

En General Roca, Provincia de Río Negro, a los 19 días del mes de febrero del año 2026, reunida en Acuerdo la judicatura integrante de la SALA I de la CÁMARA DE APELACIONES EN LO CIVIL, COMERCIAL, FAMILIA, DE MINERÍA Y CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO de la Segunda Circunscripción Judicial, después de haberse impuesto individualmente de esta causa caratulada "**T.E.A. C/ L.C.A. Y S.S. S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (ORDINARIO, RESP PROF)**", (**RO-18366-C-0000**) (**A-2RO-2194-C2021**) y discutir la temática del fallo por dictar, con la presencia de la Sra. Secretaria, emiten sus votos en el orden establecido en el sorteo practicado, los que se transcriben a continuación.

EL SR. JUEZ DINO DANIEL MAUGERI DIJO:

1.- OBJETO DEL PRESENTE:

Llegan los autos al acuerdo, conforme nota de elevación de fecha 30/09/2025, en miras de resolver los siguientes recursos interpuestos contra la sentencia publicada el 08/09/2025, a saber: 1) apelación de la Citada en Garantía de fecha 09/09/2025; 2) apelación del médico demandado Dr. Ledesma de fecha 12/09/2025; y finalmente apelación de la actora Sra. Tejerina de fecha 17/09/2025.

Corresponde señalar que, la parte actora ofreció respuesta a los memoriales de sus contrarias en fecha 30/10/2025.

2.- ACLARACIONES PREVIAS

2.1.- Recuerdo que, tanto los escritos de los recursos señalados anteriormente, como sus respuestas (en los casos mencionados), se encuentran íntegramente en formato digital, -agregadas al sistema PUMA-, y siendo que los jueces no estamos obligados a seguir a las partes en todas sus argumentaciones, sino tan sólo pronunciarnos acerca de aquellas que estimemos conducentes para sustentar nuestras conclusiones (CS, doctrina de fallos 272:225; 274:113; 276:132; 280:320) y por razones de brevedad,

he de omitir transcribir o referenciar dichas piezas con precisión, remitiéndome a su lectura, sin perjuicio de las menciones que realizaré más adelante.

2.2.- Advierto asimismo, que, con el objetivo de facilitar la lectura de esta sentencia, recurriré a una práctica que entiendo de gran utilidad y beneficio para los lectores, señalando que, toda vez que me refiera en el desarrollo de mi voto a la Constitución Nacional la identificaré como CN; a la Constitución Provincial como CPRN; al Código Civil derogado como CC; al Código Civil y Comercial como CCC; al Código Penal como CP; a la Ley de Defensa del Consumidor 24.240 como LDC; a la Ley de Seguros 17.418 como LS; a la Ley de Sociedades 19.550 como LGS; a la Ley de Concursos y Quiebras 24.522 como LCQ; a la Ley Orgánica del Poder Judicial de Río Negro, K 5190 como LOPJ; al Código Procesal, Civil y Comercial local como CPCC; a la Ley Arancelaria para Abogados y Procuradores G 2212 como LAAP; a la Ley Arancelaria de los Peritos Ley 5069 como LAP.

3.- ANTECEDENTES DEL PROCESO. CONTENIDO.

3.1.- Trata el presente, sobre la acción entablada por la Sra. Eugenia Araceli Tejerina contra el Dr. Claudio Alejandro Ledesma por los daños y perjuicios provocados en virtud de una mala praxis odontológica.

3.2.- SENTENCIA

La sentencia cuestionada resolvió “(...) **1.-** Hacer lugar a la acción por daños y perjuicios iniciada por Eugenia Araceli Tejerina (DNI 40.323.623) contra Claudio Alejandro Ledesma (DNI 16.856.480) por las razones expuestas en los Fundamentos, condenando en consecuencia al último nombrado para que dentro del término de diez días de notificado proceda a abonar la suma total de \$ 110.704.480,00 (incapacidad física y psíquica, gastos por tratamiento psicológico y daño extra patrimonial) con más los intereses que deberán ser calculados según las pautas dadas para cada

rubro; diferir la determinación de los montos correspondientes a gastos por tratamiento odontológico para la etapa de ejecución de sentencia y conforme a las pautas dadas. **2.-** Hacer extensiva la condena dispuesta contra la empresa SANCOR, COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA en los términos y condiciones pactados bajo póliza nro. 308.705 ref. 52.907 (art. 118 L.S.) y siguiendo -en la etapa de ejecución de sentencia- los parámetros de la doctrina legal del STJ en LEVIAN (07/02/2025 y su aclaratoria del 12/3/25). **3.-** Imponer las costas de este proceso a la parte demandada y citada en garantía por aplicación del principio objetivo de la derrota (art. 62 del C.P.C.C., art. 118 L.S.). **4.-** Diferir la regulación de honorarios profesionales para la oportunidad de aprobarse la respectiva liquidación (art. 48 de la Ley G 2212)".

Para fallar de tal modo, dispuso la magistrada que "(...) En el caso surge acreditado que la reclamante contaba con buen estado de salud bucal -surge de la pericial odontológica-; pesaba entonces sobre el demandado demostrar lo contrario y esto no fue logrado -máxime si alegó que " todo parecía indicar que tenía una infección importante en su boca" y sin embargo no confeccionó historia clínica, elemento que hubiera permitido acreditar lo argumentado-. A su vez la conducta odontológica reprochada resultó ser ilegítima ya que el propósito terapéutico es el fin por el cual la ley autoriza el ejercicio de tal profesión, para la curación del estado de enfermedad -en lo que aquí interesa-, con posesión de pericia y con grado de experiencia, diligencia y cuidado. Sin embargo, quedó acreditado que el estado de salud era bueno -como fue dicho- y el daño sufrido responde en base a la prueba analizada al actuar gravemente negligente del profesional demandado: por acción, al fracturar su mandíbula; por omisión, ante su actuación sin consentimiento previo informado (libre, claro y preciso; cfr. Ley 26.529) y sin los cuidados posteriores -dejándola sangrando luego de sufrir el daño-. Queda descartada con la pericial en cuestión -reitero- que el

estado de salud bucal de la actora fuera malo o que respondiera a otra causas -bruxismo-; ningún elemento probatorio permite corroborar tal hipótesis y en lo que hace a la concausalidad que pudiera existir, esto deberá ser objeto de análisis y tratamiento por la vía y modo que corresponda ya que este debate fue generado entre la actora y Ledesma únicamente. Deberá el demandado, en consecuencia, responder por las consecuencias dañosas de su obrar negligente en los términos de los arts. 1726, 1727 del Código Civil y Comercial”.

A partir de allí, hizo lugar a la procedencia de los rubros reclamados en concepto de incapacidad sobreviniente (física y psíquica), tratamiento psicológico y médicos; y daño moral.

4.- CONTENIDO DE LAS EXPRESIONES DE AGRAVIOS QUE SERÁN CONSIDERADOS. ALCANCE.

4.1.- Tal como venimos exponiendo reiteradamente: *“Siendo que los jueces no estamos obligados a seguir a las partes en todas sus argumentaciones, sino tan sólo pronunciarnos acerca de aquellas que estimemos conducentes para sustentar nuestras conclusiones (CS, doctrina de fallos 272:225; 274:113; 276:132; 280:320) y por razones de brevedad, he de omitir transcribir o referenciar con precisión lo expuesto en dicho escrito, remitiéndome a su lectura , sin perjuicio de las menciones que realice más adelante. Ello por otro parte, consustanciado con la celeridad que cabe imprimir a este tipo de procesos. Las partes conocen lo que tales piezas dicen y los restantes operadores del servicio que les toque intervenir en la causa tienen acceso a las mismas, con lo que hasta podría considerarse totalmente innecesaria la referencia”.*

5.- AGRAVIOS SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.

En fecha 16/10/2025 elevó memorial la compañía aseguradora SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.

5.1.- Adelanto que, el motivo principal de su recurso, se funda en el agravio que le provoca el hecho de que la magistrada haya aplicado el precedente LEVIAN, a los fines de la actualización de los valores de la póliza contratada por el Dr. Ledesma. Señaló de este modo que “(...) Tal decisión, resulta arbitraria y violatoria a los principios de congruencia, defensa en juicio de mi representada e igualdad de las partes, debido a que, los parámetros fijados en el precedente “*LEVIAN*” – en torno a la cuantificación del daño y referente al límite de cobertura de seguros – resultan aplicables exclusivamente ante coberturas de seguros de responsabilidad civil automotor. – En dicho fallo Levián, el Superior Tribunal de Justicia de la Provincia declaró la nulidad del límite de cobertura de la póliza en materia de seguros obligatorios para automotores, con impacto en la aplicación de la Ley Nacional de Tránsito. – Es decir que, se adopta una decisión en el marco del régimen regulado bajo la Ley 17.418 y, específicamente, aborda la interpretación del artículo 68 de la Ley Nacional de Tránsito N° 24.449, normativa que integra el contrato de seguros para automóviles. Por ende, la doctrina legal emanada de dicho fallo se aplica únicamente sobre la actualización de la cobertura de responsabilidad civil en seguros por accidentes de tránsito, y así lo establece expresamente el Fallo aludido. – De igual forma, la resolución 38.065/2013, dictada por la Superintendencia de Seguros de la Nación (S.S.N), que establece los límites de cobertura de seguros que cubren la responsabilidad civil de vehículos frente a terceros, no es aplicado en este tipo de pólizas por mala praxis médica”.

5.2.- En segundo lugar, y previo a realizar expresa reserva del Caso Federal, se agravio la aseguradora por entender que la magistrada aplicó erróneamente la tasa de interés al rubro incapacidad sobreviniente. Explicó de este modo que “(...) Luego de determinar el monto por incapacidad sobreviniente la A-quo expresa que corresponde la aplicación de la tasa

“Machin...” desde la fecha del hecho a la de la fecha de sentencia, cuando en realidad corresponde la aplicación de un 8% anual desde la fecha del hecho a la del dictado de la Sentencia, toda vez que el rubro fue calculado con el SMVM actualizado a la fecha del dictado de la sentencia, de conformidad a las prescripciones del Fallo “GUTIERRE MATIAS ALBERTO Y OTROS C/ ASOCIACION CIVIL CLUB ATLETICO RACING Y OTROS S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (ORDINARIO)”.

6.- AGRAVIOS DEMANDADO

En fecha 20/10/2025 elevó memorial el demandado Dr. Ledesma.

6.1.- Se agravió en primer lugar el Dr. Ledesma, toda vez que la magistrada al resolver, fundó su sentencia en la información aportada por la pericia médica, indicando expresamente que la misma no fue observada ni impugnada por ningunas de las partes; cuando en realidad surge del sistema PUMA que dicho informe fue cuestionado por su parte en fecha 21/05/2025, dándose traslado de las mismas en fecha 23/05/2025.

Por tal motivo, entiende que “(...) Esta decisión judicial de negar la impugnación realizada por esta parte, genera un gravemente irreparable, que vulnera contundentemente toda garantía de defensa en juicio”.

6.2.- Se agravia además, por el criterio que se utilizó a la hora de valorar la prueba acompañada y los médicos involucrados. En este sentido sostuvo que “(...) la pericia determinó la responsabilidad del odontólogo Esteban Larrauli, quien no solo eludió la obligación de declarar en juicio como testigo, cuando estuvo debidamente notificado, sino que además amenazó a mi representado a través de mensajes que fueron debidamente constatados y certificados ante escribano público”.

6.3.- Reclamó por otro lado, en relación a la falta de consideración de la prueba de mensajes de WhatsApp, indicando que los mismos fueron debidamente certificados ante escribano público.

6.4.- Continuando con su memorial, se agravió el demandado por

cuanto la sentencia asegura que “quedó acreditado que el estado de salud era bueno -como fue dicho y el daño sufrido responde en base a la prueba analizada al actuar gravemente negligente del profesional demandado: por acción, al fracturar su mandíbula; por omisión, ante su actuación sin consentimiento previo informado (libre, claro y preciso; cfr. Ley 26.529) y sin los cuidados posteriores”.

De tal modo sostuvo que, a su entender, no pudo acreditarse el nexo causal que dio origen al daño. Indicó así que “(...) la actora ya tenía un cuadro inflamatorio, y la pericia, basada en versiones, no pudo determinar fácticamente que la fractura la ocasionó Ledesma. Volvemos a insistir, en que lo único que se logró probar en juicio, fue la intervención quirúrgica de Esteban Larrauli. El autor del resultado no quedó claro, y la decisión de endilgarle el acto dañoso a mi representado, no tiene un sustento fáctico”.

