

En General Roca, Provincia de Río Negro, a los 20 días del mes de mayo 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 ADMINISTRATIVA de la Segunda Circunscripción Judicial, después de haberse impuesto individualmente de esta causa caratulada "**M.C.J. Y OTROS C/ A.B.I.Y. Y PROVINCIA DE RÍO NEGRO S/ ORDINARIO - DAÑOS Y PERJUICIOS**", (RO-03328-C-2023) () 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: Conforme surge de la nota de elevación, vienen los presentes para resolver los recursos de apelación interpuestos por la actora con fecha 11/12/2025, por HORIZONTE COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS GENERALES S.A. (en adelante Horizonte) con fecha 09/12/2025, por NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. (en adelante Noble) con fecha 15/12/2025 y el arancelario interpuesto por los letrados de la actora Julio Guillermo Oviedo y Javier Utrero con fecha 12/12/2025, todos contra la sentencia definitiva de fecha 05/12/2025, los que han sido concedidos con fechas 10/12/2025, 11/12/2025, 15/12/2025 y 15/12/2025.

2.-Aclaración previa: Antes de ingresar al desarrollo de mi voto, aclaro que, toda vez que me refiera 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 vigente, 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; al Código Procesal Administrativo local, Ley 5106, como CPA; al Código Procesal, Civil y Comercial local, Ley 5777, como CPCC; a la Ley Orgánica del Poder Judicial 5731 como LOPJ; 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: Se trata en el presente de una demanda de daños y perjuicios derivados de una mala praxis médica.

La misma es admitida en los términos que surgen de la [sentencia cuestionada](#), a cuya íntegra lectura remito, pudiendo acceder desde el hipervínculo que se facilita.

Se concluye allí: “...1.Hacer lugar a la demanda interpuesta por Cinthia Jemina Masina, por derecho propio y en representación de su hijo menor de edad Juan Cruz Herrera Masina, y por Santino Tobías Herrera, y en consecuencia condenar a la Provincia de Río Negro y a la co-demandada Ivonne Yorley Alcedo Belandria, de forma concurrente, a abonar a la parte actora las sumas de dinero determinadas en el punto IV), con más los intereses, calculados conforme las pautas dadas para cada rubro. 2. Respecto a las sumas indemnizatorias reconocidas a Juan Cruz Herrera Masina y Santino Tobías Herrera, debido a la edad de los mismos a la fecha de la sentencia, consentida o firme la presente, deberá la progenitora Cinthia Jemina Masina presentar un proyecto de inversión que deberá ser puesto en consideración de la Defensora de Menores, todo previo a la eventual liberación de fondos a su respecto. 3. Declarar la nulidad del límite de cobertura establecido contractualmente en la póliza N° 8181829, y en consecuencia hacer extensiva la condena hacia Horizonte Cía. Argentina de Seguros Generales S.A. y Noble Cía. de Seguros S.A., en la medida del seguro celebrado pero con las salvedades hechas en el punto V de la presente sentencia, para la etapa de ejecución o cumplimiento de sentencia.

4. Impone las costas del proceso principal a la Provincia de Río Negro y la co-demandada Ivonne Yorley Alcedo Belandria, por aplicación del principio objetivo de la derrota (Art. 62° CPCC), haciendo extensiva la misma a Horizonte Cía. Argentina de Seguros Generales S.A. y Noble Cía. de Seguros S.A., en la medida del seguro celebrado y con las salvedades hechas en el punto V)...”

4.-Contenido de las expresiones de agravios que será considerado.
Alcance: 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.-De los agravios:

5.1.-La actora incorpora sus **agravios** con fecha 09/03/2026 remitiendo a la íntegra lectura de esa presentación, pudiendo acceder desde el hipervínculo que se facilita.

Se agravia inicialmente toda vez que sin perjuicio de haberse rechazado el rubro daño psicológico como secuela incapacitante que ni siquiera se reconocieron los gastos por tratamiento psicológico, citando en apoyo de su postura doctrina legal vigente. Expone que en su demanda solicitó que “ante el caso de que la Perito Psicóloga no constante una

incapacidad psíquica permanente susceptible de ser indemnizada por los métodos de cálculo establecido en la Jurisdicción, se indemnice a las partes con el otorgamiento del costo de los tratamientos pertinentes”. Cuantifica luego el costo del tratamiento para cada uno de los actores.

Se agravia luego por la cuantía del daño moral estimándolo menguado o reducido. Al respecto indica que no se ha valorado la prueba que acredita ese perjuicio y los casos ponderados en la sentencia no guardan similitud con el presente. Culmina solicitando la elevación de la partida para los tres actores a los montos que propicia en su recurso (\$ 25.000.000.- para la cónyuge y \$ 15.000.000.- para cada uno de los hijos), con cita de precedentes de este tribunal.

5.1.2.-El recurso **es rebatido** por Noble con fecha 25/03/2026, remitiendo a la íntegra lectura de esa presentación, pudiendo acceder desde el hipervínculo que se facilita.

Con respecto al primer agravio indica que el gasto por tratamiento psicoterapéutico no fue reclamado por el actor. Luego se remite a la fundamentación de su recurso sosteniendo que el nexo casual entre la conducta médica y el fallecimiento de la víctima se encuentra fracturado por causas ajenas.

5.2.-La aseguradora Horizonte, incorpora sus **agravios** con fecha 09/03/2026 remitiendo a la íntegra lectura de esa presentación, pudiendo acceder desde el hipervínculo que se facilita.

Cuestiona que se haya decretado la nulidad del límite de cobertura del seguro vigente (Póliza N° 8181829) obligando a las aseguradoras a responder más allá de lo comprometido y contratado, fundando el magistrado su postura en los precedentes “LEVIAN” e “ILU” que ninguna relación poseen con el presente, violando en consecuencia la doctrina legal

sentada en “ROMERO”. Alude que los dos primeros precedentes corresponden al seguro de la rama automotores y que en el presente estamos en presencia de un seguro por responsabilidad civil profesional.

Refiere luego a las cláusulas de la Póliza contratada y a lo dispuesto por el artículo 118 de la LS debiendo responder en su caso por un 25 % de la suma asegurada con más sus intereses y costas proporcionales debiendo ser afrontado el 75 % restante por Noble. Agrega que los seguros como el aquí contratado “resultan ser seguros de carácter facultativo, optativo, voluntario (no obligatorio), el órgano de contralor no fija montos máximos y/o mínimos a cubrir, ello queda a convenir con total libertad por las partes contratantes”.

5.2.1-La actora [da respuesta](#) a esos agravios con fecha 25/03/2026, remitiendo a la íntegra lectura de esa presentación, pudiendo acceder desde el hipervínculo que se facilita.

Expone que “El sentenciante no dijo que la póliza de mala praxis debiera someterse a los mismos mínimos reglamentarios del seguro automotor; dijo algo muy distinto: que la lógica de “Levián” e “Ilú” autorizaba examinar si el tope nominal seguía siendo razonable o si había devenido abusivo por desfasaje económico”. Para a renglón seguido concluir que en el caso había devenido abusivo.

