decreto del 2/10/21 se abrió la causa a prueba al solo efecto de su ofrecimiento.

En fecha 27/05/22 el perito Adrían Cuneo presentó la pericia que le fue encomendada.

Conforme consta en el acta de audiencia de fecha 17/10/22 no fue posible para las partes arribar a un acuerdo conciliatorio, razón por la cual se difirió el inicio del plazo probatorio para el 10/11/22.

En fecha 16/06/24 Secretaría Actuaria informó que la parte actora ofreció ocho cuadernos probatorios: A1) documental, producida, A2) pericial médica, producida; A3) testimonial, producida; A4) informativa, parcialmente producida, A5) informativa, parcialmente producida; A)6 informativa, parcialmente producida, A7) exhibición de documentación, producida; A8) testimonial-reconocimiento: producida. Así mismo, informó que la parte demandada ofreció cuatro cuadernos de prueba: D1) instrumental, producida; D2) informativa,, no producida; D3) pericial contable, no producida, D4) pericial médica, no producida.

En fecha 19/11/24 alegó la parte actora, y por presentación de fecha 16/12/24 emitió dictamen el Ministerio Público Fiscal..

Por decreto de fecha 02/07/25 pasaron los autos a despacho para el dictado de sentencia definitiva, providencia que notificada a las partes dejó la causa en estado de ser resuelta, y

CONSIDERANDO

1. Preliminarmente, corresponde determinar cuáles son los hechos y documentación que se encuentran reconocidos expresa o tácitamente por las partes y, por ende, que están exentos de prueba.

A) Así, conforme surge de los términos de la demanda y su contestación, constituyen hechos admitidos y, por ende, exentos de prueba: la existencia de la relación laboral entre la Sra. María Carlota Roldán y su empleadora Irma Abraham, desde el día 5 de marzo de 2009, en el establecimiento ubicado en ruta provincial N° 301, kilómetro 1541, localidad de El Manantial, Departamento Lules, Provincia de Tucumán; el desempeño de tareas vinculadas al lavado de ropa, limpieza y acondicionamiento de habitaciones en dicho establecimiento; la afiliación de la empleadora al sistema de riesgos del trabajo mediante póliza contratada con Experta Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A.; la apertura de al menos tres siniestros ante dicha aseguradora, dos de los cuales (identificados como N° 1765950 y 1765951) fueron formalmente rechazados por considerarse enfermedades inculpables, y uno (N° 1774692) aceptado con otorgamiento de prestaciones médicas consistentes en sesiones de kinesiología y alta médica emitida en mayo de 2017; la realización de estudios médicos (entre ellos resonancias magnéticas y radiografías de columna) durante el período denunciado como de evolución de la patología; y la atención médica recibida por la actora tanto por intermedio de la ART como en forma particular, vinculada a dolencias en la columna vertebral.

B) En cuanto a la documentación agregada por la parte actora, la demandada impugnó medios que no le fueron atribuidos, sino que corresponden a terceros. Ahora bien, en el caso de los instrumentos atribuidos a terceros (recibos de sueldo, dictamen de Comisión Médica del 13/06/19, certificados médicos y diagnósticos, estudios médicos y expedientes de SRT), no corresponde tener por impugnada su autenticidad, ya que la demandada no tenía la carga de reconocerlos o negarlos, sino que era el actor quien debía proceder, como mandan los arts. 336, 337 y 356 CPCyC. Consecuentemente, considero carentes de valor las impugnaciones realizadas por la parte demandada.

Por otro lado, la parte actora nada dijo respecto de la documentación acompañada por la parte demandada, razón por la cual la considero tácticamente reconocida.

2. Ahora bien, corresponde determinar como puntos contradictorios a tratar aquellos hechos que requieren un previo análisis de la plataforma fáctica a efectos de llegar a dilucidar la verdad objetiva del caso.

En tal sentido, las cuestiones controvertidas y de justificación necesaria a dilucidar, conforme el actual art. 214, inc. 5, del Código Procesal Civil y Comercial, Ley 9531, vigente desde el 01/11/2022, (en adelante CPCC), de aplicación supletoria al fuero laboral, son: **1)** Excepción de prescripción opuesta por la parte demandada, **2)** Validez constitucional de los artículos impugnados por la parte actora pertenecientes a la Ley 24.557, la Ley 26.773, sus decretos reglamentarios y el listado cerrado de enfermedades profesionales, a los fines de su aplicación al caso concreto. **3)** Determinación de la laboralidad de la patología denunciada por la actora y su eventual encuadre como enfermedad profesional conforme a la Ley 24.557 y normas complementarias. **4)** Determinación del porcentaje de incapacidad laborativa permanente y definitiva derivada de dicha patología, y liquidación de la indemnización correspondiente conforme al régimen vigente, **5)** Cálculo de los intereses correspondientes y planilla de capital de condena, **6)** costas y honorarios.

A efectos de resolver cada cuestión, se pone en conocimiento que inicialmente se realizará un análisis previo respecto a las posturas invocadas por cada parte, posteriormente se precisará el encuadre jurídico del instituto a tratar y por último se examinarán las pruebas conducentes y atendibles que determinan la valoración (conforme arts. 126,127,136 y 214, inc. 4 del CPCC, Ley 9531,supletorio).

PRIMERA CUESTIÓN: Excepción de prescripción opuesta por la parte demandada

Controvierten los litigantes, en esta primera cuestión, si la acción promovida por la parte actora se encuentra alcanzada por el instituto de la prescripción bianual previsto en el artículo 44 de la Ley 24.557. La demandada sostiene que ha transcurrido el plazo legal desde la fecha de la primera manifestación invalidante, mientras que la actora considera que el curso del plazo fue suspendido o interrumpido por diversas gestiones administrativas y que, en todo caso, el cómputo debe iniciarse desde el dictamen emitido por la Comisión Médica en el año 2020, momento en el cual tomó conocimiento definitivo del rechazo de su reclamo y de la necesidad de recurrir a la vía judicial. A efectos de resolver este punto de la controversia tengo en cuenta lo siguiente:

1.- La parte demandada opuso la excepción de prescripción con fundamento en lo dispuesto por el artículo 44 de la Ley 24.557, sosteniendo que, habiendo transcurrido más de dos años desde la

fecha de la primera manifestación invalidante denunciada por la actora, la acción interpuesta el 9 de abril de 2021 se encuentra prescripta. Argumentó que el reclamo debía haber sido promovido dentro del plazo bienal previsto en dicha norma, el cual considera plenamente aplicable al caso.

Al respecto, el artículo 44 de la Ley de Riesgos del Trabajo dispone que las acciones emergentes de accidentes o enfermedades laborales prescriben a los dos años, contados desde la fecha en que ocurrió el hecho generador o desde que cesó la obligación de la aseguradora de otorgar prestaciones. A su vez, la jurisprudencia nacional ha sostenido que este plazo encuentra también sustento en el artículo 258 de la Ley de Contrato de Trabajo, como norma específica que regula los conflictos nacidos del contrato laboral, ratificando su carácter de orden público.

Sin embargo, este plazo legal no opera de manera automática ni puede aplicarse mecánicamente desde la aparición de los primeros síntomas. Su aplicación está sujeta a interpretación en función de los principios que rigen el derecho del trabajo, en especial el de tutela del trabajador. La jurisprudencia ha entendido de manera uniforme que el término comienza a correr desde que el damnificado adquiere cabal conocimiento del daño y de la magnitud de la secuela, lo que suele ocurrir al momento de recibir un dictamen médico que determine su situación de manera cierta y definitiva.(Cámara del Trabajo - Sala 1, sentencia n° 99 de fecha 17/04/2018)

2.- Ahora bien, el cómputo del plazo bienal previsto por la normativa no puede iniciarse de forma automática desde la fecha de la primera manifestación invalidante o la aparición de síntomas. En este punto, la jurisprudencia nacional y provincial ha sido constante en sostener que el momento inicial del plazo de prescripción no coincide necesariamente con el primer episodio clínico ni con la primera consulta médica, sino que debe situarse en el momento en que el trabajador adquiere cabal conocimiento de la entidad del daño sufrido y certeza sobre el carácter definitivo de su incapacidad.

Tal criterio encuentra respaldo en el precedente dictado por la *Corte Suprema de Justicia de la Nación*, en autos “Silva, Facundo Ernesto c/ Unilever de Argentina S.A. y otro s/ accidente - ley especial”, sentencia del 11/03/2014, donde se sostuvo que “el término de la prescripción comienza a correr a partir del momento en que el trabajador tiene certeza del carácter definitivo del menoscabo sufrido y puede evaluar la insuficiencia de la reparación brindada por la vía sistémica”. Esta doctrina fue reiterada en fallos posteriores, como “Torrillo, Atilio Amadeo c/ Gulf Oil Argentina S.A. y otro s/ accidente - ley especial”, sentencia del 31/03/2009, donde el Alto Tribunal afirmó que “no puede exigirse el inicio de una acción sin conocimiento cabal del perjuicio sufrido”.