6.5.- Finalmente, se agravió en relación a los porcentajes de las incapacidades, y la extensión económica de las indemnizaciones resueltas en consecuencia, por considerarlos, extra petita e irrisorios.

7.- AGRAVIOS ACTORA

Por su parte, la Sra. Tejerina -actora en las presentes actuaciones-, elevó su memorial en fecha 17/10/2025 (hora inhábil).

7.1.- Se agravia en primer lugar por el porcentaje de incapacidad dispuesto en la sentencia. Manifestó así, que, la jueza tomó únicamente el porcentaje de incapacidad física del 5,13% derivado de la pérdida dentaria, omitiendo considerar la segunda y más gravosa conclusión del dictamen pericial odontológico, en la que el experto fue categórico al señalar que, por la pérdida del complejo óseo dentario, la secuela se corresponde al 60%.

7.2.- Continuó reclamando que yerra la sentencia al momento de cuantificar la incapacidad sobreviniente total, ya que “(...) Si se atendiera a la totalidad del examen pericial odontológico, la combinación correcta de

las secuelas físicas (60% por el daño óseo) y psíquicas (30%), aplicando el método de capacidad restante, el porcentaje por incapacidad sobreviniente sufrida por la actora asciende a un 72%.

7.3.- Por último, previo a hacer expresa reserva del Caso Federal, se agravió por considerar escaso el monto reconocido en concepto de daño moral.

8.- RESPUESTA ACTORA

Tal como adelanté inicialmente, la Sra. Tejerina elevó presentación en **RESPUESTA** de los agravios esgrimidos por el galeno demandado, y por su aseguradora.

En prieta síntesis, niega la procedencia de todos los reclamos, afirmando que no caben dudas que en el presente, ha quedado acreditada la responsabilidad por los daños en cabeza del Dr. Ledesma, así como el hecho de que la magistrada al resolver aplicó correctamente la jurisprudencia imperante en la materia.

En honor a la brevedad, invito a los interesados en su completa lectura remitirse a su respectivo registro en el sistema PUMA.

9.- AUTOS Y AL ACUERDO

Pasan las actuaciones al acuerdo en fecha 11/11/2025, realizándose el sorteo de estilo en fecha 28/11/2025.

10.- ANÁLISIS Y SOLUCIÓN DEL CASO

Luego de la minuciosa lectura de los antecedentes apuntados en los párrafos anteriores, y especialmente del análisis de la pericia médica, me encuentro en condiciones de proponer a mis colegas el rechazo de los recursos interpuestos por todas las partes del litigio, con la única salvedad respecto al cuestionamiento sobre los intereses que corresponden por la aplicación del caso GUTIERRE (Sent. STJ de fecha 24/07/2024), que fuera invocado por la aseguradora.

Por obvia añadidura, la sentencia se verá confirmada en su mayor

extensión, y explicaré los motivos que me orientaron en tal sentido.

10.1.- Comenzando con el tratamiento de los agravios, el primero que he de abordar por su decisiva implicancia en la cuestión de la responsabilidad, es el articulado por el Dr. Ledesma.

10.1.1.- Refirió de este modo, que, la magistrada decidió en base a una pericia médica (odontológica), desconociendo el hecho de que la misma fue impugnada por el galeno recurrente, sosteniendo de este modo que “(...) Esta decisión judicial de negar la impugnación realizada por esta parte, genera un gravemente irreparable, que vulnera contundentemente toda garantía de defensa en juicio”.

Respondiendo este primer punto, adelanto que el mismo no deberá prosperar, toda vez que, si bien es cierto que la magistrada ha señalado que la pericia no fue impugnada -cuando en realidad lo fue-, tal situación en nada modifica el resultado final del análisis. De tal modo, puede advertirse que en fecha 21/05/2024 a las 17:54:05 se elevó la impugnación del Dr. Ledesma, corriéndose inmediato traslado el 23/05/2024 por el Juzgado interviniente. Luego, el Dr. Diaz Bardales ofreció fundada respuesta a los interrogantes e impugnaciones del demandado, ratificando finalmente sus conclusiones a partir de un pormenorizado informe, a cuya completa lectura remito por cuestiones de brevedad.

10.1.2.- Continuando con el tratamiento del recurso de Ledesma, advierto que el apelante ha insistido en la responsabilidad del Dr. Larrauli por la intervención quirúrgica realizada a la Sra. Tejerina, manifestando que, su actuación se limitó a dos consultas médicas, en las que le recetó antibióticos por su estado bucal, situación que, a su entender, no la convierte en su paciente.

Introduciéndome en el análisis, debo destacar como primera cuestión que -evidentemente- endilga responsabilidad al acusado, la ausencia absoluta de una Historia Clínica.

Recuerdo de este modo que, la pericia confeccionada por el Dr. Diaz Bardales inicia con la siguiente afirmación “(...) Debido a que no existe historia clínica (en adelante HC) realizada por el Od. Ledesma, a pesar que la paciente concurrió en 2 oportunidades al consultorio, no se puede determinar un informe de la salud bucal con **carácter previo al tratamiento** iniciado por Od. Ledesma. (las 2 oportunidades de concurrencia son relatadas por la paciente y además se puede ver en los informes de WhatsApp)”. A ello luego agrega “(...) Según las buenas prácticas médicas el profesional debe en primer lugar, confeccionar una HC del estado general y oral (se adjunta un modelo al final del informe). En 2do lugar, para realizar un diagnóstico y plan de tratamiento se debe hacer un buen examen clínico y un examen de imágenes (RX). Después de establecer el diagnóstico y si se planifica una intervención quirúrgica, es fundamental proporcionar al paciente el formulario de "consentimiento informado". Este documento detalla el tratamiento propuesto, la medicación necesaria y el curso esperado del postoperatorio, entre otros aspectos relevantes para asegurar la comprensión y la toma de decisiones por parte del paciente (se adjunta modelo al final del informe). En este caso no hubo confección de HC, ni imágenes, ni consentimiento informado por parte del Od Ledesma; se observa ficha odontológica, rx y consentimiento informado odontológico procedentes de la atención de Od. Marchetti y el Especialista en Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial (en adelante Esp. CTBMF) Larrauri”.

Asimismo, a la hora de responder las impugnaciones realizadas por el demandado, el perito señaló “(...) En respuesta a este punto, es importante destacar que el Od. Ledesma no realizó una Historia Clínica (HC), documento esencial que debe elaborarse durante la atención de un profesional de la salud. La ausencia de este documento impide verificar y evaluar adecuadamente los procedimientos y tratamientos realizados, así

como sus posibles consecuencias”.

A partir de la simple lectura entonces, puede constatarse que el profesional ha resaltado en todo momento la grave responsabilidad que implica la falta de confección de la Historia Clínica de un paciente, y más aún, si aquel se presenta en su consultorio -previo aviso por mensaje de whastapp- en el estado en que lo hizo la Sra. Tejerina. En línea con ello, el propio Dr. Ledesma ha reconocido en su relato inicial en oportunidad de contestar demanda que “(...) Lo real y concreto es que la Sra. Tejerina Eugenia Araceli, solicitó un turno para extracción de una muela con mi representado”. En esta lógica de entendimiento, si luego de que la Sra. Tejerina se comunicara con el Dr. Ledesma para una consulta, éste último accediera a la misma, reconociendo expresamente que lo hizo con el propósito de extraerle pieza/s dental/es, entonces, con más razón, debió asegurarse de dejar asentado en un Historia Clínica el paso a paso de su proceder.

No olvidemos que, además, le recetó medicación, advirtiendo una potencial infección en la boca de la actora. A partir de allí, entiendo que resulta inaceptable no dejar asentada tal situación, excusándose en el hecho de que aquella -la actora- no revestía la calidad de su paciente.

Tampoco comparto dicha conclusión. En relación a ello, coincido con lo términos empleados por el perito en su presentación, al expresar “(...) Mi expertise en las ciencias de la salud y formación en normas aplicables a la profesión de médicos y/odontólogos que es parte de nuestra capacitación profesional, sea de grado y posgrado, me permite apreciar lo siguiente: Si una persona según reconoce la demandada, ha recibido la indicación de tomar un calmante y antibiótico por parte de un odontólogo. Ya se considera paciente. La Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud define al paciente como "toda persona física que recibe servicios de salud". Esta definición es

amplia e incluye a cualquier persona que tenga contacto con el sistema de salud, independientemente de la complejidad o duración de la atención recibida. En el caso que nos ocupa, el odontólogo ha brindado una prestación de salud al paciente, aunque sea solo la indicación de medicamentos. Esta prestación lo convierte en paciente a los efectos de la ley”.

Se ha expuesto respecto de la obligación del odontólogo de elaborar la historia clínica de su paciente: "Sin hesitación, es dable afirmar que el dentista, como el médico en general, debe requerir el asentimiento de su paciente para ser sometido a un tratamiento en particular. Es menester la firma del consentimiento prestado siguiendo los parámetros en los que se guían los galenos. La ley 26.529 (B.O. 20/11/2009) regula los derechos del paciente y el consentimiento informado (arts. 5° y sigtes.), en el caso, aplicable también a los odontólogos(46) . Esta ley también norma lo atinente a la historia clínica y en especial en su art. 15, inc. f) (47) a la historia odontológica (48)" (Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica: Civil y Penal. Tomo II, Autor: Garay, Oscar E., Editorial: La Ley, Parte VI - Responsabilidad civil de los profesionales de la salud, Capítulo 46 - Responsabilidad civil de los odontólogos, Por Fernando Alfredo Sagarna⁷. Diversos supuestos de mala praxis odontológica d. Daño ocasionado a partes de la cavidad bucal. El "consentimiento informado" y la "historia clínica" en la actividad odontológica,

URL

<https://proview.thomsonreuters.com/launchapp/title/laley/2014/41621210/v1/document/E7A413FF-4F9F-ECD7-3E1A-4A2ACD0340AC/anchor/872C7ACB-E32D-B341-572E-7674C1168E5B?sponsor=PJPRN-2>).

Finalizando este punto, quisiera agregar que, ya resulta un criterio ampliamente aceptado, el que refiere a la importancia que reviste la

exigencia a los profesionales de la medicina de confeccionar Historias Clínicas, y por supuesto, la consecuente responsabilidad en los casos en que se incumpla con esta manda legal. A mayor fundamento, podría traer a colación un interesante trabajo del Dr. Lorenzetti, en el que trata especialmente la cuestión en los siguientes términos “II) HISTORIA CLÍNICA. Ricardo L. LORENZETTI ha dicho que la historia clínica es, desde el punto de vista médico, un documento en el que se dejan constancias de los acontecimientos principales del acto médico y de la enfermedad del paciente. Desde el punto de vista jurídico, siendo que el médico tiene el deber de información, la historia clínica es la documentación del mismo. Ello significa que el galeno tiene el deber de informar, asentando los datos relevantes del diagnóstico, terapia y de la enfermedad del paciente. Así se ha dicho que “no debe olvidarse que frente al derecho del paciente a ser informado y acceder a la historia clínica, surge como contrapartida la obligación del médico de llevar un correcto registro del tratamiento”. Desde el punto de vista procesal, se trata del deber de cumplimiento de una carga informativa en el proceso, derivada de aquel deber secundario de conducta. El galeno debe informar y como consecuencia de ello hacer llegar la documentación en que consta el cumplimiento de dicho débito al proceso. De allí que el incumplimiento de ese deber procesal conduzca a una inversión de la carga de la prueba sobre aquellos hechos que no constan en la historia clínica. La historia clínica es un registro de datos médicos sobre el diagnóstico, terapia y evolución de la enfermedad del paciente. Quien lleva un registro de datos tiene obligaciones. En primer lugar, consignar la información relevante para el fin que ha sido creado el banco y no para otra cosa, porque se desvía del objetivo que la ley tuvo en miras al reconocerlo y constituye un acto abusivo (art. 1071 bis, Cód. Civil). De ello se sigue que la persona cuyos antecedentes van a ser procesados debe ser notificada de ese hecho, del tipo

de información y del destino que se le van a dar a sus datos, requiriéndosele el consentimiento. Apreciada como banco de datos específicos, se ha indicado que la historia clínica debe ser elaborada con precisión, corrección y con el mayor detalle posible. Por ello se ha indicado que debe contener: *