Entiende que el precedente “Ilú” también resulta de aplicación al presente pues se trata -al igual que en el caso- de un seguro por responsabilidad civil automotor de naturaleza voluntaria, no obligatoria.

Expone luego que la recurrente no se agravia del análisis realizado por el magistrado respecto del perjuicio que ocasionaría, en el caso, la aplicación de la doctrina legal emergente del precedente “ROMERO”, resultando el monto indemnizatorio emergente de la aplicación de esa

doctrina irrisorio, injusto e irrazonable.

5.2.2.-La Provincia de Río Negro [da respuesta](#) a esos agravios con fecha 17/03/2026, remitiendo a la íntegra lectura de esa presentación, pudiendo acceder desde el hipervínculo que se facilita.

Con referencia al único agravio esgrimido indica que en los fallos “LEVIAN” e “ILU” el STJ abordó no solo el caso del seguro obligatorio del automotor (en el primero) sino también el voluntario (en el segundo) con lo cual queda sin sustento la queja de la recurrente, resultando ambos de aplicación al presente.

Agrega luego que el monto de la suma asegurada calculado de conformidad a los parámetros del precedente “Romero” arroja un importe marginal frente al importe de condena. Culmina exponiendo que “Lo que desnaturaliza el contrato es sostener que una póliza específica de mala praxis, contratada para preservar la indemnidad patrimonial del asegurado frente a daños a terceros, termine resolviéndose en una cobertura meramente simbólica”.

5.3.-La aseguradora Noble incorpora sus [agravios](#) con fecha 09/03/2026, remitiendo a la íntegra lectura de esa presentación, pudiendo acceder desde el hipervínculo que se facilita.

En su primer agravio sostiene que se ha configurado la fractura del nexo causal por el hecho de terceros por los cuales la médica aquí interviniente no debe responder. A modo de fundamento y conclusión de su agravio expone: (i) La trombosis venosa profunda que causó el fallecimiento del Sr. Herrera tenía una data de "no menos de 2 meses" al momento de la autopsia (informe AP 80/22), lo que demuestra que era una patología crónica preexistente a la actuación de la Dra. Alcedo, quien no fue su causa. (ii) Entre el alta dispuesta por la Dra. Alcedo y el

fallecimiento, transcurrieron 32 horas en las cuales tres instituciones médicas con guardia y complejidad rechazaron sistemáticamente al paciente cuando su cuadro era objetivamente más grave, más evidente y más tratable que en la madrugada del 25/12/2020. Esas negativas constituyen causas supervinientes, autónomas y determinantes que fracturan el nexo causal en los términos del art. 1731° del CCyC. (iii) El Dr. Bustos dictaminó que el grado de obstrucción pulmonar encontrado en la autopsia habría tornado infructuosas incluso las maniobras de reanimación, lo que confirma que la evolución fatal se produjo durante el período de rechazos nocturnos, no durante las horas posteriores al alta de la Dra. Alcedo. (iv) El Dr. Ambroggio identificó que el tratamiento precoz con heparina intravenosa habría dado al paciente chances de sobrevida -tratamiento que los tres nosocomios rechazantes estaban en condiciones de brindar y no brindaron-, configurando la privación de esa chance como causa adecuada atribuible a esos terceros, no a la Dra. Alcedo. (v) Ambos peritos declararon expresamente la imposibilidad científica de afirmar que una conducta diferente de la Dra. Alcedo hubiera evitado el fallecimiento, impidiendo fundar sobre esa causalidad indemostrable una condena a reparación plena. (vi) La Dra. Alcedo prescribió el estudio diagnóstico correcto -ecodoppler venoso del miembro inferior izquierdo-, cuya no realización obedeció a la conducta de terceros (Diagnosticar S.R.L. y OSECAC) que rechazaron la orden, reforzando que la cadena causal fue interrumpida por hechos ajenos a la médica”.

En su segundo agravio cuestiona la utilización del dictamen pericial psicológico, que desestimó el daño psicológico, para incrementar la cuantía del daño moral. Luego cuestiona la forma en que se actualizó el ingreso de la víctima a la fecha de la sentencia, mediante la aplicación de la pauta de su equivalencia en SMVM al momento del hecho y traduciendo esa equivalencia al de la sentencia.

En su tercer agravio ataca la declaración de nulidad de la cláusula de la Póliza 8181829 que determinaba el límite de cobertura. Aduce que existe una contradicción entre lo declarado y lo resuelto consignando el magistrado que aplica el precedente “Romero” pero aplicando en definitiva para la solución la que emerge de los precedentes “Levián” e “Ilu”. Menciona que se ha equiparado el presente al caso de un seguro de responsabilidad civil automotor obligatorio siendo el presente un seguro de responsabilidad civil médica voluntario en el cual las partes fijan libremente su contenido, careciendo la parte actora de legitimación para impugnar el contenido de esa contratación de la que no es parte. Refiere a los arts. 118 y 61 de la LS citando los precedentes relevantes sobre la materia emergentes de la CSJN (“Buffoni”, “Flores”, “Gómez Rocca”).

5.3.1.-La actora [da respuesta](#) a esos agravios con fecha 25/03/2026, remitiendo a la íntegra lectura de esa presentación, pudiendo acceder desde el hipervínculo que se facilita.

Con respecto al primer agravio indica que la fractura del nexo causal no se ha invocado al contestar la demanda y que por ende “no se ha producido prueba alguna en autos –por la quejosa ni por ninguna otra parte- que acredite la efectiva negación de atención médica de aquellos nosocomios, ni tampoco cual fue la causa de dichas supuestas negaciones”, resultando una mera suposición de la recurrente. Expone que “conforme lo prescribía la patología aún para el caso de haberla presumido –es decir ante la duda-, es decir internando de urgencia al Sr. Herrera, colocándole anticoagulantes mientras confirmaba el diagnóstico con una ecodoppler urgente, aquel se hubiera salvado o podría haber tenido un alto grado de salvación de su vida”. Agrega que al contestar la demanda la médica demandada reconoce que cuando atendió a la víctima además de los otros síntomas el mismo presentaba dolor e inflamación en su pierna izquierda

inferior y es por ello que le solicitó la realización de un estudio ecodoppler para descartar una trombosis venosa profunda. Indica que al solicitar ese estudio no colocó en la prescripción ni diagnóstico ni fecha y que debió internar a la víctima y aplicarle anticoagulantes. Concluye -en base a las pericias obrantes en la causa penal que menciona- no existe evidencia probatoria que haga presumir que las atenciones médicas anteriores a la aquí juzgada ni que las negaciones en las atenciones posteriores hayan sido las determinantes del fallecimiento de la víctima.

Con relación al primer aspecto del segundo agravio sostiene que no existe una crítica concreta y razonada debiendo desecharse el mismo. Con relación al segundo aspecto, remite al contenido del precedente “Coria” de este tribunal.