A nivel local, la Cámara del Trabajo de Tucumán - Sala 5, en la causa “Díaz Orlando José c/ Nuevo Central Argentino S.A. y otro s/ Ordinario (Residual)”, sentencia N° 140, de fecha 03/11/2021, sostuvo que el plazo de prescripción en materia de riesgos del trabajo debe computarse a partir del dictamen de la Comisión Médica que otorga carácter definitivo a la incapacidad, en tanto es en ese momento cuando el trabajador adquiere cabal conocimiento sobre la cuantificación del daño sufrido y, por ende, se encuentra en condiciones de evaluar si la reparación otorgada es integral o si corresponde accionar judicialmente en procura de una indemnización mayor. Esta interpretación armoniza con los principios protectores del derecho laboral, al evitar que el curso del plazo se inicie en un estadio en que el trabajador aún no cuenta con elementos objetivos para ejercer plenamente su derecho de acción.

En consecuencia, el hecho de que la actora haya experimentado síntomas físicos o efectuado denuncias previas a la ART no resulta suficiente, por sí solo, para fijar desde allí el inicio del término legal. Es necesario verificar si, en ese momento, contaba efectivamente con un pronunciamiento médico que determinara su incapacidad en forma definitiva.

3.- De este razonamiento se sigue que en los supuestos en que el trabajador inicia el reclamo administrativo ante la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, la jurisprudencia nacional y provincial ha establecido que el plazo de prescripción no comienza con la manifestación inicial del síntoma ni con la primera atención médica, sino con la emisión del dictamen por parte de la Comisión Médica interviniente, o con su notificación si media una instancia recursiva. Este criterio parte del entendimiento de que solo a partir de esa resolución el trabajador cuenta con un pronunciamiento técnico que define la existencia o no de una secuela incapacitante, su magnitud y, eventualmente, su carácter profesional, circunstancias todas necesarias para ejercer fundadamente su derecho de acción.

Así mismo, este fue el temperamento adoptado por la Cámara del Trabajo de Tucumán - Sala 5, en la causa “Díaz Orlando José c/ Nuevo Central Argentino S.A. y otro s/ Ordinario (Residual)”,

sentencia N° 140 de fecha 03/11/2021, al señalar que el término de la prescripción comienza a correr desde el dictamen de la Comisión Médica que otorga carácter definitivo a la incapacidad, en tanto es allí cuando el trabajador adquiere cabal conocimiento sobre la cuantificación de los daños sufridos y la posibilidad real de ejercer la acción judicial. En igual sentido, la Corte Suprema de Justicia - Sala Laboral y Contencioso Administrativo, en la sentencia N° 1043 de fecha 02/10/2015, estableció como interpretación que es inválida toda resolución que declare prescripta la acción sin analizar el momento en que la actora conoció la magnitud del daño padecido, precisando que el cómputo no comienza con el siniestro sino desde que la víctima cuenta con información suficiente sobre su salud y la incapacidad resultante para poder accionar en sede judicial.

En el presente caso, se encuentra acreditado en autos que la Comisión Médica N° 001 emitió dictamen en fecha 3 de junio de 2020, en el marco del expediente administrativo N° 405951/19. Dicha fecha surge de la compulsa de prueba documental aportada por las partes y del contenido del informe pericial médico que evaluó la historia clínica de la actora. Aun cuando dicho dictamen rechazó la relación causal entre la patología y las tareas desarrolladas, su importancia no radica en el resultado del análisis administrativo, sino en que marca el cierre del trámite administrativo obligatorio, y consolida para la trabajadora el conocimiento sobre la negativa definitiva de cobertura por parte de la ART.

Por lo tanto, es desde la emisión de ese dictamen, y no desde las actuaciones anteriores, que debe contarse el plazo bienal previsto para accionar judicialmente. Admitir lo contrario implicaría imponer al trabajador la carga de demandar sin contar con los elementos técnicos necesarios para sustentar su pretensión, o bien asumir que debía iniciar acciones mientras aún se encontraba tramitando ante un organismo que, por imperativo legal, es la vía previa obligatoria. Este criterio se impone aún en los casos en que la Comisión dictamina en sentido desfavorable al trabajador, pues el acto administrativo sigue teniendo aptitud para delimitar temporalmente la exigibilidad del derecho.

4.- Verificado que el dictamen de la Comisión Médica N° 001 fue emitido el 3 de junio de 2020, y que la demanda fue interpuesta en sede judicial el 9 de abril de 2021, surge claramente que no ha transcurrido el plazo de dos años previsto por la normativa aplicable. Incluso si no se tuviera en cuenta ninguno de los actos previos, el simple cómputo lineal desde el dictamen hasta la demanda arroja apenas diez meses y seis días, por lo que la acción fue promovida dentro del plazo legal.

Con todo, es oportuno señalar que, incluso en el supuesto de admitir una fecha de inicio anterior -por ejemplo, la primera manifestación invalidante alegada por la ART-, en el expediente constan actuaciones posteriores que interrumpen el curso del plazo de prescripción. Estas actuaciones, acreditadas mediante la prueba documental y pericial rendida, reflejan una actitud activa y sostenida de la parte actora en procura del reconocimiento de su derecho, lo que descarta cualquier pasividad que pudiera interpretarse como abandono o negligencia en la prosecución del reclamo.

Entre dichas actuaciones, corresponde destacar: a) la nueva denuncia presentada en febrero de 2017 a la ART, referida al agravamiento del cuadro clínico lumbar; b) la tramitación y cobertura del siniestro N° 1774692, en el cual la aseguradora otorgó prestaciones de kinesiología durante el primer semestre de ese año, con alta médica emitida el 24 de abril de 2017; y c) el trámite administrativo sustanciado ante la Superintendencia de Riesgos del Trabajo entre los años 2019 y 2020, culminado con el dictamen del 03/06/2020.

Cada uno de estos actos representa una manifestación concreta de la voluntad de la trabajadora de obtener el reconocimiento de su enfermedad como profesional, y de procurar su atención y reparación conforme al sistema legal. Desde la perspectiva jurídica, estos actos configuran interrupciones válidas del plazo de prescripción, en los términos del artículo 3986 del Código Civil (texto vigente al momento de los hechos) y del artículo 2561 del Código Civil y Comercial de la Nación, que reconoce como causal de interrupción todo reclamo formal y fehaciente dirigido al reconocimiento del derecho.

En consecuencia, aun admitiendo por hipótesis un cómputo del plazo desde un momento anterior al dictamen médico, las actuaciones intermedias reseñadas operan como hechos interruptivos autónomos, que reinician el curso del plazo y consolidan la vigencia del derecho de acción ejercido en autos.

5.- A la luz de lo expuesto en los puntos precedentes, corresponde concluir que la excepción de prescripción opuesta por la demandada no puede prosperar. El análisis del plazo legal aplicable, la determinación del punto de inicio del cómputo, la verificación de actos interruptivos relevantes, y la

fecha efectiva de interposición de la demanda, permiten afirmar que la acción fue ejercida dentro del término bienal previsto por el artículo 44 de la Ley 24.557, en armonía con el artículo 258 de la LCT y la interpretación sostenida por la jurisprudencia local referida.

La emisión del dictamen por parte de la Comisión Médica N° 001 en fecha 3 de junio de 2020 constituyó el momento en que la trabajadora obtuvo conocimiento cierto de la negativa definitiva de cobertura por parte de la ART, habilitando el acceso a la vía judicial. A su vez, los actos previos y posteriores desplegados por la actora en sede administrativa, tanto ante la aseguradora como ante la SRT, constituyen manifestaciones claras de su voluntad de reclamar sus derechos y operan como interrupciones válidas del curso prescriptivo.

Consecuentemente, corresponde rechazar la defensa de prescripción articulada, y declarar la acción como válidamente interpuesta dentro del plazo legal. Así lo declaro.

SEGUNDA CUESTIÓN: Validez constitucional de los artículos impugnados por la parte actora pertenecientes a la Ley 24.557, la Ley 26.773, sus decretos reglamentarios y el listado cerrado de enfermedades profesionales, a los fines de su aplicación al caso concreto.

Controvierten los litigantes sobre la validez constitucional de diversas disposiciones de la Ley de Riesgos del Trabajo y su normativa complementaria. La parte actora cuestiona la constitucionalidad de los artículos 8 inc. 3°, 21, 22 y 46 de la Ley 24.557, así como del artículo 4° de la Ley 26.773, el artículo 6° segundo párrafo de la Ley 24.557, el artículo 9° de la Ley 26.773 y los Decretos N° 658/96 y 659/96. Fundamenta su impugnación en la alegada afectación al derecho de acceso a la justicia, la igualdad ante la ley, el principio de reparación integral y la tutela judicial efectiva, en tanto considera que el sistema impone un régimen cerrado, restrictivo y de difícil acceso para los trabajadores que padecen enfermedades no incluidas en el listado oficial.

Por su parte, la ART demandada sostiene la plena vigencia y razonabilidad del sistema establecido por las leyes citadas, argumentando que ha sido convalidado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en diversos precedentes. Aduce que la instancia previa ante las Comisiones Médicas es obligatoria y no constituye un obstáculo irrazonable para el ejercicio del derecho de defensa, y que el listado de enfermedades profesionales responde a criterios técnicos actualizados periódicamente por la autoridad administrativa, no resultando discriminatorio ni arbitrario. A efectos de resolver este punto de la controversia tengo en cuenta lo siguiente:

1.- En primer término corresponde recordar que el control de constitucionalidad de las normas legales constituye una herramienta excepcional dentro del proceso judicial, que solo puede ser ejercida cuando se configura un caso concreto, real y actual, en el cual una disposición legal impugnada afecte de manera directa y efectiva los derechos fundamentales del litigante. Tal doctrina ha sido reiteradamente sostenida por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que ha advertido que los jueces no deben pronunciarse en abstracto ni efectuar declaraciones generales sobre la validez de una norma, sino únicamente en la medida en que su aplicación resulte lesiva en el caso específico.