Los datos del paciente y de la enfermedad, como así también un relato de los principales hechos. Se ha dicho con base en las opiniones del perito médico de la causa (Cám. Nac. Civ., Sala J, “M., C.R. y otro c/Municipalidad de Bs. As.”, LL del 15.02.94) que deben estar bien redactadas, completas, exactas, resaltando los hechos de mayor importancia, los resultados de la exploración física, indicando los datos negativos porque señalan que no se olvidó el detalle particular y que el síntoma o el signo no era evidente en el momento de la exploración. Cuando se da el alta al paciente o se lo traslada de hospital, se debe abrir un capítulo denominado epicrisis con el comentario del diagnóstico de ingreso, su evolución y estado de egreso, con firma y sello de médico. *

Debe ser clara, precisa, completa y metódicamente realizada (SCJBA., Ac 48.759 del 3.11.92). * No es el simple relato sino también las consideraciones que hace el médico al terminar de analizar al enfermo y las valoraciones según su criterio. * Las historias clínicas deben ser actualizadas diariamente a fin de dar cumplimiento a las normas establecidas en el departamento de cirugía. Todos los resultados de una exploración física deben ser anotados completa y minuciosamente, no sólo para documentar el acto médico, sino para llegar a un diagnóstico y establecer un pronóstico para el bien del paciente, siendo obligación de las jefaturas correspondientes arbitrar los medios e impartir las órdenes necesarias, así como vigilar su cumplimiento (Cám. Nac. Civ., Sala M, 25.11.91, “Sobrero de Alvarez, Delia R. y otro c/Municipalidad de la Capital”, J.A. Del 03.06.92). Vázquez Ferreyra enseña que “en el citado documento obran o deben obrar no sólo los antecedentes del paciente y su

estado actual, sino también la ficha de anamnesis, el diagnóstico, la terapia o tratamiento a aplicar, la evolución del paciente, la medicación suministrada ..." (VAZQUEZ FERREYRA, "La Importancia de la Historia Clínica en los Juicios por Mala Praxis Médica" en LL del 25.03.96). La jurisprudencia ha sido muy estricta, señalando por ejemplo que "la historia clínica no es el simple relato, la descripción de una enfermedad aislada: comprende además el comentario, las consideraciones del médico al terminar de analizar al enfermo, y valorar los datos recogidos según su criterio; debe ser clara, precisa, completa y metódicamente realizada. Y su confección incompleta constituye presunción en contra de la pretensión eximitoria del profesional" (Cám. Nac. Civ. y Com. de San Nicolás, 23.04.94, J.A. del 15.3.95). La omisión de datos como elementos de inversión de la carga probatoria. Como se ha indicado al tratar el deber de información y la regla probatoria derivada del mismo, las omisiones en la historia clínica producen un efecto jurídico importante: la traslación de la carga probatoria. Bueres ha dicho que: "se probó fehacientemente que la historia clínica estaba plagada de deficiencias y de omisiones ... este hecho es imputable a todos los médicos que intervinieron directamente en la atención del menor Estas razones suponen graves irregularidades, son suficientes para generar una presunción judicial de culpa que imponía a los demandados la prueba de su falta de culpa." (Cám. Nac. Civ., Sala D, "Calcaterra y otros c/Municipalidad de Bs. As.", LL del 17.09.91). Por su parte, Ghersi afirma que la historia clínica es como la presunción de la contabilidad para el comerciante, si la lleva en orden juega a su favor, pero si es deficiente, incompleta, etc., juega inmediatamente en su contra (GHERSI, Carlos, "Responsabilidad de la Entidad Sanatorial", en J.A. 1991-III-553). Andorno señala que su confección incompleta constituye una presunción en contra de la pretensión eximitoria del profesional (ANDORNO, "Responsabilidad Civil Médica, Deber de los Facultativos").

También hay una fuerte línea jurisprudencial en dicho sentido: Así, se estableció que “las omisiones y deficiencias de la historia clínica sólo pueden perjudicar a la demandada ya que sus constancias son aptas para interpretar la labor de los médicos actuantes.” (Cám. Nac. Civ., Sala J, “M. C. R. y Otro c/Municipalidad de Bs. As.”, LL., del 15.02.94). Se sostuvo: “La carga de la prueba es del actor. El profesional médico no tiene que demostrar su actuar diligente, sino ante lo incompleto de la historia clínica debe aportar al proceso los datos faltantes en la misma, toda vez que dependiendo de él -que tuvo en sus manos el tratamiento del paciente- al no ser arrojados al proceso, crean en su contra una presunción de verdad sobre su conducta antiprofesional, que a él corresponde desvirtuar.” (SCJBA., “Acosta, Ramón y otra c/ Clínica Indarte S.A. y otro”, J.A. del 13.10.93; citado por Galdós, “Prueba, Culpa Médica y Carga Probatoria Dinámica en la Doctrina de la Suprema Corte de Buenos Aires”, publ. en Revista del Colegio de Abogados de La Plata, año XXXV, N° 56). “La carencia de la referida historia clínica impide contar con un elemento valioso de prueba ... ausencia esta que debe perjudicar a la demandada, a quien le era exigible, como colaboración, en la difícil actividad esclarecedora de hechos de la naturaleza de los que se trata” (Cám. Nac. Civ., Sala E, “Sachi de Reggie, Teresa c/Altman Canestri, Edgardo”, LL. 1981-D-132). (conf. LORENZETTI, Ricardo Luis, “Responsabilidad Civil de los Médicos”, Ed. Rubinzal Culzoni, T. II, ps. 243/255)” (“GULLOTA, Nicolás c/CLINICA VIEDMA S.A. y Otro s/CASACION” Expte. N° 21307/06-STJ-, Se. 14/08/2008)”.

10.1.3.- Continuando con el tratamiento, entiendo inconducente el agravio relacionado a la hipotética ausencia de intervención del Dr. Ledesma respecto a la actora, así como la supuesta falta de acreditación del nexo de causalidad que uniera el daño provocado a la Sra. Tejerina con el actuar del médico demandado.

Para fundamentar mi postura, no veo que exista un argumento más claro, específico y abundante que el aportado por el perito en la presentación ofrecida en respuesta de las impugnaciones a su informe inicial. Por tales razones, y sin perjuicio de atreverme a caer en una extensión que pueda dimensionar aún más mi desarrollo, me permitiré la transcripción de algunas de sus conclusiones.

En esta línea de argumentación, sostuvo el Dr. JUAN LEONARDO DIAZ BARDALES lo siguiente “(...) En relación con la afirmación del impugnante, de que mi pericia se basó únicamente en los relatos de la víctima, considero necesario aclarar: el informe pericial odontológico fue confeccionado situando los hechos y antecedentes a partir de todas las constancias y documentación aportadas al expediente, así como del examen clínico realizado. La metodología empleada asegura que las conclusiones son el resultado de una evaluación objetiva y bien fundamentada de toda la evidencia disponible” ... “Donde la defensa indica que la actora no es paciente del demandado: el demandado realiza 2 recetas de 2 fármacos o drogas que necesitan de un conocimiento de la afección o patología del paciente y su estado general; un antibiótico (atb) requiere un conocimiento del estado general para poder determinar el tipo de atb y la forma de posología; requiere controles posteriores para evaluar la acción del atb. Con respecto a la otra medicación “calmante” (analgésico – antiinflamatorio) recetado por Od. Ledesma, también exige conocer el estado general por posibles alergias y discrasias sanguíneas que puede padecer el paciente. El profesional que emite receta, debe conocer además la intensidad del cuadro inflamatorio y dolor local para indicarlo. Por todo lo ante dicho, por las recetas de fármacos importantes que indica el Od Ledesma, este perito puede determinar que la actora era paciente del Od. Ledesma”.

Continuando con su explicación, en respuesta al agravio relacionado a que la pericia se basó únicamente en los relatos de la víctima, respondió el

profesional que “(...) considero necesario aclarar y detallar el procedimiento y las bases sobre las cuales se realizó el informe pericial de especialidad. 1. Recopilación de Antecedentes y Documentación: El informe pericial en CTBMF se confeccionó a partir de una revisión exhaustiva de todos los documentos y pruebas aportadas al expediente. Esto incluyó: Fichas odontológicas Radiografías diagnósticas y de control; Informes odontológicos. otros documentos relevantes en el expediente 2. Examen Odontológico y maxilofacial: Se realizó un examen odontológico y maxilofacial completo de la víctima, documentando el estado actual de salud bucal, lesiones presentes, y cualquier signo de trauma o daño consistente con el relato de los hechos. Las observaciones clínicas se registraron meticulosamente y se compararon con las evidencias documentales. 3. Análisis y Comparación de Evidencias: La pericia no se basa únicamente en los relatos de la víctima. Estos relatos fueron corroborados mediante un análisis detallado de las pruebas físicas y documentales. 4. Metodología Utilizada: La metodología empleada en el análisis pericial sigue los estándares de imparcialidad y objetividad propios de la odontología forense. Se aplicaron técnicas de análisis de lesiones y evaluación de daños que están aceptadas en la comunidad odontológica. Cito como referencia de la metodología utilizada “Medicina Legal y Criminalística” pág. 369 a 377; Sep. 1990 Nuevo Foro Penal, N° 49. 5. Conclusiones Basadas en Evidencias: Las conclusiones del informe pericial se fundamentan en una evaluación integral de todas las evidencias disponibles, no solo en los relatos de la víctima. Cada conclusión se basa en múltiples fuentes de información y un análisis minucioso de los datos recogidos”.

Por otro lado, en respuesta a la posibilidad de que el Dr. Ledesma no hubiera tenido participación en las lesiones provocadas por la intervención a la Sra. Tejerina, señaló el perito “(...) En este punto es necesario aclarar

que la causa subyacente del daño que afecta a la actora es una fractura, la cual se produjo como resultado de un procedimiento odontológico. Como experto, puedo confirmar que la ausencia de lesiones óseas en otras áreas de los maxilares indica que esta fractura no fue causada por un accidente o un golpe externo. Si hubiera habido lesiones osteolíticas en el hueso de la actora, esto podría haber facilitado una fractura debido a un golpe accidental; sin embargo, como se evidencia en la radiografía panorámica de la Sra. Tejerina, este no es el caso” ... “Con relación al punto impugnado, este perito llega a la conclusión con respecto al del daño que presenta la actora, como ya lo he reiterado anteriormente, teniendo en cuenta las fichas odontológicas e imágenes radiográficas presentes en el expediente confeccionadas por Od Marchetti y Esp. CTBMF Larrauri, como así también por la evaluación clínica realizada a la actora. La no confección de HC por parte de Od. Ledesma – como ya lo he indicado- no permite corroborar que haya provocado o no la fractura. Pero si se arroja un manto de duda razonable y profesional a partir de la omisión de los deberes mencionados”... “En respuesta a la impugnación de la defensa, donde afirma que no apporto ningún elemento técnico que permita determinar la autoría del hecho y el grado de responsabilidad digo: queda claro que hay 3 profesionales involucrados: hay un profesional, Od Ledesma, que prescribe 2 recetas de medicación importante para control de infección, dolor e inflamación, sin confección de HC ni ficha odontológica (odontograma) del paciente; el segundo profesional en cuestión, Od. Marchetti, técnicamente está demostrado, porque presenta ficha odontológica, que registra la atención de urgencia por una fractura mandibular y la solicitud de un especialista en CTBMF; como experto, puedo asegurar que el tratamiento de fracturas maxilofaciales escapa a los conocimientos de un odontólogo general; por lo tanto, es esencial que un especialista en CTBMF se encargue de estos casos para asegurar una atención adecuada. cuando digo

que tercer profesional involucrado Esp. CTBMF Larrauri, podría haber ofrecido otras alternativas de tratamiento a la actora, me baso en mis conocimientos como especialista en CTBMF como así también por bibliografía que corresponden a la especialidad sobre reconstrucciones de fracturas maxilofaciales : se puede citar: - “Cirugía Oral y Maxilofacial Contemporánea – James R. Hupp / Edward Ellis III / Myron R. Tucker” ; “Manual de Urgencias en Cirugía Oral y Maxilofacial- Fernandez del Castillo”.