Por último y con relación al tercer agravio entiende que el precedente “Ilú” también resulta de aplicación al presente pues se trata -al igual que en el caso- de un seguro por responsabilidad civil automotor de naturaleza voluntaria, no obligatoria.

5.3.2.-La Provincia de Río Negro [da respuesta](#) a esos agravios con fecha 17/03/2026, remitiendo a la íntegra lectura de esa presentación, pudiendo acceder desde el hipervínculo que se facilita.

Con relación al primer agravio sostiene que la sentencia no desconoció que existieron otros contactos sanitarios y omisiones más sustentó la responsabilidad de la médica aquí demandada toda vez que: “i) ella tuvo la posibilidad concreta de revisar al paciente y constatar signos compatibles con trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar; ii) de acuerdo con las pericias, frente a ese cuadro el tratamiento aconsejable era iniciar anticoagulación, no prescribir únicamente antiinflamatorios ni otorgar el alta; iii) el fallecimiento era una consecuencia previsible de esa omisión diagnóstica y terapéutica”.

Con relación al segundo agravio esgrime que no logra demostrar la doble actualización que expone reconociendo la sentencia dos momentos diferenciados cuales son la cuantificación de la deuda a valores actuales y los intereses moratorios por la indisponibilidad del capital.

Con referencia al agravio referido a la inaplicabilidad de los precedentes “Levián” e “Ilu” en autos por no estar en presencia de un seguro obligatorio entiende que esa premisa nos los favorece toda vez que la sentencia no ignoró esa diferencia sino que la tuvo en cuenta al momento de resolver. Remite luego al contenido del precedente “T.E.A. C/ L.C.A. Y S.S. S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (ORDINARIO, RESP PROF)”, Expte. RO-18366-C-0000, de este tribunal. Agrega que “Se trata de exigir que la cobertura conserve un mínimo de razonabilidad económica frente al riesgo precisamente calculado y tarifado por ellas”. Expone luego que lo que el precedente “Romero” desautorizó fue un determinado mecanismo de actualización de la suma asegurada (atada al Jus) lo que no importó desentenderse de la evaluación de la razonabilidad del límite de cobertura en contextos inflacionarios, su compatibilidad con la buena fe y con la equivalencia de las prestaciones. Agrega que lo que se discute aquí no es la naturaleza contractual de la obligación de la aseguradora sino “si la cifra nominal histórica puede permanecer inmutable cuando, por el proceso inflacionario, la demora judicial y la conducta reticente del asegurador, ha perdido aptitud real para cumplir la función de indemnidad por la cual fue contratada”. Concluye sosteniendo en que “la invalidez del límite no descansa en que la víctima sea “parte” del contrato, sino en que la jurisdicción no puede convalidar la aplicación de una cláusula que, en las circunstancias del caso, desnaturaliza el deber de indemnidad asumido por la aseguradora” y exponiendo que la obligación de indemnidad prevista en el art. 109 LS no se satisface con una cobertura simbólica.

5.4.-Por último los letrados recurrentes incorporan sus **agravios** al interponer su recurso, remitiendo a la íntegra lectura de esa presentación, pudiendo acceder desde el hipervínculo que se facilita.

En resumidas cuotas, consideran reducido el porcentaje regulado (14 %), frente a las etapas cumplidas y las pautas del art. 6 (incisos b, c, d y e) de la LAAP que en el caso resultan aplicables a la luz del trabajo desplegado.

5.4.1.-Ordenado el traslado de esos fundamentos recursivos el mismo no ha sido respondido.

6.-Pase a resolver y sorteo: Pasan los presentes a resolver con fecha 08/04/2026 practicándose el sorteo del orden de votación con fecha 17/04/2026.

7.-Tratamiento de los recursos. Análisis y solución del caso: Ingresando al tratamiento de los recursos lo iniciaré por el de Noble, tratando luego en conjunto el agravio referido al límite de cobertura que es común de ese recurrente y de Horizonte, para seguir con el de la actora y culminar con el arancelario.

7.1.-Ingresando al tratamiento del recurso de Noble su primer agravio ha sido sintetizado por la propia recurrente en el punto II de su presentación recursiva exponiendo: “Errónea valoración de la prueba y arbitraria determinación del nexo causal. El sentenciante atribuyó la responsabilidad por el fallecimiento del Sr. Herrera exclusivamente al accionar de la Dra. Alcedo Belandria, ignorando que entre dicha conducta y el resultado fatal se interpusieron, como causas sobrevinientes autónomas y determinantes, las deficientes atenciones médicas brindadas por terceros en las horas siguientes: la negativa de atención del Hospital de Cipolletti (23/12/2020), y la triple negativa de atención del Policlínico Modelo de Cipolletti, la

Clínica Pasteur y el Policlínico de Neuquén en la noche del 25/12/2020, episodios que fracturaron definitivamente el nexo causal entre el obrar de la Dra. Alcedo y el óbito del Sr. Herrera, excluyendo toda responsabilidad de la médica asegurada y, por ende, de mi representada. no puede merecer recepción”.

Como vemos, la argumentación central de dicho agravio es sostener la fractura del nexo causal entre el obrar de la médica aquí demandada y el daño ocasionado atribuyendo una responsabilidad a terceros por quienes aquella no debiera responder. Esos terceros serían las instituciones en las que presuntamente a la víctima no la atendieron.

Dcho agravio es inaudible por aplicación de lo dispuesto en los artículos 242 (“La sentencia se dicta por mayoría y en ella se examinarán las cuestiones de hecho y de derecho sometidas a la decisión del Juez o Jueza de Primera Instancia que hubiesen sido materia de agravios”) y 246 (“El Tribunal no puede fallar sobre capítulos no propuestos a la decisión del Juez o Jueza de Primera Instancia”), ambos del CPCC.

En efecto, nada de lo que ahora expone fue introducido en su [contestación de demanda](#) presentada en autos con fecha 22/05/2024. Tampoco lo advierto planteado de forma expresa y clara en la contestación de demanda de la médica aquí demandada presentada con fecha [16/05/2024](#). Pues entonces, toda vez que la actuación de este tribunal se encuentra doblemente limitada por las normas citadas, por la tardía introducción de las cuestiones por las que ahora se agravia las mismas no pueden ser atendidas.