Así lo estableció el Máximo Tribunal en precedentes como “Banco Comercial de Finanzas S.A. c/ Provincia de Buenos Aires”, donde afirmó que “la declaración de inconstitucionalidad de una norma legal es un acto de suma gravedad institucional que debe ser considerado como última ratio del orden jurídico, sólo procedente ante una clara contradicción entre la norma impugnada y la Constitución Nacional” (CSJN, sentencia del 21/06/1988). Del mismo modo, en la causa “Milone, Juan Antonio c/ Asociart S.A.” (sentencia del 12/06/2007), la Corte reiteró que el control judicial solo puede activarse si la norma cuestionada produce un perjuicio concreto, actual y demostrado, y no por meras discrepancias doctrinarias o hipotéticas.

Este criterio ha sido replicado por los tribunales locales. La *Cámara del Trabajo de Tucumán - Sala 6* , en el fallo “Frías Ramón c/ Provincia ART” (sentencia N° 22, de fecha 10/05/2021), señaló que “la declaración de inconstitucionalidad requiere la existencia de un agravio directo, derivado de la aplicación efectiva de la norma al caso, y que resulte incompatible con las garantías constitucionales invocadas”. Esta doctrina encuentra sustento en el principio de razonabilidad y en el deber de preservar, en lo posible, la vigencia de las leyes dictadas por el Congreso.

En consecuencia, el análisis que aquí se efectuará no se dirige a revisar en abstracto la validez del sistema de riesgos del trabajo, sino a determinar si, en el caso concreto de autos, la aplicación de

las disposiciones impugnadas produjo una lesión efectiva al derecho de defensa, al acceso a la justicia o a la reparación integral de la parte actora.

2.- El régimen legal de riesgos del trabajo, instituido por la Ley 24.557 y reformado por la Ley 26.773, establece un sistema tarifado de reparación por daños derivados de accidentes y enfermedades profesionales, sustentado en un esquema de prestaciones médicas y dinerarias limitadas, a cargo de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART). Este sistema se organiza sobre tres pilares normativos: la existencia de un listado cerrado de enfermedades profesionales (Decreto 658/96), la obligatoriedad del trámite administrativo previo ante las Comisiones Médicas (artículos 21, 22 y 46 de la Ley 24.557, y artículo 1 de la Ley 27.348), y la opción excluyente entre el sistema tarifado y la vía civil (artículo 4 de la Ley 26.773).

La parte actora cuestiona, en particular, la validez constitucional de los artículos 8 inciso 3°, 21, 22 y 46 de la Ley 24.557; el artículo 4° de la Ley 26.773; el segundo párrafo del artículo 6° de la Ley 24.557; el artículo 9° de la Ley 26.773; y los Decretos 658/96 y 659/96. Sostiene que estas normas, en tanto configuran un régimen cerrado, de difícil acceso y con reparación limitada, vulneran los principios de igualdad ante la ley, acceso a la justicia, tutela judicial efectiva y reparación integral, consagrados en los artículos 16, 17, 18 y 19 de la Constitución Nacional.

En lo que respecta al listado cerrado de enfermedades profesionales, el Decreto 658/96 -complementado por el Decreto 49/2014- define taxativamente las patologías que se presumen laborales, excluyendo toda otra enfermedad que no figure en dicho listado, salvo que se demuestre fehacientemente la relación causal con el trabajo conforme al artículo 6 inciso 2° de la LRT. A juicio de la actora, esta exclusión restringe arbitrariamente el reconocimiento de patologías como enfermedades profesionales, impidiendo el acceso a las prestaciones correspondientes.

Respecto de la obligatoriedad del trámite ante las Comisiones Médicas, se impugna el artículo 21 de la LRT, que establece a dichos organismos como instancia administrativa previa, y los artículos 22 y 46, que limitan la competencia judicial mientras no se haya agotado dicho procedimiento. La actora sostiene que este esquema vulnera el derecho al juez natural y somete al trabajador a un procedimiento en el cual la ART goza de ventajas

procesales, sin garantía suficiente de imparcialidad.

Finalmente, el artículo 4° de la Ley 26.773 establece la incompatibilidad entre la percepción de prestaciones del sistema y el ejercicio de una acción civil por reparación integral, lo que, según la parte actora, obliga al trabajador a optar por un régimen tarifado insuficiente o a renunciar a la vía sistémica. Además, impugna el artículo 9° de dicha ley, que impone topes a los honorarios de los profesionales intervinientes, lo que -a su entender- desalienta el acceso a la justicia.

Delimitado así el marco normativo cuestionado, corresponde analizar en los puntos siguientes si la aplicación de dichas disposiciones en el caso concreto ha generado una afectación efectiva a los derechos constitucionales invocados.

3.- Por otro lado cabe recalcar que uno de los ejes del planteo de inconstitucionalidad reside en la configuración de un listado cerrado de enfermedades profesionales, previsto por el artículo 6° de la Ley 24.557 y reglamentado por el Decreto 658/96 y sus modificatorios. La actora sostiene que este esquema resulta restrictivo y discriminatorio, en tanto excluye a numerosas patologías que, si bien no figuran en el listado, pueden derivar del esfuerzo físico, movimientos repetitivos o condiciones ergonómicas desfavorables presentes en distintas tareas laborales.

En el caso de autos, la enfermedad denunciada -espondiloartrosis y discopatías lumbares múltiples- no se encuentra incluida dentro del listado oficial de enfermedades profesionales. No obstante, el propio sistema legal contempla, en el segundo párrafo del artículo 6° de la Ley 24.557, la posibilidad de reconocimiento judicial de enfermedades no listadas, cuando se acredite que fueron causadas directa e inmediatamente por el trabajo. Esta vía, si bien excepcional, permite superar la rigidez del sistema en aquellos casos donde la prueba médica demuestra la existencia de un nexo causal adecuado con la tarea desempeñada.

5.- Respecto del planteo de la actora el Ministerio Público Fiscal, en ejercicio de su función institucional, emitió dictamen en autos respecto de la tacha de inconstitucionalidad formulada por la parte actora. En dicho pronunciamiento, el fiscal examinó uno por uno los artículos impugnados: los artículos 8 inciso 3°, 21, 22 y 46 de la Ley 24.557, y el artículo 4° de la Ley 26.773.

En cuanto a los artículos 8, 21 y 22 de la Ley 24.557, el fiscal reconoció que la jurisprudencia nacional y local ha declarado su inconstitucionalidad en diversos precedentes, por considerar que sustraen indebidamente el conocimiento de la justicia laboral y condicionan el acceso al juez natural. Sin embargo, destacó que en el presente caso, la actora ya transitó efectivamente el procedimiento administrativo ante la Comisión Médica y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, lo que implica que no se vio privada del acceso a la jurisdicción, ni se le impidió ejercer su derecho de acción en sede judicial.

Por este motivo, consideró que, en las particulares circunstancias del caso, el planteo de inconstitucionalidad respecto de dichos artículos resulta inoficioso, en tanto no produjo una afectación concreta a los derechos de la actora.

En relación al artículo 46 de la Ley 24.557, el fiscal señaló que fue modificado por la Ley 27.348, vigente desde febrero de 2017, incorporando la posibilidad de recurrir las decisiones de las Comisiones Médicas ante la justicia ordinaria laboral provincial. Al tratarse de una norma de índole procesal, que ya se encuentra aplicada en la práctica, no advirtió vicio de inconstitucionalidad alguno.

Finalmente, respecto del artículo 4° de la Ley 26.773, que impone la opción excluyente entre la percepción del sistema tarifado y la acción civil, el fiscal observó que la actora fundó su reclamo exclusivamente dentro del régimen tarifado de la Ley 24.557, sin pretender la aplicación de otro sistema indemnizatorio. En consecuencia, concluyó que la situación hipotética que la norma prevé no se encuentra configurada, por lo que el control constitucional requerido también deviene inoficioso.

5.- Examinados los planteos constitucionales a la luz de las constancias del expediente, corresponde concluir que ninguna de las normas impugnadas ha generado, en el caso concreto, una afectación real y efectiva a los derechos fundamentales invocados por la parte actora. Por el contrario, surge claramente de la prueba rendida que la trabajadora tuvo acceso a las instancias administrativas y, luego, a la vía judicial, sin que se haya verificado restricción alguna a su derecho de defensa ni denegación de justicia.

En primer lugar, la existencia de un listado cerrado de enfermedades profesionales no impidió que la actora obtuviera un pronunciamiento técnico sobre su estado de salud, ni obstaculizó la interposición de la presente demanda, la cual fue admitida a trámite y contó con toda la actividad probatoria ofrecida. En segundo lugar, el trámite ante la Comisión Médica N° 001 fue cumplido, y si bien su dictamen fue desfavorable, sirvió precisamente como presupuesto habilitante del reclamo judicial. Finalmente, la actora ha fundado su pretensión dentro del marco tarifado del sistema de riesgos del trabajo, sin intentar la acumulación de regímenes ni la articulación de una acción civil.