Asimismo, consultado el perito respecto a, cuál cree que fue la intervención realizada a la actora por el Dr. Ledesma, y cómo llega a determinar si la misma fue producida por éste, responde “(...) Durante la entrevista pericial, la paciente relató que el Odontólogo Ledesma programó dos citas: una para administrar antibióticos y otra para realizar una extracción dental. Durante la extracción, el odontólogo aplicó anestesia y realizó fuerzas excesivas, moviéndose y adoptando diversas posiciones alrededor del sillón. En un momento, la paciente percibió un ruido extraño y notó un cambio repentino en la expresión facial del profesional (aparentemente asustado). Después de la extracción, la actora experimentó un sangrado excesivo; el odontólogo colocó gasas, proporcionó instrucciones de cuidados, y le indicó que el tratamiento había concluido y que se podía retirar. Sin embargo, al notar un sangrado abundante, la paciente le solicitó una ambulancia, lo cual irritó al Odontólogo Ledesma, quien le indicó que se fuera a su casa porque el tratamiento ya había finalizado. Basándome en el relato de la paciente, los mensajes de WhatsApp, los tiempos en que concurre a los diferentes consultorios y centro radiológico, así como por las fichas proporcionados por Od. Marchetti y Larrauli, llego a la conclusión de que la secuencia de eventos experimentada por la paciente parece ser verídica. Sin embargo, no se ha encontrado ningún registro de HC del Odontólogo Ledesma, a pesar de las

dos citas que tuvo con la paciente”.

Ahora bien, del repaso de la pericia y su respuesta, no me caben dudas respecto de la responsabilidad que le cabe al aquí demandado. Tal como se observa, el perito ha señalado la principal intervención del Dr. Ledesma en los hechos de los que se lo acusa, desde la falta de confección de una Historia Clínica, hasta la fallida intervención a partir de la cual se provocaron los daños en la persona de la Sra. Tejerina. Por supuesto, que no se me escapa el hecho de que también se ha señalado como parte de la cadena de sucesos la intervención del Dr. Marchetti y del Dr. Larrauri. Sin embargo, a mi entender, el grado de participación y responsabilidad resulta incomparable.

Nótese que si bien es cierto que los médicos referidos, tampoco confeccionaron una Historia Clínica detallada de la evolución de la paciente, al menos se divisa que realizaron “fichas odontológicas e imágenes radiográficas” que son parte de una Historia Clínica. Respecto a ello, y tomando las reflexiones del perito quien expresamente señaló que es un deber de los médicos atender las urgencias, infiero tal vez, que, la alarmante situación provocada al aparecerse la Sra. Tejerina ensangrentada, implorando una solución, seguramente flexibiliza la obligación de cumplir con el papeleo.

10.1.4.- Finalmente, quisiera agregar que, no sólo la pericia y su respuesta demuestran la responsabilidad del aquí demandado, sino que además, contamos para el análisis con una copiosa prueba testimonial que afianzan aún más dicha postura.

En este sentido -el testigo Méndez dijo ser el padre de quien fuera pareja de la actora al momento de los hechos. Relató que recibió una llamada telefónica de su hijo con el pedido de que fuera a buscar a la actora a la salida de un consultorio odontológico porque no se sentía bien; precisó dirección del lugar. Recordó que ese día la actora tenía un buzo gris

ensangrentado, que ella le comentó lo que pasó, que le querían extraer una muela y la habían lastimado; que le dijo que le había hecho mucha fuerza y la había lastimado. Agregó que se quedó con ella y llamó a una odontóloga amiga para que la revise dado que sangraba y ella no quería volver a ese consultorio, que ella la derivó a otro odontólogo y tal persona se puso en contacto con un dentista-cirujano. Indicó que habló con tal dentista, que le explicó que tenía fracturado y debía derivarla a un cirujano, que todo ocurrió el mismo día; que por la complejidad tenía controles semanales, que le había dicho el cirujano que tenían que hacerle una reconstrucción. Recordó que fue en época de pandemia, que usaba el barbijo por la situación, tapándose; que por mucho tiempo no pudo masticar, debía ingerir todas cosas líquidas.

Por su parte, la Sra. Gómez dijo ser la madre de la pareja de su hijo, recordó que fue antes de la pandemia, un tiempo con ella -aproximadamente un año-; supo lo que le pasó con el demandado Ledesma, que se atendió con él, que llamó a su hijo porque tuvo un problema, y fueron con su marido a buscarla; después estuvo triste, no podía comer, se le caía la comida de la boca, estuvo con el barbijo todo el tiempo; que lo vio, que tuvo que dejar de trabajar -cuidando unos chicos- por ese problema -“no sé cuánto tiempo tuvo que dejar de trabajar”-; dijo que tuvo que comprar medicación por el dolor, unas leches para alimentarse, que la ayudaba a comprar la leche, algún medicamento.

La Sra. Sandoval Salgado dijo ser conocida, con buena relación; se enteró del problema que tuvo con el dentista “que le fracturó la mandíbula” a través de su madre; dijo que tuvo que organizarse con sus horarios para cuidar a sus hermanos porque lo hacía ella -con referencia a la actora-, que estuvo 10 días haciendo reposo. Dijo que se enteró por ella y por su mamá porque tuvieron que organizar sus horarios; que supo que Ledesma fue al odontólogo, que tuvo inconvenientes posteriores por su aspecto físico; que

el problema ocurrió en pandemia. Dijo que le costaba alimentarse por el problema en su mandíbula, que bajó de peso por no poder alimentarse bien. Agregó que pudo hablar poco con la actora, que le mostró como había quedado.

Finalmente, y de mayor y trascendental importancia, el Dr. Marchetti dijo que la actora fue su paciente en 2021, 2022 aproximadamente; no conoce al demandado. Recordó que fue por una urgencia, por una fractura; después cree que hicieron un conducto, una incrustación. No recordó el día ni la hora; que se presentó, tocó timbre, tenía la ropa ensangrentada, no hablaba y que pensó que había tenido un accidente por el estado en el que estaba, por la sangre en la ropa. Recordó que estuvieron en el consultorio, que no sabía explicarle y que luego explicó que le habían realizado la extracción de una pieza dental. Recordó que hizo llamada a un cirujano, que hicieron una imagen panorámica y con el resultado la derivó -no recordó el lapso de tiempo, pero o que aproximadamente fueron dos horas-; que en el consultorio la atendió para detener el sangrado. En cuanto a la fractura, recordó que el complejo alveolar estaba quebrado, como colgando y había mucho sangrado; dijo que la paciente le comentó que fue Ledesma, que llamó a Larrauli por el estado que presentaba.

10.1.5.- Por todo lo hasta aquí desarrollado, considero acertado el resolutorio de grado, a partir del cual se dispuso que el demandado incumplió con su obligación de confeccionar la historia clínica de la actora pese a haberla atendido en dos oportunidades (el 06/07/2020 y 08/07/2020); y que en esta segunda consulta (08/07/2020) le realizó la extracción que causó la fractura de mandíbula, con los consecuentes daños y sus secuelas.

10.2.- Continuando el análisis, corresponderá abordar los agravios referidos a la procedencia y medida de los rubros indemnizatorios, recordando que, respecto de ellos, se agravió la parte actora, así como

también el demandado Dr. Ledesma.

10.2.1.- Ahora bien, previo a emprender el análisis, conviene aclarar que el galeno recurrente se agravio en relación a estos puntos en los siguientes términos “(...) Nos agravian también, todos y cada uno de los porcentajes y montos, establecidos en cada uno de los rubros indemnizatorios, que determina la sentencia, por considerarlos, extra petita e irrisorios”.

De una simple lectura, puede advertirse, que, el apelante no proporciona ningún detalle ni fundamento en virtud del cual pretende sostener su agravio. De este modo, no identifica respecto a qué rubro expresa disconformidad, cuáles serían sus razones y argumentos, y desde luego, cuál sería específicamente su pretensión, más allá de la presumible revocación o reducción de los montos.

En tal sentido, siendo que a mi entender, la expresión de agravios en este punto no ha alcanzado los estándares mínimos previstos por la norma de procedimiento (art 238 CPCC), deberá sin más, ser declarado desierto.

10.2.2.- Distinta situación reviste el reclamo entablado por la parte actora, quien se agravio por el porcentaje dispuesto en la sentencia respecto al rubro “incapacidad sobreviniente”; así como al monto indemnizatorio resuelto en concepto de daño moral.

Recuerdo entonces que, expresó la Sra. Tejerina “(...) Se agravia esta parte por cuanto el a quo tomó únicamente el porcentaje de incapacidad física del 5,13% derivado de la pérdida dentaria, omitiendo inexplicablemente considerar la segunda y más gravosa conclusión del dictamen pericial odontológico, en la que el experto fue categórico al señalar que, por la pérdida del complejo óseo dentario, la secuela se corresponde al 60%”.

A continuación, ligó este punto al segundo de sus agravios, señalando “(...) Por otra parte, yerra el a quo al momento de la determinación y

cuantificación de la incapacidad sobreviniente al arribar a un porcentaje del 40.59%, lo cual resulta inexplicable e infundado. Al realizar el análisis del presente rubro, la sentenciante considera erróneamente solamente el 5.13% de incapacidad física indicado en la pericia odontológica por pérdida de piezas dentarias, y el 30% de incapacidad psíquica determinado por la pericia psicológica. Si se atendiera a la totalidad del examen pericial odontológico, la combinación correcta de las secuelas físicas (60% por el daño óseo) y psíquicas (30%), aplicando el método de capacidad restante, el porcentaje por incapacidad sobreviniente sufrida por la actora asciende a un 72%”.

Ahora bien, ingresando en su tratamiento, adelantaré que corresponderá rechazar los agravios de la accionante, y para ello me sustentaré en la letra de la pericia odontológica confeccionada por el Dr. Díaz Bardales. Cabe además la aclaración, de que sus conclusiones sobre este punto, no resultaron repreguntadas ni mucho menos cuestionadas por ninguna de las partes del conflicto.

Explicó allí el profesional consultado “(...) Como ya respondí anteriormente, en este caso se observa daño a nivel dentario y del complejo alveolar del maxilar inferior. Tomando como base el baremo de Bertini, que otorga el 20 % de la total obrera, por la pérdida total de piezas dentarias permanentes, en este caso el el grado de incapacidad sobreviviente es de 5,13% de la TO 300 20% 77 5,13% Según decreto 659/96, que establece la valoración de fracturas de huesos maxilares (mutilaciones de partes óseas y blandas), en este caso donde hay pérdida el complejo óseo dentario, la secuela correspondería al 60%”.

Nótese que, la incapacidad física del 60 % que menciona el perito, en verdad proviene de las referencias y valoraciones pertenecientes al Decreto 659/96, el cual, como es de público conocimiento, pertenece al ámbito laboral y en consecuencia, escapa al fuero civil. Por tal motivo, a mi

entender resulta inaplicable a nuestro caso.

Sin embargo entiendo que, contrariamente a lo afirmado por la recurrente, la magistrada sí ha contemplado la fractura del maxilar pese a no haber explicado su razonamiento para arribar al porcentaje de incapacidad asignado en la sentencia (40,59 %).

Se expuso en la sentencia:“(…) Continuando, para la determinación del porcentaje de incapacidad tanto física como psíquica debe emplearse el método de capacidad restante pero aplicado al baremo Altube-Rinaldi (cfr. STJ KUCICH, SD 55 – 29/04/2025) y esto arroja un porcentaje del 40,59% con carácter parcial y permanente. A los fines de cuantificar el rubro seguiré las pautas dadas por el STJ en "HERNANDEZ C/ EDERSA" (11/08/2015), "PEREZ BARRIENTOS" (30/11/2009), "ELVAS" (27/10/2015), "JEREZ" (24/11/2015), "GUICHAQUEO" (18/8/2016), GUTIERRE (SD 65- 24/07/2024; aplicable a hechos ocurridos a partir del mes de agosto de 2015 y en procesos sin sentencia firme y consentida sobre el punto)…”

La conclusión de que la magistrada ha ponderado la fractura antes mencionada la extraigo de su remisión al baremo Altube-Rinaldi en el que la incapacidad por la fractura del maxilar inferior con dificultad leve para la masticación posee un porcentaje mínimo del 8 % y uno máximo del 15 %. De modo que ponderando el porcentaje por incapacidad psíquica (30 % incapacidad mayor), el mencionado por la fractura del maxilar y por último el atribuido por las pérdidas dentarias (5,13 %), por el sistema de la capacidad restante, arribamos precisamente al porcentaje total atribuido por la magistrada y que ya ha sido mencionado.