Se ha expuesto al efecto: “Al respecto, este Superior Tribunal de Justicia, tiene dicho que "Concedida la apelación, la Cámara no debe realizar un nuevo juicio por cuanto se encuentra más limitada que el Juez de Primera Instancia pues debe circunscribir su labor a los agravios

vertidos por el o los apelantes, que son sometidos a su consideración. Estos agravios son los que delimitan la personalidad de la apelación, marcando los límites del conocimiento de la Alzada, no pudiendo pronunciarse más allá de lo peticionado por las partes en sus escritos introductorios que hayan sido propuestos a la decisión del Juez de Primera Instancia; éste es el significado del viejo aforismo *tantum appellatum quantum devolutum*, toda vez que la inobservancia de esta regla por parte de la Cámara importará el dictado de un fallo violatorio del principio de congruencia, por ser *ultra petita* -más allá de lo peticionado- o *extra petita* -por fuera de lo pedido- (cf. Arazi, R. - Rojas, J., Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, Comentado, Anotado y Concordado con los Códigos Provinciales, Ed. Rubinzal Culzoni, T. II, pág. 157)" (cf. STJRNS1 - Se. 19/18 "Castillo"; Se. 08/20 "Romero"); "La directriz es más simple y definitiva en Primera Instancia (art. 34, inc. 4º y en particular art. 163, inc. 6º; y se angosta en la Alzada. Ello es así porque el Juez de origen juzga sobre todas las pretensiones, en tanto en la Alzada, como telón de fondo y referencia limitativa la sentencia, solo en la medida de los agravios. En la órbita de la Primera Instancia no puede fallarse sobre cuestión ajena al contenido de la litis, ni diferente del objeto del proceso; en el territorio de la Alzada, le está vedado al Tribunal querer tratar cuestión ajena a los agravios vertidos contra la sentencia" (cf. Morello, "Prueba, Incongruencia, Defensa en Juicio", pág. 45 y sgtes.). (STJRNS1 - Se. 24/15 "Larrosa Guardiola")" ("PIERGENTILI, TAMARA NOELIA Y PIERGENTILI, MAXIMILIANO OSVALDO C/GONZALEZ, JORGE ANTONIO, EMPRESA SOG SERVICIOS S.R.L., FUNES, HECTOR DANIEL Y ALMORZORA RENT CAR S.A. S/ORDINARIO S/CASACION" , Expte. N° RO-70875-C-0000, Se. 29/12/2022).

Expuso la recurrente en su contestación de demanda a manera de conclusión: "En síntesis, tal como la bibliografía lo describe, la trombosis

venosa profunda es un cuadro de imposible diagnóstico clínico; requiere de estudios complementarios tales como el ecodoppler y la prueba de Dímero D para su diagnóstico, ambos no disponibles en el Hospital de Allen al momento de la atención del Sr. Herrera en la madrugada del 25/12/2020. Claramente el paciente no presentaba signos claros de trombosis venosa profunda y mucho menos un cuadro clínico compatible con un tromboembolismo de pulmón de riesgo alto cuando fue asistido por la Dra. Alcedo. El fallecimiento del paciente 36 horas después, tras haber consultado en otros tres nosocomios en la noche del 25/12/2020 infructuosamente, no puede relacionarse con la atención brindada por la profesional injustamente demandada. Es por tal razón que la demanda en traslado deberá rechazarse con expresa imposición de costas a la actora". La misma conclusión se esgrimió en la contestación de demanda de la médica aquí demandada.

Extraer de esa presentación que se haya esgrimido la fractura del nexo causal por intervención de un tercero dista de la realidad. En efecto, el artículo 1731 del CCC dispone que "Para eximir de responsabilidad, total o parcialmente, el hecho de un tercero por quien no se debe responder debe reunir los caracteres del caso fortuito". Y sabido es que la prueba de las eximentes está a cargo de quien la invoque, tarea que no ha sido cumplimentada por la recurrente. Así lo dispone el artículo 1734 de aquél cuerpo legal al decir que "Excepto disposición legal, la carga de la prueba de los factores de atribución y de las circunstancias eximentes corresponde a quien los alega".

Emergen de la pericia médica las siguientes conclusiones: "El 25 de Diciembre de 2020, a las 2, 15 horas AM, se observa en los registros que ingresa el paciente, temperatura de 36,6°, saturación de oxígeno del 96%, frecuencia cardíaca de 116 por minuto. Fue medicado con diclofenac +

dexametasona por vía intramuscular, indicado por la médica Ivonne Alcedo, quien además entrega orden para que se realice un ecodoppler del miembro inferior izquierdo, sin aclarar diagnóstico presuntivo. El paciente por declaraciones de su viuda refería dificultad para respirar, taquicardia e inflamación de la pierna izquierda, es dado de alta...En base a lo expuesto y en especial a los antecedentes aportados a la causa, es mi opinión y sujeta al mejor y más justo criterio de V.S, que quien en vida fuera Luís Alberto Herrera, de 36 años, padeció de un cuadro de trombosis venosa profunda en el miembro inferior izquierdo y que luego devino en un cuadro de tromboembolismo pulmonar atento a la necropsia médico- legal practicada por el médico forense Ariel Bustos; atento a los elementos de prueba aportados a esta litis, el nombrado asistió en varias oportunidades para su asistencia médica ya que presentaba signos y síntomas que hacían presumir y sin lugar a dudas, de un presuntivo cuadro de tromboembolismo pulmonar con signos y síntomas de una afección trombótica en su miembro inferior izquierdo. Estimo y lo cual reitero que queda a mejor criterio del señor Juez, que toda su asistencia médica y por diversos profesionales fue por demás deficiente, con tratamientos farmacológicos que no tienen ninguna justificación con el cuadro clínico que presentaba el paciente, tales como clonazepam 22, loperamida 23, diclofenac 24; por ende considero que los profesionales actuantes, a mi leal saber y entender, no arbitraron la diligencia ni la pericia debida, en implementar un plan diagnóstico y terapéutico con la signo- sintomatología que presentaba el paciente; lo cual derivó finalmente con su óbito... consta que en la consulta del 25 de Diciembre de 2020, “fue medicado con diclofenac + dexametasona por vía intramuscular, indicado por la médica Ivonne Alcedo, quien además entrega orden para que se realice un ecodoppler del miembro inferior izquierdo, sin aclarar diagnóstico presuntivo. El paciente por declaraciones de su viuda refería dificultad para respirar, taquicardia e inflamación de la pierna

izquierda, es dado de alta”, por lo cual cabe deducir que la médica mencionada había constatado signos compatibles o presuntivos con una trombosis venosa profunda y sumado a ello el cuadro de disnea o dificultad respiratoria, lo cual y sin lugar a duda alguna, aconsejaba aplicar los protocolos terapéuticos acordes a tal situación y no prescribir solamente un antiinflamatorio y mucho menos darle el alta; hecho este tan evidente que el señor Luís Alberto Herrera fallece a las 10,30 horas del 26 de Diciembre de 2020. Por lo expuesto anteriormente, reitero para una mejor información del señor Juez, que no es posible afirmar que de haberse implementado por los médicos tratantes una adecuada praxis médica, tanto en lo diagnóstico como en lo terapéutico, el señor Luís Alberto Herrera hubiera evitado su óbito y por la severa afección que padecía. Sin embargo se le habría brindado la oportunidad de evitar complicaciones y el óbito...” En respuesta a los puntos periciales ofrecidos por Horizonte expuso: "3) Debo informar a V.S que no hubo “error de diagnóstico” sino directamente “no hubo diagnóstico alguno”, ni concreto ni presuntivo; lo cual indica que existió una praxis deficiente y no acorde al caso en cuestión por parte de la profesional Ivonne Alcedo...” En respuesta a los puntos periciales ofrecidos por la médica aquí demandada, en particular al modo de diagnosticar la TVP, expuso: "5) El diagnóstico de la trombosis venosa profunda se basa de manera exclusiva en su clínica y la exploración física es poco sensible y específica...el presente caso ameritaba presumir (diagnóstico presuntivo) tal situación y por ende actuar en consecuencia...” Con referencia al estudio indicado por la profesional aquí demandada expuso el perito: "...7) Efectivamente se trata de un estudio indicado para evaluar una presunta trombosis venosa profunda; pero debo destacar que en el caso de autos la médica Ivonne Yorley Alcedo Belandria lo solicito sin diagnóstico alguno, medicó al paciente y sin sustento alguno con diclofenac ® + dexametasona ® y lo envió a la casa; cuando la situación indicaba que el estudio debía

solicitarse con “urgencia” con el paciente internado y por ende no enviarlo a su domicilio...”