Tales circunstancias coinciden con las observaciones formuladas por el Ministerio Público Fiscal, cuyo dictamen fue claro al señalar que, habiendo transitado la vía administrativa y no existiendo afectación actual derivada de los artículos cuestionados, los planteos de inconstitucionalidad resultan inoficiosos. El fiscal ha sostenido, con acierto, que no corresponde declarar la invalidez de normas cuya aplicación no ha producido un perjuicio concreto, ni privó a la actora del pleno ejercicio de su derecho a reclamar una reparación por la vía judicial.

Por todo lo expuesto, y compartiendo en todos sus términos los fundamentos desarrollados por el Ministerio Público Fiscal, corresponde rechazar los planteos de inconstitucionalidad deducidos por la parte actora, en tanto no se configuran en autos violaciones actuales ni efectivas a los derechos consagrados en la Constitución Nacional. Así lo declaro.

TERCERA CUESTIÓN: Determinación de la laboralidad de la patología denunciada por la actora y su eventual encuadre como enfermedad profesional conforme a la Ley 24.557 y normas complementarias.

Controvierten los litigantes sobre el carácter profesional de la patología padecida por la actora. Mientras que la parte actora sostiene que su enfermedad -espondiloartrosis y discopatías lumbares- fue causada o agravada directamente por las tareas que desempeñó durante años como lavandera y mucama en un establecimiento hotelero, la parte demandada niega toda relación con el trabajo, calificando la dolencia como una afección degenerativa de origen común y multicausal. A efectos de resolver este punto de la controversia tengo en cuenta lo siguiente:

1.- El artículo 6° de la Ley 24.557 define como enfermedad profesional aquella que figura en el listado elaborado por el Poder Ejecutivo Nacional conforme al artículo 40 de la misma ley, siempre que sea causada por la actividad laboral y se manifieste en los plazos previstos. Sin embargo, el inciso 2° de dicho artículo habilita expresamente el reconocimiento de enfermedades no incluidas en el listado, cuando se acredite que fueron causadas directa e inmediatamente por el trabajo. Este precepto permite el tratamiento de casos como el presente, donde se alega una patología fuera del catálogo previsto en el Decreto 658/96.

Complementariamente, la Resolución SRT 886/2015 establece criterios técnicos y agentes de riesgo reconocidos por la normativa para evaluar condiciones laborales, incluyendo factores ergonómicos tales como carga, posturas forzadas y movimientos repetitivos de la columna vertebral (código 80011). Estos elementos resultan particularmente relevantes en el caso de autos, dado el tipo de tareas desarrolladas por la actora.

Por su parte, la jurisprudencia nacional ha reconocido la posibilidad de declarar judicialmente la existencia de una enfermedad profesional no listada cuando se acredita, mediante prueba médica idónea, la existencia de un nexo causal adecuado con las tareas desarrolladas, sin exigir una correlación automática con el listado reglamentario. Así lo ha señalado la *Corte Suprema de Justicia de la Nación* en el caso “Silva, Facundo Ernesto c/ Unilever de Argentina S.A.” (sentencia del 11/03/2014), en el que se afirmó que “el reconocimiento judicial de enfermedades no incluidas en el listado reglamentario no resulta inconstitucional, en tanto subsiste una vía idónea para acreditar el carácter laboral mediante prueba suficiente”.

Sobre esta base normativa, corresponde analizar las características de las tareas que realizaba la trabajadora, la evolución clínica de su enfermedad y la prueba médica incorporada al proceso, a fin de establecer si la patología denunciada puede ser considerada como una enfermedad profesional no listada en los términos del artículo 6°, inciso 2°, de la Ley 24.557.

2.- De acuerdo con los hechos reconocidos en autos y la prueba producida, surge acreditado que la actora se desempeñó durante más de ocho años como lavandera y encargada de limpieza de habitaciones en un hotel alojamiento ubicado en El Manantial, Departamento Lules, bajo relación de dependencia con la Sra. Irma Abraham. Las labores se desarrollaban en turnos rotativos, incluyendo jornadas diurnas y nocturnas, con escaso tiempo de descanso y alta exigencia física.

La propia actora, en su presentación inicial y en el relato recogido por los peritos médicos, describió tareas consistentes en el levantamiento de tachos con agua y ropa húmeda, traslado de canastos con sábanas, fregado de pisos, cambio de ropa de cama, limpieza general de sanitarios y habitaciones, así como la utilización de maquinaria como centrífugas y lavarropas industriales. Estas actividades exigían el mantenimiento prolongado de posturas forzadas, la ejecución de gestos repetitivos de tronco y miembros superiores, y la manipulación de cargas frecuentes y pesadas, en condiciones que claramente exceden las exigencias normales de una tarea liviana o de oficina.

Asimismo, las condiciones detalladas son compatibles con los agentes de riesgo ergonómico identificados en la Resolución SRT 886/2015, en particular el código 80011, referido a la sobrecarga mecánica de la columna vertebral por posturas forzadas y esfuerzos repetidos. En consecuencia, puede afirmarse que de conformidad con los hechos no discutidos, la actora estuvo expuesta de manera habitual y prolongada a factores de riesgo físicos y posturales que, conforme a la normativa vigente, resultan relevantes para el análisis etiológico de patologías osteoarticulares y justifican avanzar en el examen del nexo causal entre las tareas y la enfermedad diagnosticada.

3.- Del análisis de la documentación médica incorporada a la causa, se desprende que la actora padece una patología crónica en la columna vertebral, diagnosticada como espondiloartrosis y discopatías lumbares múltiples, con hallazgos consistentes en protrusión discal a nivel L4-L5 y L5-S1, signos de escoliosis lumbar, y alteraciones degenerativas compatibles con una evolución prolongada. Estos resultados fueron constatados en distintos estudios por imágenes, entre ellos resonancias magnéticas y radiografías practicadas entre los años 2015 y 2016, aportados tanto por la parte actora como por la aseguradora.

La sintomatología referida por la trabajadora se remonta a varios años antes del inicio del presente proceso, con antecedentes de dolor lumbar persistente, irradiado a miembros inferiores, acompañado de limitación funcional progresiva, dificultades para realizar esfuerzos físicos y necesidad de tratamiento fisioterapéutico. Asimismo, consta que en el año 2017 la actora recibió 50 sesiones de kinesiología autorizadas por la ART, en el marco del siniestro N° 1774692, lo que

confirma la existencia de una afección lumbar que requirió atención médica sostenida.

En función de estos antecedentes, y más allá de la calificación jurídica del cuadro, se encuentra probado que la actora presenta una afección lumbar crónica, con evolución clínica sostenida y repercusión funcional, lo que justifica avanzar en el análisis pericial respecto a su origen y la eventual relación de causalidad con las tareas desempeñadas.

5..- En la presente causa se han producido dos informes periciales médicos oficiales, piezas procesales que requieren un análisis diferenciado:

5.1.- El primero fue elaborado por el Dr. Adrián Cunio, quien examinó a la actora, revisó la documentación obrante en autos y diversos estudios por imágenes realizados entre 2015 y 2022. Diagnosticó hernias discales cervicales y lumbares, con limitación funcional en columna vertebral. Aplicando el baremo del Decreto 659/96, estimó una incapacidad parcial y permanente del 4,60 %, considerando además factores de ponderación por dificultad de la tarea, necesidad de reubicación laboral y edad. Si bien señaló que el mecanismo de la patología no se corresponde con el listado de enfermedades profesionales de la Ley 24.557, indicó que las tareas relatadas por la trabajadora podrían haber incidido en un 33 % como causa asociada.

5.2.- Sin embargo, la parte demandada impugnó este dictamen cuestionando, principalmente, que no se acreditó científicamente la relación causal con el trabajo, que no se acompañaron estudios médicos cercanos a la primera manifestación clínica, y que la dolencia en cuestión es de origen degenerativo, no incluida en el listado legal ni vinculada a los factores de riesgo reconocidos por la normativa. También invocó los dictámenes de la Comisión Médica N° 001, que había calificado la contingencia como inculpable.

5.3.- Sin embargo, los argumentos de la impugnación no resultan atendibles. El perito Cunio realizó una evaluación física detallada, apoyada en múltiples estudios complementarios y antecedentes clínicos. Su análisis médico-legal incluyó un abordaje coherente con la normativa vigente y los principios de la Ley 24.557. La ausencia de estudios prelaborales, la calificación administrativa desfavorable, o el carácter degenerativo de la patología no bastan para desvirtuar la idoneidad del informe, ni para excluir la incidencia laboral como factor agravante o acelerador del cuadro clínico. Fundamentalmente, el letrado que impugna la presentación del perito médico carece de los conocimientos clínicos para cuestionar la praxis clínica que critica. Es por esto que sus argumentos no son del tipo médico científico, con apoyatura en teorías propias de la ciencia, sino que se limita a esgrimir argumentos propios de la defensa de su parte. Consecuentemente, considero que la impugnación debe ser rechazada y la pericia considerada valida.

5.4.- En cuanto al segundo informe, este fue elaborado por el Dr. Pablo Vera del Barco, también perito oficial, quien confirmó el diagnóstico de patología degenerativa crónica de columna con limitación funcional. Determinó una incapacidad parcial y permanente del 5,3 %, aplicando los mismos criterios normativos y factores de ponderación. Consideró que los hallazgos se correspondían con un proceso multicausal, pero estimó que el 50 % de la incapacidad determinada podía atribuirse a factores laborales, en razón de la edad de inicio de los síntomas y las características de las tareas desempeñadas.