Dable es destacar que el Baremo Bertini constituye un sistema clásico de valoración de daños y secuelas, especialmente en odontología forense en Argentina, que asigna porcentajes de incapacidad por la pérdida de piezas dentales o sus funciones (masticatoria, fonética, estética), basándose en un

valor total del 20% para la pérdida total del aparato bucal, y se usa junto a otros baremos para calcular indemnizaciones por accidentes.

En esta línea de análisis, no resulta ilógico que, si la pérdida total de las piezas dentarias conlleva una incapacidad del 20 % de la TO (total obrera), la pérdida de 6 piezas dentales se determine en un 5,13 % como ha hecho el perito.

En resumen, contrariamente a lo afirmado, sí se ha contemplado la fractura del maxilar utilizando para su ponderación el baremo Altube-Rinaldi.

En conclusión he de propiciar la desestimación del agravio.

10.2.3.- Previo a continuar con el tratamiento del siguiente rubro, debo reconocer que, tal como lo sostuvo la Aseguradora SANCOR SEGUROS -quien también se agravió en este punto- la sentencia incurre en un error al aplicar los intereses sobre la suma resultante por el rubro incapacidad sobreviniente. Dispuso la magistrada así “(...) Expuesto todo lo anterior, encuentro justo y equitativo otorgar por el rubro la suma de \$ 70.304.480,00 (arts. 165 del C.P.C.C, art. 7, 1737,1738, 1739, 1746 y concs. del Código Civil y Comercial de la Nación).- A tal suma deberán aplicarse intereses, calculados desde la fecha del hecho -8/7/2020- y hasta su efectivo pago conforme las pautas dadas por el STJ en MACHIN”.

En verdad, lo correcto sería -en observancia del precedente GUTIERRE-, la aplicación de un 8% anual desde la fecha del hecho a la del dictado de la Sentencia de grado, y a partir de dicho momento sí la prevista en el precedente MACHIN. De ese modo lo dispuso nuestro STJ, al señalar “(...) Finalmente y como corolario de lo antes propuesto, a la suma que surja por aplicación de la fórmula en concepto de capital nominal de condena por resarcimiento del daño económico, a diferencia de aplicar los intereses de acuerdo con la doctrina fijada por este Superior Tribunal de Justicia en autos "Calfín" (STJRNS3 Se. 180/92 de fecha 08-10-92); "Loza

Longo" (STJRNS1 Se. 43/10 del 27-05-10); "Jerez" (STJRNS3 Se. 105/15 del 23-11-15, "Guichaqueo" (STJRNS3 - Se. 76/16 del 18-08-16); "Fleitas" (STJRNS3 - Se. 62/18 del 03-07-18) "Machin" (STJRNS3 - Se. 104/24 del 24-06-24) se deberá aplicar desde la fecha del hecho generador de la responsabilidad a la fecha de la sentencia de Primera Instancia, una tasa pura del 8% y a partir de entonces y hasta su pago, la tasa fijada o que eventualmente fije la doctrina del Superior Tribunal de Justicia para los distintos períodos”.

10.2.4.- Pasando al agravio relacionado al monto indemnizatorio reconocido en concepto de daño moral, adelantaré que no comparto los argumentos esbozados por la actora recurrente, los cuales sugieren que la cifra resuelta en la sentencia resulta escasa en comparación a la grave situación sufrida por la Sra. Tejerina a raíz de los hechos descriptos.

Sostuvo la recurrente “(...) El daño moral constituye una consecuencia inmediata y directa de la lesión a la integridad psicofísica y estética de la actora, y debe apreciarse de manera proporcional al grado de incapacidad y a las secuelas permanentes que afectan su vida cotidiana, su imagen y su bienestar psicológico. La disminución funcional y estética derivada de una lesión ósea maxilar y la pérdida dentaria no sólo conllevan un impacto físico, sino también una afectación visible y sensible que repercute en las relaciones personales, laborales y sociales, circunstancias que no fueron adecuadamente ponderadas por el a quo. De reconocerse el porcentaje de incapacidad psicofísica real (72%), debe necesariamente revisarse al alza el quantum indemnizatorio por daño moral, a fin de mantener la debida proporción entre ambos rubros y asegurar una reparación integral, conforme los principios del art. 1741 del Código Civil y Comercial de la Nación”.

Como primera observación, puedo advertir que la actora apelante ha sujetado su reclamo de “alza” del monto indemnizatorio, a la hipotética

modificación del porcentaje de incapacidad física derivada de las lesiones. Nótese así, que, de alguna manera ha condicionado la procedencia de su agravio, al reconocimiento de un porcentaje que, finalmente, resultó descartado (el del 60%).

A partir de allí, a mi entender, podríamos rechazar sin más el agravio, confirmando el monto resuelto en la instancia de grado.

10.3.- Habiendo resuelto los puntos en torno a la responsabilidad por la mala praxis y los montos indemnizatorios por los rubros reconocidos a partir de los hechos analizados, tocará pronunciarme en relación al recurso de la Citada en Garantía SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA., quien principalmente se agravió por entender errónea la aplicación del precedente LEVIAN.

10.3.1.- Recuerdo que, la sentencia dispuso en su parte final “(...) **D.-** Atento haber asumido la cobertura asegurativa la empresa SANCOR, COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA, la condena le será extensiva en los términos y condiciones pactados bajo póliza nro. 308.705 ref. 52.907 (art. 118 L.S.;) y siguiendo -en la etapa de ejecución de sentencia- los parámetros de la doctrina legal del STJ en LEVIAN (07/02/2025 y su aclaratoria del 12/3/25)”.

10.3.2.- Frente a tal decisión, se agravió la Citada en garantía manifestando que “(...) Tal decisión, resulta arbitraria y violatoria a los principios de congruencia, defensa en juicio de mi representada e igualdad de las partes, debido a que, los parámetros fijados en el precedente “*LEVIAN*” – en torno a la cuantificación del daño y referente al límite de cobertura de seguros – resultan aplicables exclusivamente ante coberturas de seguros de responsabilidad civil automotor”.

10.3.3.- Introduciéndome en el análisis inicialmente destaco que el planteo recursivo posee parte de razón. En efecto, disponer derechamente que resultarán aplicables -sin más- en la etapa de ejecución de sentencia los

parámetros del precedente "LEVIAN", excluye al análisis las diferencias entre aquél y este caso. Aquél se trataba de un seguro de responsabilidad civil obligatorio cuyo límite de cobertura se encuentra establecido por las sucesivas Resoluciones de la Superintendencia de Seguros de la Nación; el presente es un seguro de mala praxis el cual -como bien afirma la recurrente- no posee un monto mínimo establecido por aquél organismo sino que se encuentra determinado por la libre contratación entre las partes, de conformidad al riesgo de la actividad.

Aun así, considero que la finalidad perseguida con los pronunciamientos dictados en los casos "LEVIAN" e "ILU", guarda estricta relación con el presente. Es decir, no es posible validar la pretensión de la aseguradora de dar una respuesta limitada al monto nominal del seguro contratado con fecha 12/02/2020, por idénticas razones que las ponderadas en aquellos precedentes que constituyen doctrina legal obligatoria.

Remito asimismo al análisis realizado recientemente por la Sala 2 de este tribunal en los autos "[ALFARO](#)", sentencia de fecha 06/02/2026.

Corresponde recordar que al dictar sentencia en los procesos antes indicados ("LEVIAN" e "ILU"), nuestro Superior Tribunal de Justicia, señaló "(...) 3.4.- Ahora bien, resulta factible delimitar el alcance de la doctrina legal con el objetivo de armonizar los derechos y obligaciones de las partes involucradas en el contrato de seguro, garantizando el respeto al derecho de propiedad del asegurado, la reparación plena de los actores y el cumplimiento del deber de indemnidad por parte de la aseguradora. Ello así, incluso, dentro de la posición contractualista que trasunta el dictado del fallo señero de la Suprema Corte Nacional, ratificado luego por "Alvarez c. Moscatelli" (CIV1728/2017/CS1 de fecha 14-12-23)".

De la lectura del fallo, puede advertirse que, a partir del análisis particular del caso -el cual trata sobre un accidente vial-, nuestro Superior Tribuna de Justicia elaboró una solución razonable y actual, estableciendo

que la actualización de la cobertura de seguros automotores debe ser al momento de la liquidación de la indemnización, no a la fecha de contratación del seguro o del accidente. En tal contexto, a mi entender, la finalidad perseguida por el S.T.J., es justamente, la de garantizar una indemnización justa que refleje el valor real y no un valor desactualizado debido a la inflación, declarando así la inconstitucionalidad de las cláusulas de tope de cobertura de pólizas de seguro, sin importar su especie.

En ese sentido, comparto los argumentos sostenidos por la actora en su respuesta, en cuanto ha referido que “el seguro de responsabilidad civil por mala praxis, si bien tiene carácter de voluntario, cumple una función análoga a la del seguro obligatorio automotor, ya que protege a terceros damnificados frente a daños ocasionados por el asegurado. En este sentido se justifica una interpretación finalista y extensiva en favor del tercero víctima, tal como lo reconoce la jurisprudencia de nuestro máximo tribunal con respecto a los seguros automotores”. Como corolario de ello, no comparto con la citada en garantía, que estemos en presencia de una solución jurídica exclusiva y privativa del seguro obligatorio de responsabilidad civil de automotores, sino que entiendo resulta pertinente considerarlo con aplicación respecto de toda la órbita del seguro.

Entiendo que la postura sustentada por la citada en garantía llevaría a concluir que, virtualmente, se admitan distintas categorías de asegurados, sin respetar la igualdad ante la ley.

El mismo S.T.J. ha dado indirecta respuesta contraria a la tesis de la citada en garantía, en el fallo “Ilú”, donde ha reconocido la procedencia de similar respuesta asegurativa -actualizada- en una cobertura que no había sido contratada para cumplir con el seguro obligatorio de responsabilidad civil hacia terceros, sino que se expidió en lo que hace al contenido de la indemnización de un seguro de destrucción total sobre un automotor. Lo primero que se desprende es que el máximo tribunal provincial brindó igual

respuesta, ante una situación jurídica en la que no tenía ninguna incidencia la responsabilidad civil hacia terceros, sino la extensión del resarcimiento de la indemnización por destrucción total y por cierto el contenido de la indemnización contratada, surge aquí de la cotización individual hecha sobre el vehículo asegurado y no sobre una resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación que fija un valor general.