También expuso “Siguiendo al Dr. Prof. Alfredo Achaval, estimo que no solo en el caso de la médica Ivonne Yorley Alcedo Belandria, sino también el resto de los profesionales a los cuales asistió a la consulta el señor Luís Alberto Herrera, tanto en el Hospital Area Programa de la ciudad de Allen como la asistencia brindada en el Centro de Empleados de Comercio de la misma localidad; considero y salvo mejor criterio de V.S, que no actuaron con la “diligencia” debida, es decir la obligación profesional de implementar acciones para una correcta prestación médica y en donde la “diligencia” puede ser el medio idóneo para lograr un resultado...”

Como vemos, el perito en autos centra la eventualidad co-responsabilidad en la atención médica recibida en el Centro de Empleados de Comercio, sin mencionar explícitamente los restantes establecimientos en los que presuntamente se le negara la atención ni tampoco a la obra social (OSECAC). Por su parte la aquí recurrente ninguna mención efectua respecto de la atención médica de la Dra. Graciela Vallejos recibida por la víctima en el Hospital de Allen con fecha 20/12/2020 (ver informe de la enfermera Graciela Tiznao obrante a fs. 83/84 de la causa penal).

Agrego que a fs. 102/111 de la causa penal obrante en autos, se registra la pericia médica presentada por el médico Ariel Bustos, integrante del Cuerpo de Investigación Forense, a cuya íntegra lectura remito a la recurrente por su claridad, el detalle con que se describen las diferentes atenciones recibidas por la víctima y la contundencia con que se evalúa el obrar de la profesional aquí demandada. Del desarrollo de la misma emerge además el análisis particularizado de la intervención de cada profesional en la atención de la víctima (ver punto 4 de pericia) del cual puede colegirse

sin hesitación alguna que la responsabilidad está claramente atribuida a la médica aquí demandada.

La demanda de autos se inició con fecha 13/12/2023 habiendo la recurrente contestado el traslado de la misma el 22/05/2024, y a tenor de esa contestación es claro que esa parte estaba (o debía estar) en conocimiento del contenido de la causa penal y en particular de la pericia médica antes referida. De los puntos de pericia médica que ofreciera en su contestación se advierte que ninguno de ellos está referido a la presunta segmentación de responsabilidad de los diferentes intervinientes en la atención médica de la víctima.

Pues entonces no se invocó con claridad el hecho de un tercero por quien presuntamente no debía responder, mucho menos acreditó en forma concreta esa intervención, que la misma haya reunido los caracteres del caso fortuito y que haya tenido la entidad suficientemente para fracturar el nexo causal. Siquiera intentó en ese marco traer a este pleito a quienes consideraba como vinculados al hecho común (otros nosocomios, obra social), de modo de eventualmente intentar en autos segmentar las diferentes responsabilidades con intervención en autos de esos terceros (garantizando su elemental derecho de defensa) y asegurarse de tal modo una eventual repetición en contra de aquéllos. De modo que este tardío planteamiento no puede ser de recibo.

En suma, el agravio no se sostiene.

7.1.1.-Tampoco entiendo atendible el segundo en tanto no se explicita en forma clara en que consiste la doble actualización que predica.

Luego, resulta claro que si bien de las conclusiones del dictamen pericial psicológico no es posible deducir la configuración de un daño psicológico, si se verifica con claridad el impacto que ha tenido -en el

plano de la esfera extrapatrimonial- en cada uno de los aquí actores el fallecimiento de la víctima.

Sabido es que respecto de la prueba del daño extrapatrimonial o moral el mismo emerge de los hechos de la causa (*in re ipsa*) no pudiendo desconocerse el impacto emocional que importa en el caso la muerte del cónyuge o padre de los aquí accionantes.

En efecto emerge del contenido de la doctrina legal obligatoria: “Por último, en relación al argumento defensivo de que en autos el daño moral no ha sido acreditado, es dable señalar que este Superior Tribunal de Justicia, en reiteradas ocasiones ha entendido que en los supuestos de responsabilidad que provenga de un acto ilícito (aquiliano) el daño moral no requiere de prueba específica alguna y debe tenérselo por presumido (*in re ipsa*) por el sólo hecho de la acción antijurídica, correspondiendo la prueba en contrario al sindicado o sindicados como responsables. Máxime, cuando el bien jurídico lesionado fuese un derecho de la personalidad, o intereses ligados a la dignidad de la persona humana, donde la presunción del daño cobra un significado pleno. Así este Cuerpo tiene dicho que: ‘En cuanto a su procedencia, cabe expresar que: ‘la reparación del daño moral cumple una función de justicia correctiva o sinalagmática que conjuga o sintetiza a la vez la naturaleza resarcitoria de la indemnización del daño moral para la víctima y la naturaleza punitiva o sancionatoria de la reparación para el agente del daño. El daño moral se caracteriza por los padecimientos de quienes lo sufren, que configura una prueba ‘*in re ipsa*’, puesto que surge de los hechos mismos, que consiste en el desmedro o desconsideración que el agravio pueda causar en la persona agraviada o los padecimientos físicos, la pena moral, las inquietudes o cualquier otra molestia que pueda ser consecuencia del hecho perjudicial, sin que ello pueda significar que se constituya en una fuente de beneficios o

enriquecimiento injusto, y cuya valoración no está sujeta a cánones estrictos, correspondiendo a los jueces de la causa, establecer su procedencia y el quantum indemnizatorio, tomando en consideración para ello la gravedad de la lesión sufrida y el hecho generador de la responsabilidad -STJRN. Se. N° 94/10, in re: “O., H. c/ CONSEJO PCIAL. SALUD PUBLICA y Otros s/ DAÑOS Y PERJUICIOS-” (“GARCIA SANCHEZ, Edgar A. J. c/ANZOATEGUI, Felipe y Otros s/ DAÑOS Y PERJUICIOS ORDINARIO- s/CASACION”, Expte. N° 25821/12-STJ-). Criterio que ha sido reiterado, entre otros, en autos “BAVASTRO, Enrique c/ ANZOATEGUI, Felipe y Otro s/DAÑOS Y PERJUICIOS (ORDINARIO) s/CASACION” (Expte. N° 27354/14-STJ-).