5.5.- La ART también impugnó este segundo dictamen, reiterando las objeciones ya formuladas, centradas en la supuesta falta de sustento científico del vínculo causal y en que la espondiloartrosis solo es reconocida como enfermedad profesional en casos de exposición a vibraciones de cuerpo entero. El perito contestó fundadamente cada uno de estos planteos, aclarando que el Decreto 49/2014 contempla también otros factores de riesgo ergonómico, como las posturas forzadas y movimientos repetitivos con manipulación de cargas. Asimismo, señaló que los estudios aportados datan de 2015, lo que desmiente la alegada ausencia de documentación cronológicamente pertinente, y explicó que los

dictámenes administrativos no resultan vinculantes para la pericia judicial.

5.6.- En función de lo expuesto, corresponde también rechazar la impugnación dirigida contra el informe del Dr. Vera del Barco. La crítica formulada por la parte demandada no introduce elementos científicos ni técnicos que permitan cuestionar válidamente el criterio médico utilizado, ni logra desvirtuar la solidez del análisis desarrollado por el perito. Este no solo evaluó clínicamente a la actora, sino que además analizó en forma integral los antecedentes médicos, la evolución de la patología, los estudios complementarios incorporados, y la normativa específica aplicable, brindando

respuestas fundadas a los reparos formulados. La estimación de una participación causal laboral del 50 %, basada en el tipo de tareas y en el inicio temprano de los síntomas, constituye una valoración razonable, expresada en lenguaje técnico y coherente con el estado actual de la ciencia médica. Por todo ello, el informe conserva plena validez como prueba idónea, objetiva y útil para la decisión del caso.

6.- Las dos pericias médicas oficiales producidas en autos permiten arribar a una conclusión clara respecto a la existencia de un nexo causal entre las tareas desarrolladas por la trabajadora y la patología diagnosticada. Si bien ambos profesionales coinciden en que se trata de un proceso degenerativo crónico de columna, también reconocen -en términos médico-legales- que la actividad laboral desempeñada por la actora durante años en condiciones de esfuerzo físico, con posturas forzadas, movimientos repetitivos y manipulación de cargas constituyó un factor con capacidad suficiente para incidir, acelerar o incluso desencadenar la dolencia.

Tanto el Dr. Cunio como el Dr. Vera del Barco atribuyen una participación laboral relevante en el desarrollo de la afección. El primero estima una incidencia del 33% como causa asociada a la tarea, mientras que el segundo señala una contribución del 50 % de origen laboral en la incapacidad determinada. Estas conclusiones se sustentan en el relato de la actora, el examen físico, los estudios complementarios aportados y la evaluación de las condiciones concretas de trabajo, concordantes con los agentes de riesgo ergonómico contemplados en la Resolución SRT 886/15 y el Decreto 49/14.

Desde el punto de vista jurídico, la doctrina de la *Corte Suprema de Justicia de la Nación* en el caso “Silva, Facundo Ernesto c/ Unilever de Argentina S.A.” (sentencia del 11/03/2014) estableció que, aun tratándose de enfermedades no incluidas en el listado, corresponde admitir su carácter profesional cuando se acredite que fueron causadas o agravadas de modo directo por las tareas realizadas, sin exigir que exista un único factor etiológico. En igual sentido, la *Cámara del Trabajo de Tucumán - Sala 1*, en la causa “Brito Alberto Antonio c/ Popular ART S.A.”, consideró que el carácter degenerativo de la enfermedad no excluye su reconocimiento como profesional cuando las condiciones de trabajo evidencian una contribución significativa en su desarrollo o en el agravamiento del cuadro preexistente.

A la luz de esta doctrina y de los elementos probatorios reunidos, cabe concluir que se encuentra acreditado en autos un nexo causal adecuado entre la actividad laboral y la patología padecida por la actora, en los términos exigidos por el artículo 6 inciso 2° de la Ley 24.557. Por tanto, corresponde reconocerla como enfermedad profesional no listada, con las consecuencias jurídicas que de ello derivan. Asi lo declaro.

CUARTA CUESTIÓN: Determinación del porcentaje de incapacidad laborativa permanente y definitiva derivada de dicha patología, y liquidación de la indemnización correspondiente conforme al régimen vigente

Controvierten los litigantes sobre el porcentaje de incapacidad derivado de la patología lumbar que afecta a la actora. Mientras que la parte actora sostiene que dicha dolencia le genera una incapacidad significativa, la demandada impugna tanto la existencia de incapacidad laboral como su eventual cuantificación, cuestionando el criterio de los peritos y la relación con la actividad desarrollada. A efectos de resolver este punto de la controversia tengo en cuenta lo siguiente:

1.- En primer término, corresponde precisar el marco normativo que rige la determinación del grado de incapacidad laboral derivado de enfermedades profesionales. La Ley 24.557, en su artículo 8, remite expresamente a la utilización de un baremo oficial aprobado por el Poder Ejecutivo, que se encuentra contenido en el Decreto 659/96. Dicho baremo constituye una herramienta técnico-jurídica destinada a unificar criterios en la valoración del daño físico, estableciendo parámetros objetivos para la determinación del porcentaje de incapacidad que corresponde asignar en cada caso.

Este baremo reglamentario clasifica las distintas afecciones y secuelas incapacitantes en función de su repercusión anatómica y funcional, estableciendo para cada una de ellas un rango porcentual de incapacidad. Asimismo, prevé factores de ponderación que permiten ajustar la calificación según variables individuales del trabajador, tales como la dificultad para continuar en la tarea habitual, la posibilidad de reubicación laboral, la edad y la incidencia en la vida de relación. En consecuencia, su aplicación no se limita a una evaluación clínica aislada, sino que persigue una valoración integral de la persona trabajadora en el marco de su actividad concreta.

La utilización obligatoria de este instrumento no implica que el juez deba apartarse de la valoración crítica de la prueba, pero sí exige que el dictamen pericial se enmarque en los criterios establecidos por la normativa vigente. De tal manera, el Decreto 659/96 garantiza homogeneidad en la determinación de incapacidades y resguarda la seguridad jurídica, evitando discrecionalidades arbitrarias. En el caso concreto, corresponde por lo tanto ceñirse a sus disposiciones, evaluando los diagnósticos médicos de la actora y los informes periciales oficiales producidos en autos a la luz de las tablas y factores previstos por dicho decreto.

2.- En la presente causa se produjeron dos informes periciales médicos, ambos elaborados por profesionales designados de oficio y con idéntico objeto de examen: determinar la existencia de una patología incapacitante, su eventual relación con las tareas desempeñadas y el porcentaje de incapacidad resultante. El examen médico constituye el medio probatorio por excelencia en este tipo de controversias, en tanto aporta un abordaje científico-técnico que excede el conocimiento común del juez y de las partes, y permite traducir a parámetros jurídicamente evaluables una dolencia cuya naturaleza exige formación específica en ciencias de la salud. Por ello, la pericia médica es reconocida como la herramienta idónea y principal para la determinación del daño físico en procesos de esta índole.

Cabe destacar, asimismo, que el carácter científico de la acción médica no implica la existencia de un único resultado posible o inmutable. En efecto, dos estudios periciales realizados en momentos distintos pueden arrojar valores ligeramente diferentes, ya sea por la evolución clínica de la patología, por la metodología empleada o por la interpretación de hallazgos funcionales dentro de márgenes razonables. Ello no significa que uno sea correcto y el otro equivocado en sí mismo, sino que ambos constituyen aproximaciones válidas dentro de un campo donde intervienen factores dinámicos y multifactoriales. En tal contexto, corresponde al juez valorar comparativamente las conclusiones de cada experto, ponderando su fundamentación, coherencia y correspondencia con la restante prueba de autos, a fin de arribar a una decisión fundada y ajustada a derecho.

3.- Ahora bien, siguiendo este razonamiento, resulta necesario efectuar un análisis de los factores de ponderación aplicados y de las impugnaciones formuladas a los dictámenes periciales, por cuanto constituyen la base técnica y científica sobre la que debe sustentarse la determinación judicial del porcentaje de incapacidad laboral.

3.1.- El Decreto 659/96, reglamentario de la Ley 24.557, no se limita a fijar porcentajes de incapacidad en abstracto, sino que incorpora factores de ponderación que permiten ajustar la evaluación a la realidad concreta del trabajador. Así, el perito debe valorar la dificultad que la patología genera para el desempeño de la tarea habitual, la posibilidad de reubicación en otras funciones compatibles con el estado de salud y la edad del trabajador al momento de la primera manifestación invalidante. Estos factores cumplen una función correctora del porcentaje de incapacidad base, otorgando al resultado un grado de realismo y proporcionalidad. En el presente caso, ambos peritos aplicaron tales parámetros, reconociendo que la actora presenta dificultad intermedia o moderada para sus labores de lavandería, que su situación amerita reubicación laboral y que la edad supera el umbral fijado por la normativa, incrementando así el porcentaje final de incapacidad.