En efecto, en los autos "ILU, CARLOS JULIO Y OTRA C/BERNARDINO RIVADAVIA SEGUROS COOP. LTDA. S/ORDINARIO S/CASACION" (Expte. N° RO-19626-C-0000), sent del 13/03/2025, se dijo que "... 4.1.- En el análisis de la cuestión debatida, se observa que presenta similitudes con el resuelto recientemente por este Superior Tribunal de Justicia en los autos "Levián, Romualdo Esteban y otros c/Sepúlveda, Héctor Edgardo s/daños y perjuicios (sumario) s/casación" (STJRNS1 - Se. 02/25 de fecha 07-02-25 y su Se. Aclaratoria 14/25 de fecha 12-03-25). En ambos procesos se discutió el límite del monto de cobertura, aunque con una diferencia esencial: en este se trata de un seguro voluntario por daño total, mientras que en el precedente citado se analizó un seguro obligatorio de responsabilidad civil. En aquella oportunidad, el Tribunal repasó doctrina relevante y consideró precedentes recientes como "Gutierre" (Se. 65/24 STJRNS1) y "Machin" (Se. 104/24 STJRNS3), los que aportaron lineamientos sobre el cálculo de las indemnizaciones y la determinación de la tasa de interés. En "Gutierre", se advirtió que la aplicación estricta de la doctrina vigente, en un contexto inflacionario, podía afectar el derecho a la reparación plena (art. 1740 CCyC). Para evitar que el crédito y el valor del capital se vieran perjudicados, se ajustó una variable de la fórmula "Pérez Barrientos" (Se. 108/09 STJRNS3), con el objetivo de mitigar los efectos de la inflación. Por su parte, en "Machin" se cuestionó la suficiencia de la tasa de interés establecida en "Fleitas" para recomponer íntegramente el daño derivado de

la mora, especialmente en períodos de inestabilidad económica. Se destacó además la función moralizadora del interés, destinada a evitar que el deudor obtuviera beneficios indebidos mediante el pago de una tasa mínima, lo que implicaría una ventaja injustificada. Se resaltó que estas decisiones incidían directamente en el ámbito de los seguros, pues afectaban la cuantía de las indemnizaciones. En esa línea, se advirtió que diversos Tribunales del país habían adoptado criterios orientados a actualizar los montos asegurados conforme a los parámetros fijados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

En "Levián", este Tribunal reiteró que, conforme al precedente "Lucero" (Se. 50/13 STJRNS1), la prestación debida por el asegurador se sustenta en dos factores: el perjuicio efectivamente sufrido por el asegurado y el límite de la suma asegurada, que define el alcance de la cobertura contratada. Se reafirmó también el principio según el cual el monto máximo a cargo del asegurador está determinado por el daño real y cierto, dentro de los límites de la suma asegurada (cf. Stiglitz R., Stiglitz G., Contrato de Seguro, N° 138, pág. 460; CNCom., Sala D, 14-04-98, DJ, 1999-1-448), conforme a lo dispuesto en el art. 61-2 de la Ley de Seguros. El fundamento del límite máximo se encuentra, entre otros aspectos, en la relación de equivalencia entre el premio y el riesgo. Esta relación constituye el elemento esencial del vínculo asegurativo, ya que, desde una perspectiva económica, se concibe como una técnica o recurso destinado a compensar riesgos con el propósito de eliminar o neutralizar las consecuencias económicamente adversas de los eventos dañosos. (CNCom. Sala B, 19-12-87, "Guerini, E. c/Iguazú Cía. de Seg.", La Ley, 1987-B, 387). En este sentido, se concluyó que cualquier pretensión de exigir al asegurador una suma mayor que la prevista en la póliza resultaba en principio improcedente, ya que carece de contrapartida en la obligación principal del asegurado, comprometiéndose así el fondo técnico afectado al

pago de los siniestros de los demás asegurados. (Cf. Stiglitz, Rubén S., *Derechos de Seguros*, Ed. La Ley, T. III, ps. 107/108). Se destacó además que esta conclusión se desprende del principio de relatividad de los contratos y de lo dispuesto en el art. 118, tercer párrafo, de la Ley de Seguros, que establece que la sentencia de condena contra el responsable civil solo puede ejecutarse contra el asegurador "en la medida del seguro". Esta expresión debe entenderse como una referencia a los límites económicos de la garantía asegurativa y a la delimitación del riesgo cubierto (cf. Stiglitz, Rubén, ob. cit., págs. 115/116). Se advirtió también que el carácter obligatorio del seguro automotor (art. 68 de la Ley de Tránsito N° 24.449) no alteraba esta conclusión, dado que la cobertura contratada se ajustaba a los límites reglamentarios fijados por la Superintendencia de Seguros de la Nación, autoridad competente en la materia....Si bien el límite de cobertura constituye un elemento clave en la estructura económica del contrato, también lo es que la prima -regulada en la sección VIII del primer capítulo de la Ley 17.418 y en el art. 26 de la Ley 20.091- debe mantener una proporción técnica con dicho tope, garantizando la viabilidad económico-financiera y la eficacia del contrato para la aseguradora. En relación con ello, se ha señalado que "las primas que se cobran hoy (sujetas a valores actuales) son las que afrontan las coberturas judicializadas de ayer" (cf. Stiglitz, Rubén, "Derecho de Seguros", 5° Ed., Tomo 1, LL, 2008, p. 64).... Asimismo, desde una perspectiva económica y considerando el comportamiento de las partes bajo la premisa de racionalidad, el monto de la cobertura influye directamente en sus decisiones. La doctrina en esta materia analiza la contratación del seguro dentro de la teoría de la elección bajo condiciones de riesgo, lo que implica evaluar la conducta del asegurado frente a la decisión de contratar o no una cobertura y, en caso de hacerlo, en qué medida. Se concluye así que "si el dañador es adverso al riesgo y la

aseguradora neutral al riesgo y la eventualidad de pagar una indemnización se concibe como una pérdida futura e incierta, el dañador preferirá la certeza del seguro al riesgo de no enfrentarse a la misma situación, sin esa cobertura. En cuanto a la magnitud o medida del seguro que vaya a contratar, se puede inferir a través de un sencillo procedimiento constructivo. Supongamos que el dañador solo asegurara una parte (cualquiera) de su responsabilidad. En este caso, por el remanente quedaría en la misma situación de incertidumbre o riesgo. Y como es adverso al riesgo, preferiría pasar de la incertidumbre a la certeza de afrontar una póliza. Luego, la conclusión sería que el seguro a contratar sería completo" (cf. Acciarri, Hugo A., "Elementos de análisis económico del derecho", 1º Edición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Ley, 2015, p. 101; cf. STJRNS1 - Se. 02/25 y su Se. Aclaratoria 14/25 "Levián" cit.). En esta línea de análisis, que valora las decisiones judiciales como factores que incentivan conductas, resulta significativo también el proceder de la aseguradora en estas actuaciones, dado que optó por transitar la vía judicial, dilatando el cumplimiento de su obligación contractual y obteniendo con ello un claro beneficio económico derivado del mero paso del tiempo, en un escenario de alta inflación. Vinculado a ello, es oportuno recordar que la exposición de motivos de la Ley 17.418 resalta que el seguro debe otorgar rápidamente a la víctima del siniestro los medios materiales para reparar sus consecuencias y que la celeridad en la determinación de la indemnización y su pago debe ser una preocupación de acreedores, del Estado y de las aseguradoras, en tanto deben satisfacer lealmente la función económica y social del contrato y afianzar en el concepto público la idoneidad del sistema para afrontar los riesgos cubiertos....4.3.- Siguiendo tales directrices, corresponde determinar si el límite de responsabilidad de la aseguradora, establecido en el contrato de seguros según el valor nominal vigente al momento de la emisión de la póliza, constituye una

cláusula razonable o si, a la luz del proceso inflacionario ampliamente conocido y de la conducta asumida por la aseguradora, dicho límite ha devenido abusivo en los términos de los arts. 1118, 1119, 1743 y ccdtes. del Código Civil y Comercial de la Nación, frustrando la finalidad del contrato. ... Así como el dictamen del Procurador General de la Nación en la causa "Trejo, Elena Rosa y otros c/Amud, Héctor Leandro y otros s/daños y perjuicios" (CSJ 2285/2019/RH), citado por este Superior Tribunal de Justicia en el caso "Levián", corresponde considerar que el art. 1 de la Resolución SSN 21.999/1992, que fijó el límite de cobertura por muerte o incapacidad total y permanente en \$ 30.000 y la Resolución SSN 22.058/1993, en cuanto reproduce dicho tope, son inconstitucionales. Con el paso del tiempo, dichas disposiciones se han convertido en una reglamentación irrazonable de la obligación legal de contratar un seguro que cubra los daños causados por automóviles.... En este sentido, mantener el límite de cobertura por daño total en el valor nominal de \$ 60.400, fijado al momento de la concertación del contrato de seguro (09-11-12), resulta abusivo y contrario a la buena fe en la ejecución del contrato. Tal circunstancia evidencia un ejercicio antifuncional de los derechos subjetivos de la aseguradora, generando un desequilibrio injustificado en los derechos y obligaciones de las partes contratantes. ...Si bien las cláusulas de delimitación del riesgo asumido por las aseguradoras no pueden considerarse de manera automática abusivas, su aplicación en determinadas circunstancias sobrevinientes puede derivar en un desequilibrio contractual, reduciendo sustancialmente las cargas de una parte en perjuicio de la otra (cf. arts. 42 de la Constitución Nacional; 3, 37 y ccdtes. de la Ley 24.240 y Decreto 1.798/94; cf. SCBA, Ac. 119.088 del 21-02-18)... 5.- Decisión. Las circunstancias expuestas determinan la procedencia sustancial del recurso de casación, por lo que se impone revocar la sentencia impugnada, declarar la nulidad del límite de cobertura

establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza N° 17/292422 por daño total (CG-DA 04.2) y de la Cláusula CG-DA 4.2 - Daño Total, punto III, en cuanto establece que, determinada la existencia del daño total, el Asegurador indemnizará al valor de venta al público al contado en plaza al momento del siniestro de un vehículo de igual marca, modelo y características, con más los impuestos, tasas y contribuciones que pudieran corresponder, todo ello hasta la suma asegurada que consta en el frente de la póliza. En consecuencia, el límite de la cobertura del seguro deberá determinarse conforme a la suma que la compañía aseguradora utiliza en la actualidad para asegurar automóviles semejantes al siniestrado (cf. art. 1122, inc. c, del CCyCN), con más los intereses a la tasa del 8% desde el hecho (25-03-13) hasta la fecha en que se fije el nuevo valor y de allí hasta su efectivo pago, los intereses moratorios que deberán calcularse conforme la doctrina legal fijada en "Machin"..."

Luego del repaso de tales premisas, considero que, siguiendo la línea de lo resuelto por el S.T.J. en "Levián" y en "Ilú", corresponderá que la respuesta de la citada en garantía sea cumpliendo con la cobertura a los valores vigentes del monto asegurado al momento del cumplimiento de su obligación; con el mismo régimen de intereses que en la aclaratoria del fallo "Levián", dictado por el S.T.J. el 12 de marzo de 2025 (8% anual desde la fecha del hecho hasta la fecha en que se practique la liquidación de condena y, desde allí hasta el efectivo pago, los intereses moratorios a calcularse conforme la doctrina legal fijada en "Machin").

Más no contando en el caso con resoluciones que establezcan un valor mínimo de la cobertura, entiendo debe buscarse un mecanismo que garantice que la recurrente responda a su obligación en moneda constante. Ello partiendo de la base que desde la fecha de la contratación, a la fecha, la inflación acumulada es del **3.363,86%** (<https://calculadoradeinflacion.com/argentina.html?md=febrero&ad=2020>)

&mh=enero&ah=2026&q=750000&s=cpi), de modo que no podría validarse que deba responder hasta el importe nominalmente contratado, resultando de la aplicación de ese índice inflacionario una monto de cobertura de \$ 25.978.984,63.- En el caso del dólar bolsa o MEP en febrero de 2020 cotizaba aproximadamente a \$ 81,56.- resultando la cotización actual de \$ 1.463,70.- de modo que el monto de la cobertura pactada representaba a febrero de 2020 la cantidad de dólar MEP U\$S 9.195,68.- importe que multiplicado por el valor actual arroja un importe en pesos de \$ 13.459.716.- En el caso del dólar oficial el valor del mismo a febrero de 2020 era en forma aproximada de \$ 59.- de modo que el monto de la cobertura representaba U\$S 12.711.- importe que convertido a pesos a la cotización actual de esa moneda representaría una suma asegurativa de \$ 18.457.620.- Importes que contrastan en mucho con el que sostiene adeudar el recurrente (\$ 4.111.806.-) de conformidad a su escrito recursivo.

Por lo demás si se ponderara a los fines del cálculo de la indemnización por incapacidad sobreviniente el ingreso de la actora (SMVM) a la fecha del hecho (julio 2020, \$ 16.875.-), arribaríamos a una indemnización de \$ 3.684.435,11.- representando la suma asegurada en febrero de ese año (\$ 750.000.-) en forma aproximada un 20 % del riesgo (solo considerando la incapacidad sobreviniente). El 20 % de la indemnización aquí determinada por incapacidad sobreviniente (\$ 70.304.480,00.-) representa la suma de \$ 14.060.896.-

De tal modo, el demandado aquí asegurado, al contratar, ha limitado la cobertura del eventual riesgo a dicho porcentual.