En el caso, la prueba de ese impacto, en la esfera extrapatrimonial de los actores, no solo emerge de los propios hechos sino que además posee prueba directa, que se extrae de la referida [pericial psicológica](#). En consecuencia, su agravio no se sostiene.

Tampoco puede receptarse la crítica que emerge respecto del ingreso ponderado a los fines del cálculo del rubro identificado en la sentencia como indemnización por fallecimiento (pérdida de chance/valor vida).

El magistrado expuso: “Base de cálculo indemnizatorio. En cuanto a los ingresos, al interponer la demanda, la parte actora sostiene que los ingresos del Sr. Luis Alberto Herrera ascendían a la suma de \$ 85.795,12. Al momento de alegar, peticionan que se aplique una regla de proporcionalidad: en orden al fallo “GUTIERRE”, a los fines de determinar el ingreso base a tomar en cuenta para el cálculo indemnizatorio, se deberá establecer cuantos SMVM representaba dicho salario al momento de su deceso, y a dicha cifra multiplicarla por el valor del SMVM actual, previo a realizar el cálculo por la formula matemático financiera de uso en la jurisdicción. Sostienen que el salario del Sr. Herrera al momento de su

fallecimiento (de \$85.795,12) representaba 4,17 veces más por encima del SMVM, ya que el mismo ascendía a la suma de \$20.587,50, y en consecuencia el ingreso para la realización del cálculo indemnizatorio del presente rubro es de \$ 1.343.574. Del precedente "GUTIERRE" surge que "(...) debe adecuarse la fórmula de cálculo en cuestión, sustituyendo el ingreso mensual devengado a la fecha del hecho ilícito generador de responsabilidad, por el devengado a la fecha de la sentencia de Primera Instancia, pues es la que más se aproxima al objetivo a cumplir, que es lograr la reparación plena de los daños". En el presente caso, la parte actora ha logrado acompañar el recibo de sueldo del Sr. Luis Alberto Herrera, al momento de su fallecimiento, y su salario ascendía a \$ 85.795,12. Dada la jurisprudencia del STJ, ante la falta de comprobación de ingresos, debe aplicarse el SMVM, y conforme el precedente "GUTIERRE" debiera utilizarse el SMVM al momento de dictado de sentencia, el que asciende actualmente a \$334.800 (Resolución 9/2025, CNEPYSMVYM). Por lo tanto, siendo que el sueldo que Luis Alberto Herrera percibía al fallecimiento (\$85.795,12) resulta ser menor al SMVM actual, tomar directamente el sueldo al momento del hecho como ingreso base para la fórmula lesionaría el derecho de la parte actora a una reparación integral, encontrándose en una situación desfavorable respecto a aquellos que no acrediten el ingreso habitual. En consecuencia, siguiendo el criterio ya utilizado en anteriores precedentes por esta UJCA, actualizaré el ingreso base del Sr. Luis Alberto Herrera, utilizando el SMVM al momento de los hechos, y trasladando la proporcionalidad a valores actuales conforme el SMVM al momento de dictado de sentencia. Así, si tenemos en cuenta que al momento de fallecimiento el SMVM era de \$ 20.587,50 (Resolución 4/2020 CNEPYSMVYM), lo que percibía Luis Alberto Herrera en aquel momento representaba un 4,17 veces por encima del SMVM. Manteniendo igual proporcionalidad, se estima que a la fecha de la sentencia y con un

SMVM de \$ 334.800, Luis Alberto Herrera habría percibido \$ 1.396.116, siendo éste un ingreso que no se percibe como excesivo para la profesión que tenía el causante”.

La argumentación y el razonamiento empleado es correcto. Precisamente, hemos expuesto muy recientemente: “Es que tal como emerge del criterio sentado por este tribunal en el precedente citado por el recurrente ("**POLI**") que siguiera al primer pronunciamiento dictado por la Sala que integro ("**CORIA**"), a cuya íntegra lectura remito a los aquí intervinientes, la existencia de un ingreso acreditado que desestime la utilización de la pauta del SMVM debe juzgarse al momento del hecho dañoso. Luego, si el actor al momento de la sentencia no conserva aquél ingreso, deberá traerse el mismo a valores actuales al momento del dictado de la sentencia, no aplicar la pauta del SMVM. En suma la verificación y el juzgamiento acerca de la existencia o no de un ingreso acreditado debe hacerse al momento del hecho dañoso, no luego. En suma en base a los fundamentos allí (en los precedentes citados) y aquí esgrimidos entiendo que debiera receptarse el recurso de la actora ponderándose como ingreso vigente al momento del hecho a los efectos del cálculo de la indemnización por incapacidad sobreviniente la suma de \$ 56.886,35.- (ingreso de enero 2021) equivalente a aquélla fecha a 2,63 SMVM (valor \$ 21.600.- Res. 4/2020). El SMVM a diciembre de 2025 (Res. 9/2025 equivalía a la suma de \$ 334.800.- En consecuencia multiplicando 2,63 por dicho importe arribamos a un ingreso actualizado de \$ 880.524.-” (RO-20214-C-0000 "C.D.A. C/ O.A.B. Y OTRA S/ DAÑOS Y PERJUICIOS -ORDINARIO-BLSG M-2RO-1730-C3-22, Sent. 07/05/2026).

De modo que el agravio no prospera.

7.1.2.-Ingreso ahora al último agravio referido a la actualización del límite que impone la suma asegurada en el caso, dando respuesta con su

tratamiento tanto al recurso de Noble cuanto de Horizonte.

En principio debo consignar que estamos en presencia de un agravio meramente conjetural. En efecto se dispuso en la sentencia: “En consecuencia, y en etapa de ejecución de sentencia, la aseguradora deberá acompañar al presente proceso la póliza de seguros del mismo ramo y cobertura que la pactada en el presente caso (responsabilidad civil frente a terceros, derivadas directamente del ejercicio de la actividad profesional, sin franquicia, con base de cobertura en “Claims Made” y cobertura de Responsabilidad Civil de Profesionales de la Salud) y con los montos de cobertura que se encuentren vigentes al momento de ejecutarse o cumplirse esta sentencia. Además, conforme doctrina del STJ en precedentes "LEVIAN" e "ILU" ya referidos, a la suma de dinero mencionada en el párrafo anterior se le deberán aplicar intereses a la tasa del 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 deberán adicionarse intereses conforme las tasas judiciales establecidas en precedente "MACHIN" (STJRN3, 104 - 24/06/2024) o la que en el futuro las reemplacen”.

Pues bien, el agravio para configurarse exigía de las recurrentes la demostración de su concreción, por caso adjuntando una póliza de la cual surja un monto de cobertura aun mayor que el que aquí resultaría aplicable de adicionarse a la suma asegurada nominal los intereses a la tasa legal desde la fecha del siniestro y hasta la fecha. Nada han hecho para justificar su postura recursiva.