3.2.- Ahora bien, respecto de estas ponderaciones, el primer dictamen médico fue elaborado por el Dr. Adrián Cunio, quien diagnosticó la presencia de hernias cervicales y lumbares con limitación funcional de la columna vertebral. A partir del examen físico y de los estudios complementarios incorporados, fijó una incapacidad laboral parcial y permanente del 4,60 %, aplicando las tablas del Decreto 659/96. Para arribar a este porcentaje consideró una incapacidad base del 4 %, ajustada mediante factores de ponderación: calificó la dificultad para la tarea habitual como intermedia, concluyó que la situación ameritaba reubicación laboral y ponderó la edad de la trabajadora, mayor de 31 años al momento de la primera manifestación invalidante. Estos parámetros de ajuste, propios del baremo vigente, demuestran la aplicación rigurosa de la normativa que regula la valoración de incapacidades, integrando los aspectos clínicos objetivos con variables de incidencia laboral concreta.

La aseguradora objetó el dictamen cuestionando su validez científica y probatoria. Alegó, en primer lugar, que la patología solo se encuentra contemplada como enfermedad profesional en casos de exposición a vibraciones de cuerpo entero, circunstancia que el perito no habría acreditado. También señaló la ausencia de documentación clave, como estudios pre-laborales o relevamientos de agentes de riesgo del puesto de trabajo, y remarcó que la conclusión se contradice con el dictamen de la Comisión Médica N° 001, que había calificado la contingencia como inculpable.

Finalmente, objetó que no se contaran con estudios próximos a las primeras manifestaciones clínicas, lo que, según su criterio, impediría vincular temporalmente la dolencia con la actividad laboral.

Al analizar estos argumentos advierto que ninguno logra desvirtuar la validez del dictamen. En primer lugar, la ausencia de vibraciones de cuerpo entero no excluye por sí misma el reconocimiento judicial de la enfermedad como profesional, ya que el artículo 6 inciso 2° de la Ley 24.557 habilita expresamente el reconocimiento de dolencias no listadas cuando se acredita un nexo causal adecuado. En segundo término, la falta de ciertos documentos administrativos no afecta la consistencia de un examen clínico directo y de estudios complementarios que avalan la limitación funcional diagnosticada. Tampoco resulta vinculante la conclusión de la Comisión Médica, cuya intervención tiene carácter administrativo y no limita la valoración judicial de la prueba. Por último, la crítica a la falta de estudios cronológicamente cercanos no invalida la pericia, pues esta se apoya en una evaluación integral de la historia clínica y de múltiples estudios por imágenes. En consecuencia, la pericia oficial conserva plena fuerza probatoria y será valorada como prueba idónea en el marco de esta sentencia.

3.3.- El segundo dictamen fue realizado por el Dr. Pablo Vera del Barco, quien confirmó la existencia de limitación funcional en la columna dorso-lumbar derivada de un proceso degenerativo crónico. Aplicando el baremo del Decreto 659/96, determinó una incapacidad parcial y permanente del 5,3 %. Para arribar a este resultado partió de una incapacidad base del 4 %, ajustada mediante factores de ponderación: calificó la dificultad para la tarea como moderada, concluyó que la situación ameritaba reubicación laboral y sumó el factor etario por ser la trabajadora mayor de 31 años, lo que elevó el porcentaje final. Además, en cuanto al nexo causal, señaló que las tareas de lavandería desempeñadas durante años, caracterizadas por posturas forzadas, movimientos repetitivos y manipulación de cargas, constituyeron un factor desencadenante o agravante de la dolencia, atribuyendo a lo laboral una incidencia del 50 % en la incapacidad determinada.

La aseguradora cuestionó este dictamen alegando que la patología es de origen degenerativo y no laboral, apoyándose en estudios de resonancia que evidencian discopatías múltiples y escoliosis. Insistió en que la enfermedad solo puede ser reconocida como profesional frente a exposición a vibraciones de cuerpo entero, factor que no habría sido demostrado. Señaló también la contradicción con el dictamen de la Comisión Médica N° 001, que había calificado la dolencia como inculpable, y criticó la ausencia de estudios contemporáneos a la primera manifestación clínica. Finalmente, reprochó que las conclusiones se basaran en el relato de la trabajadora más que en pruebas objetivas, cuestionando la rigurosidad científica del informe.

Analizados los argumentos, de la forma en la que previamente se estableció, estos no resultan suficientes para desvirtuar la validez de la segunda pericia; por lo que la pericia del Dr. Vera del Barco conserva plena validez como medio idóneo para determinar incapacidad y nexo causal.

4.- Ahora bien, la cuestión a resolver en términos abstractos, es si una dolencia de base degenerativa puede quedar amparada por el sistema de riesgos del trabajo cuando el desempeño laboral actúa como factor que la desencadena, agrava o acelera.

A esta interrogante le corresponde el estándar jurídico aplicable que no exige exclusividad etiológica del trabajo: basta un nexo causal adecuado -aun concausal- entre las tareas y el menoscabo. Ese nexo se verifica, por regla, mediante prueba médico-legal idónea y a la luz del baremo vigente, con los correspondientes factores de ponderación (dificultad para la tarea, reubicación, edad), que permiten trasladar la lesión anatómico-funcional a un impacto real en la capacidad laborativa. (Cámara del Trabajo, Sala 6, sent. n°. 252 del 1928/17)

Trasladado al sub lite, la plataforma probatoria muestra una patología crónica de columna con limitación funcional y dos pericias oficiales concordantes en lo sustancial: ambas parten de una incapacidad base del 4% y la ajustan con factores de ponderación, arrojando un rango acotado (4,60% al 5,30%). En lo causal, los dictámenes convergen en reconocer incidencia laboral: uno la estima en un 33% como causa asociada, el otro la fija en un 50% por posturas forzadas, movimientos repetitivos y manipulación de cargas propias de la tarea. Esto satisface el umbral jurídico de concausa suficiente para la cobertura, aun tratándose de un cuadro con componentes degenerativos.

En cuanto a los antecedentes valorados, la jurisprudencia relevante razona -en síntesis- que la enfermedad resulta indemnizable cuando el trabajo opera como factor eficiente dentro del conjunto

de condiciones determinantes del daño, sin requerir causalidad única; que, para enfermedades no listadas, corresponde acreditar nexo causal o concausal con base pericial; que la carga de la prueba recae en quien alega la relación; y que el “listado cerrado” no impide, por sí, el reconocimiento judicial cuando el caso concreto y la prueba médica lo justifican, habilitando la utilización del art. 6, inc. 2, LRT. (Cámara del Trabajo, Sala 1, Sent. n° 288, de fecha 22/08/2017)

Ese razonamiento, aplicado de modo consistente, ha sido receptado por la jurisprudencia local para fenómenos jurídicos análogos: se admite la categoría de “enfermedad-accidente” o dolencia concausal; se otorga centralidad a la pericia oficial como prueba idónea para fijar incapacidad y causalidad; se ponderan los factores del baremo para aproximar el porcentaje al impacto real en la tarea; y se flexibiliza la rigidez reglamentaria cuando el cuadro probatorio demuestra participación laboral significativa en el daño.

Conjugados estos elementos, el marco analítico conduce a afirmar que la dolencia de la actora -aun multicausal y con sustrato degenerativo- debe ser reconocida como enfermedad profesional no listada, por verificarse un nexo causal adecuado de carácter concausal entre las tareas acreditadas y la incapacidad constatada.

En este sentido, corresponde otorgar prevalencia al dictamen elaborado por el Dr. Pablo Vera del Barco, quien fijó la incapacidad en el 5,3%. Ello así por cuanto dicho informe no solo aplicó con rigurosidad el baremo del Decreto 659/96, sino que además fundamentó de manera más completa la incidencia de los factores de ponderación, en particular la dificultad moderada para la tarea habitual, la necesidad de reubicación laboral y la edad de la trabajadora al momento de la primera manifestación invalidante. A ello se suma que el perito explicó con mayor claridad la concausalidad laboral, atribuyendo a las tareas desempeñadas un rol desencadenante o agravante de la patología, lo que torna más convincente su conclusión frente a la del primer perito.

5.- En cuanto a la normativa aplicable para efectuar los cálculos estimo aclarar lo siguiente. Con respecto a la ley 27.348, la Provincia de Tucumán no ha emitido su voluntad de adherirse. Dicha adhesión es requerida por el legislador, única y exclusivamente respecto del título I de la norma citada, comprensiva de los artículos 1 a 3, por cuanto avanza sobre cuestiones de forma o procedimiento al establecer la actuación de las Comisiones Médicas jurisdiccionales creadas por el artículo 51 de la ley 24.241 y sus modificatorias, como instancia administrativa previa, de carácter obligatorio y excluyente de toda otra intervención (art. 1 de la ley 27.348); fija reglas de procedimientos para la instancia recursiva e incorpora el servicio de homologación y visado en el ámbito de las comisiones médicas. Es decir, solo respecto a los aspectos procedimentales, lo cual es materia reservada por mandato constitucional a los gobiernos provinciales, quienes tienen la potestad indelegable de disponer los procedimientos de aplicación de las leyes.

Asimismo, cabe destacar que se encuentra vigente el DNU 669/19, el cual - conforme a sus considerandos - fue dictado atento a la necesidad de continuar con la línea de correcciones regulatorias que contribuyen a mejorar las condiciones de sostenibilidad del sistema de la ley de riesgos del trabajo. De esta manera, del texto del decreto surge que la modalidad de ajuste implementada por la Ley N° 27348 (art 12 inc 2) tuvo la finalidad de incluir una tasa de actualización que evite que los efectos de procesos inflacionarios afecten desfavorablemente la cuantía del “ingreso base”, pero que en virtud de la evaluación de las variables macroeconómicas que inciden en las tasas bancarias, se ha determinado que este método no alcanza el fin pretendido, comprometiendo la estabilidad y continuidad del sistema instituido en beneficio de los trabajadores. Por las razones expresadas - y otras contempladas en el considerando - es que se sustituye la tasa de interés prevista en el artículo 12 de la Ley N° 24557 y sus modificaciones, por la del índice RIPTE (art 1 del DNU).