Al respecto se ha expuesto en un valioso y reciente precedente: "b. Límite de Cobertura. i. SMG se agravia de que la sentencia haya excedido el límite de cobertura pactado en el contrato de seguro, argumentando que el fallo aplicó un razonamiento propio de un seguro de tránsito, cuando se trata de un seguro de mala praxis. Sostiene que la

sentencia es incongruente y que viola el art. 118 de la Ley de Seguros, el derecho de propiedad y el principio de libertad contractual. La actora rechaza esta crítica, calificando la postura de la aseguradora como dogmática e irrazonable ante la inflación. ii. Creo innecesario ingresar en el análisis de los argumentos que expone el judicante y las quejas que introduce la citada en garantía, pues -a mi modo de ver- la solución de la controversia puede ser alcanzada desde un enfoque diferente. En efecto, debe partirse de la base que los límites cuantitativos de cobertura, en sí mismos, no son ni antijurídicos ni irrazonables. Sin embargo, cuando un precepto frustra o desvirtúa los propósitos de la ley en cuyo marco se lo ha insertado, de modo tal que su aplicación torna ilusorios los derechos consagrados, le es lícito a los representantes de la magistratura apartarse de tal prescripción y dejarla de aplicar a fin de asegurar la primacía de la Ley Fundamental, como medio de afianzar la justicia que están encargados de administrar (CSJN, Fallos 308:857; 311:1937). Cabe observar que, en general, las cláusulas contractuales del seguro no son válidas y oponibles cuando resultan irrazonables (cfr. CSJN, Fallos, 332:2418; esta sala, en autos “De Sena, Fernando O. c/ Ferreira, Emilio s/ ds. y ps.”, decisión del 11/6/2019, voto del Dr. Trípoli; Stigitz, Rubén S., Derecho de Seguros, La Ley, t. III, pág. 322). x.c) Precisamente, en este supuesto, la irrazonabilidad apuntada se configuraría si, para enfrentar condenas por responsabilidad civil por siniestros comprendidos dentro de la cobertura, se mantuviera incólume el resultado de uno de los extremos de la ecuación económica expresada por el contrato según su concertación inicial, pese al transcurso de un extendido periodo de tiempo. En efecto, tal situación se configuraría si, operado el vencimiento de la vigencia de la póliza el 24 de mayo de 2017 (ver aquí), ahora, aproximadamente 8 años después, la empresa de seguros pretendiese honrar la garantía de indemnidad asumida ante el tomador según los términos bajo los cuales fue inicialmente delimitada la

cobertura, cuya extensión quedó en su momento nominalmente definida de acuerdo con pautas adoptadas en función de circunstancias por completo diferentes. Esta aproximación adquiere una particularidad distintiva en una economía como la nacional que, cíclicamente, como lo demuestra la experiencia de los últimos decenios, indefectiblemente ingresa en periodos inflacionarios que, como sin dudas ocurre en este supuesto, por sus efectos, operan alterando la reciprocidad sinalagmática de las prestaciones propias de la justicia conmutativa, cuya mutua estabilidad desvirtúan y, como resultado, repercuten en “el imperativo de preservar la equivalencia (equilibrio contractual) entre el objeto de ambas obligaciones” (cfr. Stiglitz, Rubén S., Derecho de Seguros, La Ley, t. III, pág. 179), ya no inicialmente, sino en la etapa de la ejecución de la tutela a cargo del ente asegurador. Precisamente, en resguardo de la referida interdependencia, según el Reglamento General de la Actividad Aseguradora -Resolución Reglamentaria de la Ley 20091-, para su aprobación, entre otras condiciones, las tarifas que cobran las entidades aseguradoras a sus asegurados deben contemplar una elaboración sobre bases técnicas en función de principios básicos en materia de equidad, suficiencia, homogeneidad y representatividad, que permitan presumir razonablemente un resultado técnico positivo y que no resulten abusivas ni discriminatorias (cfr. Art. 26.1.2.a); también deben recoger la experiencia siniestral, reflejar el nivel de los gastos y los demás elementos que avalen su integración (cfr. Art. 26.1.2.b), tener en cuenta las primas puras y, para la conformación del premio final, considerar los impuestos, otras cargas previstas en la legislación vigente y, eventualmente, cargos por financiamiento uniformes (cfr. Art. 26.1.6). Bajo este panorama, sin desconocer las características económicas y técnicas particulares que exhibe la contratación en el sistema asegurativo, igualmente no cabría soslayar el intercambio que la relación jurídica entre la empresa aseguradora y el tomador perfecciona, esto es, la

prestación a cargo del asegurador contra el pago de una prima para el supuesto de la efectiva producción de un riesgo, donde la obligación principal del asegurado se ejecuta al tiempo del perfeccionamiento del contrato o en cuotas, oportunidad en la que agota su deber principal. Es sabido que con el conjunto de las primas se conforma el fondo a partir del cual se afronta el pago de los siniestros y demás obligaciones, que se integran en la oportunidad referida en el apartado precedente, mientras que los compromisos del asegurador recién se efectivizan en el futuro (cfr. Stiglitz, Rubén S., Derecho de Seguros, La Ley, t. I, págs. 65 y 95/6), en ciertos casos muchos años después. Pese a que, con auxilio de la estadística, el asegurador queda en condiciones para establecer cuánto debe cobrar al asegurado para afrontar las consecuencias de los siniestros, la observación expuesta al comienzo de este apartado arroja la paradójica situación según la cual, con la recaudación proveniente de las pólizas actuales, cuya representación dineraria se determina, principalmente, en función del costo del riesgo asegurable a partir de previsiones estadísticas y financieras -prima neta- tomadas a la época de la contratación, que incluye, además, la carga impositiva, la incidencia del riesgo, la extensión de la suma asegurada, la duración del contrato y la tasa de rendimiento del dinero que aportan los tomadores -prima bruta, comercial, de tarifa o premio-, que también orientan la fijación de los límites y las condiciones que impone la autoridad reglamentaria, sin embargo, se cancelan obligaciones derivadas de pronunciamientos judiciales que dirimen controversias sobre responsabilidad civil derivadas de siniestros que arrastran la tramitación de procesos de extensa data, como el presente. Dicho lo mismo con otras palabras, aunque no sea su único destino, con la recaudación de los seguros vigentes se afrontan las condenas judiciales que se originan en siniestros alcanzados por coberturas pasadas, con lo que el sistema en algún modo retoma el equilibrio que el

desfasaje referido ocasiona. En estos supuestos, no obstante reconocerse el cumplimiento exacto y oportuno de la obligación principal que asumieron las personas tomadoras del seguro al momento de perfeccionarse la operación, como resultado de un litigio judicial cuya definición se dilata en el tiempo no por razones inherentes a la contratación misma, sino, de ordinario, por la discusión que las aseguradoras emprenden respecto de los presupuestos que engendran el deber de responder, pese a que el precio de la póliza ingresó en el patrimonio de la compañía en el inicio del plazo contractual, entidad que, por ende, no obstante las reservas técnicas respectivas, pudo disponer en beneficio propio de las sumas de dinero destinadas a obtener utilidades por varios ciclos productivos o cancelar siniestros anteriores, sin embargo, la prestación de la empresa de seguros recién se satisfará frente a la víctima alrededor, aproximadamente, de una década después, en términos puramente nominales, pero en función de una condena cuya deuda de valor queda cuantificada recién con el pronunciamiento judicial, con claro perjuicio de las expectativas del tomador o asegurado. Según esta proyección distorsiva de las respectivas prestaciones, ocurre que el sujeto amparado por el deber de indemnidad deberá afrontar todo el saldo no cubierto en una proporción que, aproximadamente, en la actualidad representa en varias veces el importe máximo asegurable en aquella época. Por ende, para conciliar una situación y la otra y, de esta manera, en situaciones especiales como la que exhibe esta disputa, mantener en alguna forma la equivalencia de las contraprestaciones asumidas por uno y otro de los sujetos contratantes y la respectiva proporcionalidad entre la prima pagada y la cobertura comprometida, tanto al momento de la celebración del contrato como a la época en la cual la compañía aseguradora habrá de afrontar la ejecución de la prestación asumida, al advertir que la persona asegurada cumplió con su obligación principal bastante tiempo atrás a la luz de las exigencias que aquella época presentaba, oportunidad desde la cual, con tales fondos,

la asegurada incrementó sus recursos y se encontró en condiciones para usufructuar de ellos sin que, frente al reclamo emprendido por los demandantes, pese al tiempo sucedido desde entonces, se haya visto en la necesidad de disponer de esos recursos, siquiera en parte, a fin de mantener la indemnidad de su asegurada, para responder por la condena que aquí se confirma y evitar la desnaturalización del seguro contratado, considero razonablemente equitativo que el límite de la cobertura a cargo de la aseguradora se ajuste a las condiciones reglamentarias para el tipo de seguro en juego -voluntario- que rijan a la fecha del pago, por cuanto, de lo contrario, bastará con la discrecionalidad de la entidad obligada para desvirtuar la equivalencia indicada (conf. CNCiv., Sala C, en "Elizondo, F. C. y otros c/ Cáceres, M. L. y otro s/ Ds. y Ps.", del 28.11.22). En ese sentido parece justo que el límite de cobertura y la franquicia establecidas hace casi más de ocho años se adecúen a la nueva realidad económica del país. En ese marco, el más alto Tribunal de la Nación, ha sostenido que si bien en virtud de lo previsto por el art. 10 de la ley 23.928, debe prescindirse de toda fórmula matemática fundada en la actualización monetaria, repotenciación o indexación, resulta admisible aplicar elementos objetivos de ponderación, que permitan arribar a un resultado razonable y sostenible (conf. CSJN, Acordada 28/2014). A fin de establecer esos parámetros creo adecuado tomar como referencia la variación de los límites de cobertura que determinó la Superintendencia de Seguros de la Nación –que resulta ser la autoridad de aplicación de este tipo de contratos–, más allá que la actualización del límite de cobertura por parte del citado organismo haya sido dispuesta para otra clase de seguro –el seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños causado por automotores-. Ello así, pues, se trata de una valiosa pauta de referencia si se tiene en cuenta que la ha implementado el organismo que regula la actividad aseguradora y que ha tenido en cuenta el paso del tiempo y la depreciación del dinero en ese

lapso, sin que para ello se tenga en cuenta ni el riesgo asegurado ni la prima comprometida -ya que el riesgo asegurado es el mismo- (conf., CNCiv., Sala H, "Z. B., M. S. y Otros C/ Expobaires SA y Otros S/Daños y Perjuicios" -Expte. N° 105.808/2013-, del 22.11.2022). En el caso de autos, la póliza fue suscripta el 09.7.2019, cuando se encontraba vigente la Resolución 39927/2016 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, que fijaba como límite de cobertura para los seguros ya mencionados en \$400.000. En la actualidad se encuentra vigente la resolución 589/2025, que prevé para el mismo riesgo previsto en la normativa anterior, un monto mínimo de \$ 20.800.000. De manera que, si se comparan ambos montos, se advierte una variación de cinco mil por ciento. Si se aplica dicha pauta al límite de cobertura, las sumas a las que se arriba, resultan razonables si se considera las circunstancias económicas de nuestro país en la actualidad. Por ello, propongo al Acuerdo que respecto de la póliza emitida por SMG Compañía Argentina de Seguros S.A. se fije el límite de cobertura que originalmente era de \$6.500.000 por acontecimiento, en \$325.000.000" (Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala D, Yamezon, Gisela Carolina c. Centro Gallego de Buenos Aires Mutualidad Cultura Acción Social y otros s/ daños y perjuicios, 13/11/2025, Cita: TR LALEY AR/JUR/146755/2025).

Similar criterio se ha propiciado en el precedente emergente de los autos Expte. N° 14.399/2015, "Slenger, Graciela Liliana y otro c/ IMAGMEDS.A. y otros s/ Daños y Perjuicios" (Resp. Prof. Médicos y Aux.), de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala J, sentencia de fecha 10/03/2025, a cuya lectura remito ([Sentencia](#)).