Por seguir, como bien colaciona la parte actora, la cuestión ya ha sido abordada por esta Sala que integro. En efecto en los autos "[TEJERINA](#)", en sentencia de fecha 19/02/2026 expusimos: “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... 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://calculadordeinflacion.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: ...(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:... (“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 limite

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”.

Conciente de nuestro deber de evitar transcripciones que deriven en sentencias con un exceso de páginas, lo que las hace difíciles de abordar, he proporcionado el hipervínculo de ese pronunciamiento a fin de que las partes puedan acceder fácilmente al mismo y consultar en extenso los fallos allí citados transcribiendo en el caso tan solo los datos de ellos. Asimismo proporciono los hipervínculos de los precedentes "[LEVIAN](#)" e "[ILU](#)", aun cuando considero que los letrados aquí litigantes se encuentra en conocimiento de los mismos.

De modo que, a tenor del criterio que se ha expuesto, advierto razonable la solución propuesta en el caso por el magistrado máxime cuando no se pone en discusión aquello de que con las primas actuales se cubren los siniestros pasados.

En efecto al momento de la celebración del seguro aquí involucrado (septiembre 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 pactada oportunamente (\$ 1.600.000.-) arribamos a un importe actualizado de la misma, a la fecha del pronunciamiento de primera instancia, de \$ 33.600.000.- En resumen, con cualquiera de los cálculos antes realizados advertimos que de receptarse la postura recursiva las aseguradoras aquéllas responderían 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 (\$ 9.313.054,40.- según los cálculos realizados en la sentencia, no cuestionados) menos de un tercio del importe en moneda constante de esa cobertura. Resultando de tal modo confiscatorio para su propio asegurado.

Si aplicáramos tan solo el cálculo de los índices inflacionarios desde septiembre de 2020 a la fecha del fallecimiento de la víctima en autos la suma asegurada se incrementaría notoriamente (2819,42%) arribando al importe de \$ 46.710.717,23 (<https://calculadoradeinflacion.com/argentina.html?md=septiembre&ad=2020&mh=diciembre&ah=2025&q=1600000&s=cpi>).

Si se ponderara a los fines del cálculo de la indemnización por fallecimiento el ingreso de la víctima a la fecha del hecho (26/12/2020, \$ 85.175.-), arribaríamos a una indemnización total (solo por ese rubro) de \$ 27.587.894.- la que descontado un 20 % para gastos personales de la persona fallecida quedaría en \$ 22.070.315.- representando la suma asegurada contratada en septiembre de dicho año (\$ 1.600.000.-) en forma aproximada un 7 % de esa eventual indemnización. Insisto sin ponderar los restantes rubros dañosos aquí determinados.

En resumen y por lo dicho el agravio es insostenible propiciando la confirmación de lo resuelto, debiendo ser desestimados los recursos de

ambas aseguradoras.

7.2.-Ingreso ahora al tratamiento del recurso de la parte actora.

7.2.1.-Su primer agravio entiendo debiera ser receptado.

En efecto, surge de lo expuesto en su **demanda**: "7.2.- DAÑO PSICOLÓGICO: El art. 1738 del Código Civil y Comercial enumera enunciativamente dentro de los daños indemnizables a la salud psicofísica, comprensiva la misma del daño físico y psíquico que una persona puede padecer, y que puede petitionar su indemnización en un todo conforme con lo dispuesto por el art. 1746 del mismo cuerpo legal.- Si bien el tema ha generado un debate en la Doctrina Argentina, sobre si el mismo forma parte de uno de los dos grupos clásicos de Daños (Patrimoniales o Extrapatrimoniales) o si, por el contrario, forma parte del mentado tercer grupo de Daños (junto a otros como el daño estético, por ejemplo), lo cierto es que siendo que el nuevo Código habilita que el mismo sea indemnizado cuantificándose de igual manera que el daño físico, ubicándose dentro de los daños de carácter Patrimonial. Es por ello que el nuevo CCyC, en el art. 1.746, establece al Daño Psicológico como un daño incapacitante indemnizable dentro, y bajo los mismos parámetros del daño físico, por lo que acreditado la existencia de una incapacidad psicológica –mediante la producción de la prueba pericial pertinente- deberá hacerse lugar al mismo y cuantificarse con la fórmula que ordena la norma...Se denota así una afección psicológica incapacitante de los Actores que deberá ser tratada o en el caso indemnizada.- La Perito Psicóloga a designarse en autos deberá expedirse sobre la afección psicológica que padece cada uno de los Actores, y en el caso si la misma es tratable o no, determinando en el caso de que sea tratable la cantidad de sesiones que deberán afrontar el Actor y sus costos, o en el caso –si no es tratable- si dicha afección se traduce en una incapacidad de carácter permanente determinado el porcentaje de

incapacidad que deba ser indemnizado, en un todo conforme con lo prescripto por el Código Civil y Comercial, grado de incapacidad que el Actor padece”.

De modo que fácil es colegir que el gasto de tratamiento psicológico ha sido demandado para el caso de que no se determinara una incapacidad psicológica, situación que se verifica en autos.

De la pericial psicológica obrante en autos emerge: “4) Se determina para cada peritado los siguientes grados de incapacidad, según el baremo Castex y Silva: Cinthia Masina VPI %20 Herrera Juan Cruz VPI % 10 Herrera Santino VPI % 10. Esta perito recomienda tratamiento psicológico para cada uno de los actores, lo cual es necesario para propiciar la elaboración del duelo ante la pérdida del familiar y la disminución de la sintomatología. Se puede estimar un tratamiento psicológico inicial de: Cintiha Masina: 24 meses con frecuencia semanal Herrera Juan cruz: 12 meses con frecuencia semanal 17 Herrera Santino; 12 meses con frecuencia semanal. El costo de la sesión de terapia individual según los valores del colegio de psicólogos Alto Valle Este vigentes al momento de elaboración del informe es: \$18.000” (el subrayado me pertenece).

De modo que el recurso en este aspecto prospera haciéndose lugar al gasto por tratamiento psicológico. Toda vez que el año calendario posee 52,14 semanas ($365 / 7 = 52,14$) en el caso de Cinthia Masina prosperará por la suma de \$ 1.877.040.- (una sesión semanal por 104,28 semanas); y en el de Juan Cruz Herrera y Santino Herrera por la suma de \$ 938.520.- a cada uno de ellos. En todos los casos con más los intereses desde la fecha del fallecimiento de la víctima (26/12/2020) y hasta la fecha de la presentación del dictamen pericial psicológico (22/11/2024) al 8 % anual y desde allí y hasta su efectivo pago a la tasa emergente de la doctrina legal vigente (“MACHIN” y su modificación por Acordada 23/25) o la que en el

futuro la reemplace).

7.2.2.-Con referencia a su segundo agravio, referido a la cuantía del daño moral, para delimitar la materia del recurso debo apuntar que la procedencia en el caso de la partida no ha sido cuestionada, quedando limitada la cuestión a la cuantificación de la misma.