En consecuencia al presente caso le resultan aplicables, las leyes 24.557 con las modificaciones introducidas por ley 26.773, su complemento la ley 27.348 en todo lo relativo a las normas de fondo, con las modificaciones introducidas por el DNU 669/19 en lo relacionado al VMIB. Así lo declaro.

6.- A los efectos del cálculo de la indemnización se tendrá en cuenta el art. 12 LRT (conf. decreto 669/2019), el que establece:

"*1. A los fines del cálculo del valor del ingreso base se considerará el promedio mensual de todos los salarios devengados -de conformidad con lo establecido por el artículo 1° del Convenio N° 95 de la OIT- por el trabajador durante el año anterior a la primera manifestación invalidante, o en el*

tiempo de prestación de servicio si fuera menor. Los salarios mensuales tomados a fin de establecer el promedio se actualizarán mes a mes aplicándose la variación del índice Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE), elaborado y difundido por el MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL.

2. Desde la fecha de la primera manifestación invalidante y hasta la fecha en que deba realizarse la puesta a disposición de la indemnización por determinación de la incapacidad laboral definitiva, deceso del trabajador u homologación, el monto del ingreso base devengará un interés equivalente a la tasa de variación de las Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE) en el período considerado.

3. En caso de que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo no pongan a disposición el pago de la indemnización dentro del plazo debido, se aplicará un interés equivalente al promedio de la tasa activa cartera general nominal anual vencida a TREINTA (30) días del BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, hasta la efectiva cancelación, acumulándose los intereses al capital en forma semestral, según lo establecido en el artículo 770 del Código Civil y Comercial de la Nación".

Asimismo, siguiendo las pautas establecidas por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso “Espósito, Dardo Luis c. Provincia ART S.A. s/accidente - ley especial”, receptado por nuestra Excma. Corte Suprema de Justicia en el caso "Bejar Daniel Alfredo vs. Caja Popular de Ahorros de Tucumán (Popul ART) s/Amparo” (sent. n° 1137 del 22/09/2016)", la Excma. Cámara del Trabajo, Sala 1, en los autos: "Pires Patricia Antonia vs. Asociar ART S.A., S/ Amparo", sentencia N° 190, del 05/07/2018, entre otros fallos, estableció que: "[...] De acuerdo a la interpretación realizada por la CSJN, es la fecha del accidente de trabajo la que constituye la fecha de la primera manifestación invalidante y es la normativa vigente a esa oportunidad la que debe tomarse para determinar cuantitativamente las prestaciones dinerarias que corresponden al trabajador siniestrado".

7.- Conforme a lo expuesto, jurisprudencia y doctrina precedentemente citadas, considerando la fecha de la primera manifestación invalidante -06/12/16, reconocida por ambas partes-, a los fines de la liquidación de la indemnización por incapacidad que le corresponde percibir al trabajador, deberá tenerse presente lo dispuesto en la Resolución SRT 387 - E/2016, vigente para el período comprendido entre el 01/09/2016 y el 28/02/2017 Dicha resolución establece que, en virtud de la aplicación de la variación del índice Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE), el cálculo de la indemnización conforme al artículo 14, inciso 2, apartados a) y b) de la Ley N° 24.557, no podrá ser inferior a $1.090.945 (un millón noventa mil novecientos cuarenta y cinco pesos) por el porcentaje de Incapacidad Laboral Permanente (ILP), constituyendo este el piso mínimo indemnizatorio aplicable.

En la presente causa, la demanda reclama los siguientes rubros:

2.1.- Indemnización por Incapacidad Permanente Parcial (art. 14, inc. 2 de la Ley 24.557): Al respecto el actor reclamó el reconocimiento de una incapacidad del 38,64 % y aplicó la fórmula de la LRT, obteniendo un monto de $979.542,26. Sin embargo, conforme a la pericia médica oficial, la incapacidad acreditada es del 5,3 %.

2.2.- Adicional del 20% de la Ley 26.773 (art. 3): en relación con esto se reclamó la aplicación del adicional indemnizatorio correspondiente, calculado en $163.257,04 sobre la base de la fórmula de incapacidad laboral. Al aplicarse la incapacidad determinada por la pericia oficial (5,3%) el monto deberá calcularse según esta proporción.

3.- En consecuencia, corresponde el reconocimiento de la indemnización basada en la incapacidad del 5,3%, conforme al Baremo del Decreto 659/96, así como la aplicación del adicional del 20% previsto en la Ley 26.773, ajustado a dicho porcentaje. Así lo declaro.

QUINTA CUESTIÓN: Cálculo de los intereses correspondientes y planilla de capital de condena

1.- Intereses: Respecto al apartado 2 del art. 12 LRT, corresponde aclarar que el interés equivalente a la tasa de variación de las Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE) indicado será computado hasta vencido el plazo de quince días corridos de notificada la parte demandada del dictamen médico donde se determina el porcentaje de incapacidad del actor.

Para ello, debe tenerse presente que en la causa aunque existió dictamen de comisión médica este fue discutido, y que la determinación de la incapacidad sufrida surge de esta misma sentencia que contempla la lesión psicológica descripta.

En relación a la capitalización de intereses a tenor de lo dispuesto por los arts. 12 inc. 3 de ley 24.557 y por el art. 770 inc. "c" del Código Civil y Comercial de la Nación, estimo aclarar lo siguiente.

Debe receptarse la doctrina de nuestra CSJT dispuesta en los autos "Laquaire, Mónica Adela c/Asociación de Empleados de la D.G.I. s/Cobros", sentencia N° 473 del 29/06/04 y “Vellido Ramón Rodolfo vs. Química Montpellier S.A. s/ Cobro de pesos”.

Así, la CSJT dispuso "*En efecto, este Tribunal ha sostenido en la causa mencionada que: “Atento a las constancias de autos, en la especie se deben liquidar intereses en forma independiente del capital (), desde que éste es debido, hasta que la sentencia ha sido notificada y ha quedado firme y consentida. A partir de los diez días hábiles exigidos por la misma para el pago de la condena, el demandado se considera en mora y en consecuencia los intereses devengados se capitalizan en virtud de lo dispuesto por el artículo 623 del Código Civil, hasta el efectivo pago”.*

La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha dicho al respecto que: “la capitalización de accesorios solo procede -en los casos judiciales- cuando, liquidada la deuda, el juez mandase pagar la suma resultante y el deudor fuere moroso en hacerlo (v. art. 623 del anterior Cód. Civil y art. 770, inc. c) del Cód. Civ. y Com. de la Nación, vigente desde el 01/08/2015). Para que ello ocurra, una vez aceptada la cuenta por el juez, el deudor debe ser intimado al pago, pues sólo si entonces éste no lo efectiviza, cae en mora y, como consecuencia de la mora derivada de la nueva interpelación, debe intereses sobre el monto total de la liquidación impaga (v. Fallos: 326:4567). Habida cuenta de ello, al no haber mediado tal intimación, no corresponde admitir la capitalización que pretende la actora en violación a una norma expresa de orden público cuando no concurren los supuestos legales de excepción (Fallos: 329:5467)” (CSJN,“Elena Margarita Aranda y otro c. Luis Ángel Ferreyra y/o Batallón de Ingenieros de Combate 141 EA s/ beneficio de litigar sin gastos - indemnización por daños y perjuicios - daño moral” FTU 716878/1989 - 20/12/2016).

De tal manera, "*...en lo que a esta cuestión se refiere el recurso resulta procedente, debiéndose casar la sentencia en recurso, conforme a la siguiente doctrina legal: "Corresponde que las sentencias condenatorias discriminen los rubros de capital e intereses, no debiendo capitalizar estos últimos sino a partir de que la sentencia sea notificada y quede firme y el condenado incurra en mora en su cumplimiento*" (Laquaire, Mónica Adela c/Asociación de Empleados de la D.G.I. s/Cobros)

Entonces, una vez firme la sentencia, intimada la parte demandada (art. 145 CPL) y vencido el plazo ordenado para su cumplimiento, se aplicará un interés equivalente al promedio de la tasa activa cartera general nominal anual vencida a TREINTA (30) días del BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, hasta la efectiva cancelación, acumulándose los intereses al capital en forma semestral (art. 12 inc. 3 LRT), tornándose operativa la excepción prevista en el art. 770 inc. "c" del Código Civil y Comercial de la Nación.