Asimismo emerge de otro precedente el siguiente criterio: "5.- En su memorial de agravios, la parte actora esgrime su disconformidad con la decisión del juez de grado de declarar oponible a la reclamante el límite de cobertura por acontecimiento que establece la póliza. Expresa la apelante

que resultan aplicables aquellos fundamentos que diera el Máximo Tribunal Provincial in re Martínez (C 119088 sent. del 21/2/18), pues de lo contrario se desnaturaliza el vínculo asegurativo, la ecuación económica del contrato, la equivalencia de sus prestaciones, la finalidad social del seguro, su función preventiva, su sentido solidarista y su criterio a la luz del principio de mutualidad. Si bien es cierto que la Resolución de la S.S.N. citada en la póliza establece una cifra menor incluso a la acordada y que actualmente no figura un monto mínimo para los seguros de responsabilidad civil por mala praxis médica, por lo cual se entiende que el importe a asegurar depende del acuerdo de las partes, resultan a mi juicio aplicables aquellas razones invocadas por el Címero Tribunal en el precedente citado, en tanto mantener aquella cifra de tope acordada en el marco de una situación económica diferente importa de suyo frustrar o desvirtuar el sinalagma contractual por desinencia del proceso inflacionario y a tenor de la valoración actual que de los daños ha efectuado el sentenciante primero. Claramente la irrazonabilidad se configura en el intento de mantener incólume el resultado de uno de los extremos de la ecuación económica expresada por el contrato según su concertación inicial, pese al transcurso de un extendido periodo de tiempo en el cual justamente aquella ecuación se vio claramente alterada por el envilecimiento de nuestra moneda. En tal sentido debe repararse que entre el momento de su entrada en vigencia (1/10/2016) y la fecha de la sentencia apelada, transcurrieron casi siete años, con una inflación que produjo un incremento del 1.589,66%, que aplicada al límite de cobertura lo llevaría a la suma de \$ 12.672.420,41 (cfr. fuente INDEC, Calculadora de inflación – Argentina (calculadoradeinflacion.com)). Repárese que las prohibiciones del art. 10° de la ley 23.928 no eximen al Tribunal de consultar elementos objetivos de ponderación de la realidad que den lugar a un resultado razonable y sostenible. Lo contrario equivaldría a premiar el accionar de una parte que

impone a la otra la necesidad de llevar adelante un proceso judicial por largo tiempo, partiendo de la certeza de que su obligación habrá de encontrarse circunscripta sine die a una determinada suma de dinero inalterable en el tiempo. Esta conducta, resulta reñida con el principio de buena fe y hace nacer el deber oficioso de los jueces tendiente a evitar las consecuencias de tal proceder emergente de las prerrogativas dimanadas de los arts. 1, 2 y 10 del Código Civil y Comercial de la Nación. Pretender honrar la garantía de indemnidad asumida ante el tomador según los términos bajo los cuales fue inicialmente delimitada la cobertura, cuya extensión quedó en su momento nominalmente definida de acuerdo con pautas adoptadas en función de circunstancias por completo diferentes, cuando a posteriori se ingresó en procesos inflacionarios que hasta hoy perduran con niveles cada vez más altos, implica alterar claramente la reciprocidad sinalagmática de las prestaciones propias de la justicia conmutativa, lo que repercute en el imperativo de preservar la equivalencia (equilibrio contractual) entre el objeto de ambas obligaciones (cfr. Stiglitz, Rubén S., Derecho de Seguros, La Ley, t. III, pág. 179/180, y 182/183, cuarta edición actualizada y ampliada), ya no inicialmente, sino en la etapa de la ejecución de la tutela a cargo del ente asegurador. El resultado de un litigio judicial cuya definición se dilata en el tiempo, genera una inocultable licuación de la suma asegurada que, como fenómeno sobreviniente y contingente, no puede ser obviado en su consideración, por lo que la expresión “hasta el límite de la garantía” o sus equivalentes “en la medida del seguro” o “en el límite de la cobertura” contratada, no deben ser entendidas como un congelamiento perpetuo de la importancia económica del riesgo asegurado en la suma nominal fijada en la póliza. En la especie, el límite de cobertura o suma asegurada convenido entre asegurador y asegurado se ha convertido en un obstáculo para que el damnificado pueda obtener en tiempo oportuno el resarcimiento que la normativa civil

consagra a su favor y que hoy se ve reforzada tras la incorporación de los tratados internacionales que se han sumado así al bloque de derechos constitucionales que protegen a la persona humana, su salud y su integridad física, psíquica y estética, a través de la recepción que de aquéllos ha hecho el inciso 22 del artículo 75 de la Constitución Nacional. Su operatividad no atañe sólo al Estado sino también a los particulares y ello ha implicado ensanchar el enfoque meramente patrimonialista del Código Civil, considerando a la salud, la integridad y la vida como valores en sí mismos” (CNCivil, Sala C, 26.05.16, “Aimar, María C. y ot. c/ Molina, José A. y ots. s/ daños y perjuicios (acc. trans. c/ les. o muerte)y “Aldasoro y Compañía S.A y otro c/ Molina, José Alfredo y otros s/ daños y perjuicios (acc. trans. sin lesiones)”, acumulado al primero. (elDial.com – AA999B). En situaciones regidas por los principios de la justicia conmutativa, ha de estarse a la igualdad estricta de las prestaciones recíprocas conforme a las circunstancias del caso, y no siendo el dinero un fin ni un valor en sí mismo sino un medio que, como denominador común, permite conmensurar cosas y acciones muy dispares en el intercambio, aquella igualdad exige que la equivalencia de las prestaciones recíprocas responda a la realidad de sus valores y al fin de cada una de ellas; situación equitativa que resulta alterada cuando, como en el caso, por culpa de la falta de pago en término de la prestación nominal ha disminuido notablemente su valor real, su poder adquisitivo, por influencia de factores que no dependen del acreedor (CSJN, 23.09.76, “Vieytes de Fernández, Juana c. Provincia de Buenos Aires”, Fallos: 295:973, TR LALEY AR/JUR/429/1976). Por ende, para componer esta situación, considero razonable efectuar un nuevo análisis del límite de la cobertura a cargo de la aseguradora, cotejando la reparación a la fecha del hecho y la actual realidad económica para arribar a un resultado justo y equitativo. En tal labor, si tomamos la incapacidad determinada, la edad y el salario mínimo mensual de una persona para

tareas generales con retiro vigente, aunque esta vez, a la fecha del hecho (\$ 7.126,50) para poder comparar su relación con aquel límite del seguro original, y aplicamos las fórmulas “Vuoto” y “Méndez”, nos dan las sumas de \$ 262.448,76 y \$ 508.210,96 respectivamente, ambas menores a aquel tope contratado (\$ 750.000), por lo que propongo al Acuerdo que establezcamos que la aseguradora debe responder por el total de condena, pues ello guarda efectiva relación con la mensuración de riesgo oportunamente contemplada” (“PRINZIO, ROSA ELIZABETH c/MANFREDI, OSCAR ALFREDO y otros s/DAÑOS Y PERJUICIOS. RESP. PROFESIONAL (EXC. ESTADO)”, Cámara Primera de Apelaciones Civil y Comercial, San Nicolás de los Arroyos, 12/12/2023, Sentencia RS-290-2023).

Al momento de celebración del seguro aquí involucrado (febrero de 2020) el límite de cobertura para el seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños causados por automotores era de \$ 1.000.000.- (Res. 1162/2018) y a la fecha de este pronunciamiento es de \$ 20.800.000.- (Res. 589/2025). Ello importa un incremento de la suma asegurada de casi un 2000 %. En el caso del seguro voluntario los valores vigentes en cada momento son respectivamente de \$ 10.000.000.- y \$ 208.000.000.- lo que importa un ajuste similar al anterior.

De tal modo, aplicando ese porcentual de actualización a la suma aquí asegurada oportunamente (\$ 700.000.-) arribamos a un importe actualizado de la misma a la fecha de este pronunciamiento de \$ 14.700.000.-

En resumen, con cualquiera de los cálculos antes realizados advertimos que de receptarse la postura recursiva la aseguradora respondería por un importe inferior en un 350 % al monto consignado en el párrafo anterior, representando la cuantía de la cobertura nominal con más los intereses de la tasa emergente de la doctrina legal (\$ 4.111.806.- según los propios cálculos de la recurrente) menos de un tercio del importe en

moneda constante de esa cobertura. Resultando de tal modo confiscatorio para su propio asegurado.

Es claro por otra parte que no podría obligarse a la aseguradora al pago del monto total de la condena de autos toda vez que ella no respondería a la mensuración del riesgo realizada por las partes al contratar, aun actualizada a la fecha con los parámetros antedichos.

Es por ello que, receptando en parte la queja esbozada, he de proponer que en el caso, la aseguradora deba responder como límite de su cobertura, hasta la suma de \$ 14.700.000 a la fecha de este pronunciamiento debiendo responder además, en forma proporcional a la del capital adeudado, por los intereses y las costas. Agrego que, tal como emana del precedente LEVIAN (aclaratoria STJ de fecha 12/03/2025), para determinar el alcance o límite de cobertura total la suma asegurada actualizada antes mencionada devengará un interés del 8 % anual desde el hecho y hasta la fecha en que se practique la liquidación de condena y de allí en adelante conforme doctrina legal fijada en "Machin", la tasa emergente de la Acordada y/o la que en el futuro la reemplace.

Del modo que propongo la solución de este agravio, es claro que de demorarse en demasía el pago por parte de la aseguradora deberá evaluarse en la etapa de ejecución de sentencia si la suma asegurada debe reajustarse a la fecha del efectivo pago de conformidad a los parámetros aquí adoptados.

11.-LA DECISIÓN PROPUESTA

Por lo que llevo dicho propongo al acuerdo: a)Rechazar el recurso del demandado Claudio Alejandro Ledesma, con costas a su cargo (art. 62 CPCC); b)Rechazar el recurso de la actora, con costas a su cargo (art. 62 CPCC); c)Hacer lugar parcialmente al recurso de la citada en garantía Sancor Cooperativa de Seguros Ltda., disponiendo que la indemnización por incapacidad sobreviniente devengará intereses de conformidad a lo dispuesto en el punto 10.2.3 del voto rector y que el límite de cobertura

será el determinado en el punto 10.3.3 de dicho voto, de conformidad a lo allí expuesto. Las costas se imponen por su orden en atención a como progresa y se desestima el recurso (art. 62 CPCC).

Por la actuación en esta instancia y por el recurso de la actora regulo los honorarios de sus letrados patrocinantes, Agustín Aguilar y Santiago José Chialvo, en conjunto, en el 10 % y los del letrado interviniente en el doble carácter por el demandado, Ulises Terbay, en el 12 %; por el recurso del demandado regular los honorarios de los letrados del actor en un 12 % y los de su letrado en un 10 %; por el recurso de la citada en garantía regular los honorarios del letrado del actor en un 10 %, los del letrado del accionado en igual porcentaje y los del letrado interviniente en el doble carácter por la recurrente, Tomás Alberto Rodríguez, en un 28 %; en todos los casos con relación a los honorarios atribuidos a esas representaciones letradas en la instancia anterior (art. 15 LAAP).

ASI VOTO.

LA SRA. JUEZA ANDREA B. TORMENA DIJO:

Por compartir lo sustancial de sus fundamentos, adhiero al voto que antecede. ASI VOTO.

LA SRA. JUEZA VERÓNICA IVANNA HERNANDEZ DIJO:

Ante la coincidencia precedente, me abstengo de opinar (artículo 242 1er. párrafo del CPCC).

Por ello, la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Familia, de Minería y Contencioso Administrativa,

RESUELVE:

- I) Rechazar el recurso del demandado Claudio Alejandro Ledesma, con costas a su cargo (art. 62 CPCC).
- II) Rechazar el recurso de la actora, con costas a su cargo (art. 62 CPCC).
- III) Hacer lugar al recurso de la citada en garantía Sancor Cooperativa de Seguros Ltda., en su mayor extensión, disponiendo que la indemnización

por incapacidad sobreviniente devengará intereses de conformidad a lo dispuesto en el punto 10.2.3 del voto rector y que el límite de cobertura será el determinado en el punto 10.3.3 de dicho voto con más los intereses que devengará la suma asegurada de conformidad a lo allí expuesto. Las costas se imponen por su orden en atención a como progresa y se desestima el recurso (art. 62 CPCC).

IV) Por la actuación en esta instancia y por el recurso de la actora regulo los honorarios de sus letrados patrocinantes, Agustín Aguilar y Santiago José Chialvo, en conjunto, en el 10 % y los de letrado interviniente en el doble carácter por el demandado, Ulises Terbay, en el 12 %; por el recurso del demandado regular los honorarios de los letrados del actor en un 12 % y los de su letrado en un 10 %; por el recurso de la citada en garantía regular los honorarios del letrado del actor en un 10 %, los del letrado del accionado en igual porcentaje y los del letrado interviniente en el doble carácter por la recurrente, Tomás Alberto Rodríguez, en un 28 %; en todos los casos con relación a los honorarios atribuidos a esas representaciones letradas en la instancia anterior (art. 15 LAAP).

Regístrese, notifíquese de conformidad con lo dispuesto en el CPCC y oportunamente vuelvan.