2.- Planilla:

INDICE RIPTE DICIEMBRE 20162.364,94

MESES/AÑO Salarios según recibos Indice RIPTE Coeficientes entre índices RIPTE Salarios actualizados por RIPTE

noviembre/2016$13.997,44 2.334,361,01309995 $ 14.180,81

octubre/2016$15.102,54 2.293,971,03093763 $ 15.569,78

septiembre/2016$11.531,22 2.247,931,05205233 $ 12.131,45

agosto/2016$13.275,70 2.196,531,07667093 $ 14.293,56

julio/2016$13.275,70 2.170,431,08961819 $ 14.465,44

06/2016 (faltan recibos mes y SAC)$10.555,00 2.089,181,13199437 $ 11.948,20

mayo/2016$13.275,70 2.062,331,14673209 $ 15.223,67

abril/2016$10.513,21 2.022,161,16951181 $ 12.295,32

marzo/2016$11.177,54 1.940,551,21869573 $ 13.622,02

febrero/2016$10.028,58 1.888,341,25239099 $ 12.559,70

enero/2016$10.059,47 1.808,601,30760810 $ 13.153,84

diciembre/2015$15.188,18 1.806,091,30942533 $ 19.887,79

$147.980,28 $ 169.331,58

TOTAL REM. ACTUALIZADA $ 169.331,58

CANTIDAD MESES12

VALOR MENSUAL ING. BASE (VMIB) $ 14.110,97

Indemnización $53.676,05

PISO MINIMO$57.820,09

Mes/Año% variarion ripte

6/12/20161,05%

01/20171,70%

02/20172,10%

03/20173,70%

04/20171,60%

05/20171,70%

06/20171,90%

07/20174,30%

08/20170,90%

09/20171,80%

10/20172,80%

11/20171,30%

12/20170,50%

01/20182,40%

02/20181,90%

03/20182,30%

04/20182,80%

05/20181,70%

06/20180,90%

07/20182,30%

08/20182,30%

09/20181,80%

10/20185,20%

11/20181,70%

12/20181,80%

01/20193,00%

02/20193,90%

03/20195,90%

04/20192,00%

05/20193,20%

06/20191,60%

07/20194,10%

08/20191,90%

09/20193,20%

10/20195,20%

11/20191,60%

12/20192,00%

01/20207,10%

02/20206,20%

03/20200,90%

04/20200,10%

05/20200,20%

06/20202,30%

07/20203,60%

08/20200,50%

09/20201,90%

10/20204,60%

11/20201,30%

12/20202,00%

01/20211,80%

02/20216,20%

03/20214,90%

04/20216,20%

05/20211,20%

06/20213,70%

07/20214,40%

08/20212,30%

09/20214,20%

10/20213,60%

11/20213,10%

12/20212,00%

01/20224,60%

02/20224,70%

03/20227,80%

04/20225,90%

05/20224,00%

06/20225,80%

07/20225,30%

08/20224,60%

09/20226,30%

10/20225,50%

11/20225,60%

12/20225,40%

01/20233,80%

02/20238,40%

03/20239,80%

04/20239,80%

05/20236,20%

06/20238,10%

07/20237,40%

08/20235,90%

09/20239,50%

10/202311,70%

11/20236,30%

12/20238,30%

01/202414,70%

02/202411,50%

03/202414,00%

04/202416,10%

05/20247,30%

06/20246,10%

07/20246,60%

08/20243,80%

09/20244,10%

10/20246,60%

11/20242,80%

12/20242,00%

01/20252,60%

02/20256,10%

03/20254,10%

04/20252,90%

05/20251,90%

06/20252,80%

07/20252,90%

443,95%

Actualización

PRESTACION AL 06/12/2016$57.820,09

ART 3$11.564,02

TOTAL$69.384,10

INDICE RIPTE443,95%

INTERESES$308.029,60

PRESTACION AL 30/04/2025**$377.413,70**

SEXTA CUESTIÓN: costas y honorarios.

1.- **COSTAS:** Atento al resultado del presente proceso, las pruebas ofrecidas y producidas, la diligencia de las partes y el principio objetivo de la derrota, las costas procesales se imponen a la parte demandada vencida (conforme al art. 61 del CPC y C de aplicación supletoria).

2.- HONORARIOS: Corresponde en esta oportunidad regular los honorarios de los profesionales intervinientes en la presente causa, conforme lo prescribe el art. 46 inc. 2 de la ley 6.204.

Por el resultado arribado en la litis y a la naturaleza de la acción, es de aplicación el art. 50 inc. 1 de la ley citada, por lo que se toma como base regulatoria el monto del capital de condena actualizado, el que según planilla precedente resulta al 30/04/25 la suma de $377.413,70 (trescientos setenta y site mil cuatrocientos trece pesos con setenta centavos).

2.1.- Al letrado Guillermo Gustavo Ponce por su actuación en el doble carácter por el actor, durante tres etapas del proceso principal, la suma de $70.198,95 (setenta mil ciento noventa y ocho pesos con noventa y cinco centavos) (base x12% más 55% por el doble carácter)

Sin perjuicio de los cálculos realizados, advierto que el monto arribado es inferior a la suma establecida por el Colegio de Abogados de Tucumán como el mínimo establecido para la consulta escrita profesional, fijado en $560.000. Por tal motivo, entiendo que de acuerdo con lo dispuesto por los arts. 38 y 14 de la ley 5480, corresponde elevar la regulación hasta alcanzar el monto mínimo establecido por el órgano colegiado. En este mismo sentido la jurisprudencia, cuyo criterio comparto, ha sostenido que “Cuando los honorarios regulados a favor del letrado, si bien siguen el cálculo fijado por la Ley Arancelaria - Ley 5480 de Tucumán-, no alcanzan a cubrir una consulta mínima vigente al tiempo de su regulación más los honorarios procuratorios -art. 38 in fine y art. 14 respectivamente de la citada norma- deben ser incrementados hasta alcanzar dicha consulta. Consecuentemente, corresponde al letrado la suma de $560.000 (quinientos sesenta mil pesos).

2.2.- Al letrado Raúl Eugenio Martín Tejerizo por su actuación en el doble carácter por el demandado, durante dos etapas del proceso principal, la suma de $35.099,47(treinta y cinco mil novecientos noventa y nueve pesos con cuarenta y siete centavos) (base x9% más 55% por el doble carácter).

Sin perjuicio de los cálculos realizados, advierto que el monto arribado es inferior a la suma establecida por el Colegio de Abogados de Tucumán como el mínimo establecido para la consulta escrita profesional, fijado en $560.000. Por tal motivo, entiendo que de acuerdo con lo dispuesto por los arts. 38 y 14 de la ley 5480, corresponde elevar la regulación hasta alcanzar el monto mínimo establecido por el órgano colegiado. En este mismo sentido la jurisprudencia, cuyo criterio comparto, ha sostenido que “Cuando los honorarios regulados a favor del letrado, si bien siguen el cálculo fijado por la Ley Arancelaria - Ley 5480 de Tucumán-, no alcanzan a cubrir una consulta mínima vigente al tiempo de su regulación más los honorarios procuratorios -art. 38 in fine y art. 14 respectivamente de la citada norma- deben ser incrementados hasta alcanzar dicha consulta. Consecuentemente, corresponde al letrado la suma de $373.333 (trescientos setenta y tres mil trescientos treinta y tres pesos) en función de las dos etapas trabajadas.

RESUELVO

1.- **RECHAZAR** el planteo de inconstitucionalidad formulado por la parte actora conforme lo considerado.

2.- ADMITIR la demanda interpuesta por . María Carlota Roldán, DNI N° 20.311.787 contra Experta Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., CUIT N° 30-70994689-2, en consecuencia **CONDENAR** a la accionada al pago de la suma de **$377.413,70**,(trescientos setenta y siete mil cuatrocientos diecisiete pesos con setenta centavos) en concepto de la **indemnización prevista en el art. 14, inc. 2 de la Ley 24.557** (determinada sobre la base de una incapacidad del 5,3 % conforme baremo del Decreto 659/96) y del **adicional del 20 % previsto en el art. 3 de la Ley 26.773**. En consecuencia, se la condena a que proceda pagar en el término de 10 (diez) días de ejecutoriada la presente mediante depósito bancario en el Banco Macro (sucursal Tribunales) a la orden del juzgado y como pertenecientes al presente expediente digital, por lo considerado.

3.- Costas: a la demandada vencida, conforme lo considerado

4.- Honorarios: regular en la siguiente cuantía:

4.1.- Al letrado Guilero Gustavo Ponce regular la suma de $560.000 (quinientos sesenta mil pesos)

4.2.- Al letrado raúl Eugenio Martín Tejerizo regular la suma de $373.333 (trescientos setenta y tres mil trescientos treinta y tres pesos)

4.3.- Una vez firme la presente sentencia, los honorarios regulados deberán ser abonados en el término de 10 (diez) días conforme lo dispone el art. 23 de la Ley 5480. Vencido dicho plazo, operarán las prescripciones de los arts. 601 y 608 del CPCC, supletorio, convirtiendo el crédito en ejecutorio, en cuyo caso el acreedor podrá solicitar las medidas correspondientes para su cobro.

5. Planilla fiscal: Procédase por Secretaría Actuaria a su confección (cfr. art. 13 del CPL).

6. Comuníquese a la Caja Previsional de Abogados y Procuradores de Tucumán a través de su casillero digital denunciado.

REGÍSTRESE, ARCHÍVESE Y HÁGASE SABER.FJO Juzgado del Trabajo IX nom

DR. HORACIO JAVIER REY

JUEZ

JUZGADO DEL TRABAJO 9° NOMINACIÓN

Actuación firmada en fecha 01/10/2025

Certificado digital:
CN=REY Horacio Javier, C=AR, SERIALNUMBER=CUIL 20224140860

La autenticidad e integridad del texto puede ser comprobada en el sitio oficial del Poder Judicial de Tucumán https://www.justucuman.gov.ar.