Sabido es que de conformidad al señero y añejo precedente “Painemilla c/ Trevisan” (J.C. T°IX, págs. 9/13), como carga de fundamentación se requiere invocar precedentes que se consideren similares en circunstancias a las del caso juzgado. Pero a más de ello y a la luz de la vigencia del artículo 1741 del CCC se requiere cumplir con la carga que establece esa manda legal.

En efecto, expuse oportunamente y aquí lo ratifico: “Y digo que comparto esa postura en tanto refleja el apego por el nuevo paradigma inaugurado -en materia de daño no patrimonial- a partir de la sanción del nuevo CCC. Lo que conlleva a poner en agenda al menos estas cuestiones que poseen relación con ello: por un lado que -a casi 10 años de su entrada en vigencia- es hora de comenzar a requerir a los profesionales del derecho que cumplan la carga de fundamentación que importa el nuevo artículo 1741 de ese cuerpo legal al momento de cuantificar el daño no patrimonial, y a su turno la magistratura deberá indicar cual o cuáles son las satisfacciones sustitutivas o compensatorias que pueden procurar los montos indemnizatorios concedidos y que justifican los mismos; y por el otro que aquella señera doctrina fijada en “Painemilla” (aplicación de indemnizaciones similares en casos similares) ya no resultaría -en principio- una guía de estricto y necesario seguimiento -tanto para la magistratura cuanto para los profesionales-, en tanto se vislumbra una pauta de ponderación de nuevo seguimiento -impuesta legal e imperativamente- en base a la cual debe ser cuantificada la partida (satisfacciones sustitutivas

o compensatorias). Posiblemente a partir de la recopilación de nuevos precedentes fundados en la nueva normativa pueda elaborarse una nueva referencia que aporte previsibilidad al sistema de cuantificación del rubro. Respecto de aquella carga profesional se ha dicho que “corresponde a las partes precisar claramente la prueba del daño sufrido así como la relación específica de la pretensión pecuniaria con los hechos del caso y las violaciones que se alegan”(CIDH, Caso Furlán y familiares vs. Argentina, párr. 313). Lejos están de perder vigencia aquéllas pautas aportadas por Mosset Iturraspe para la cuantificación del rubro: "1.- No a la indemnización simbólica; 2.- No al enriquecimiento injusto; 3.- No a la tarifación con "piso" o "techo"; 4.- No a un porcentaje del daño patrimonial; 5.- No a la determinación sobre la base de la mera prudencia; 6.- Sí a la diferenciación según la gravedad del daño; 7.- Sí a la atención a las peculiaridades del caso: de la víctima y del victimario; 8.- Sí a la armonización de las reparaciones en casos semejantes; 9.- Sí a los placeres compensatorios; 10.- Sí a sumas que puedan pagarse, dentro del contexto económico del país y el general "standard" de vida" (Se. de fecha 20/09/2013 en Expte. CA-21231 de esta Cámara, entre muchas otras) ("[CABAÑA](#)").

La aplicación al presente del precedente “GARRIDO ZUÑIGA” entiendo no resulta adecuada puesto que no se trata del reclamo de un/una cónyuge o hijo por la muerte de su pareja o padre, surgiendo de los hechos allí involucrados que se trataba de una reclamo formulado por una mujer por una mala praxis médica.

Tampoco el caso “VIÑUELA” tiene estricta relación con este caso, tratándose allí asimismo del reclamo por una mala praxis médica formulado por una mujer.

Por caso en reciente pronunciamiento en los autos "ACUÑA

AMALIA C/ MINISTERIO DE OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO Y OTRO S/ CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO", (RO-00896-C-2023) de fecha 12/02/2026 en el marco de un accidente de tránsito se reconoció por la muerte de la víctima al cónyuge un daño moral de \$ 5.000.000.- a la fecha de ese pronunciamiento y de \$ 15.000.000.- en favor de cada uno de los hijos; en los autos "PEZO PEZO, MARIO HERNAN Y OTROS C/ BARAZZUTTI, BRUNO Y OTROS S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (ORDINARIO)" (VR-69623-C-0000) (VRC-9513-J21-15), sentencia de fecha 21/03/2025 por la muerte de la víctima a la cónyuge se le reconoció un daño moral de \$ 7.100.000.- y a cada uno de los hijos la suma de \$ 3.611.298.-, sumas a las que aplicada la tasa de interés emergente de la doctrina legal hasta la fecha del dictado de la sentencia de primera instancia en autos arroja las de \$ 12.485.825.- y \$ 6.352.636.-, siendo dable destacar que allí la cónyuge reclamó el daño ocasionado por la muerte de su esposo más el propio sufrido; por último en autos "CANALES SANTIAGO AGUSTIN Y OTROS C/ DE PIANO OSCAR GABRIEL CAYETANO Y COMPAÑÍA DE SEGUROS LA MERCANTIL ANDINA S A S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (ORDINARIO), sentencia de fecha 14/11/2024, en el marco de un accidente de tránsito, por la muerte de la cónyuge se reconoció en favor del esposo e hijos la suma de \$ 7.000.000.- a la fecha de la sentencia de primera instancia (14/08/2023) las que actualizadas del modo antedicho a la fecha del pronunciamiento de primera instancia en autos arroja un monto de \$ 26.667.004.-; en autos "VASQUEZ ANDREA ANA Y OTROS C/ FUNES HECTOR DANIEL Y OTRO S.BENEFICIO Y S/ ORDINARIO " (Expte. N° 36030-J5-12), sentencia del 12/08/2023, en el marco de un accidente de tránsito, por la muerte de su padre se reconoció en favor de los hijos la suma de \$ 2.450.000.- al 13/08/2020, suma a la que aplicando la tasa de interés emergente de la doctrina legal hasta la sentencia

de primera instancia representa la suma de \$ 14.632.470.-; en autos "UGARTE ROLANDO RAUL Y OTROS C/ OSPRERA Y OTROS S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (ORDINARIO) (P/C EXPTE (M-2RO-277-C1-14) UGARTE RAUL R. S/BENEF. DE LIT. SIN GASTOS)" (Expediente RO-70507-C-0000), en el marco de una demanda por mala praxis médica, sentencia de fecha 28/12/2023, en el caso del fallecimiento de una mujer se reconoció en favor de su pareja un daño moral de \$ 4.000.000.- y a los hijos de \$ 3.500.000.- al 10/12/2020, sumas a la que aplicando la tasa de interés emergente de la doctrina legal hasta la sentencia de primera instancia representan las respectivas sumas de \$ \$ 23.255.016.- y \$ 20.348.139.-

De modo que a mi juicio, frente a las indemnizaciones concedidas en los precedentes mencionados, el daño moral reconocido en la sentencia aparece menguado propiciando el acogimiento del agravio elevando prudencialmente el daño moral de la cónyuge y de cada uno de los hijos a las sumas respectivas de \$ 25.000.000.- (cónyuge) y \$ 15.000.000.- (hijos) con más los intereses determinados en la sentencia de primera instancia.

7.3.-Resta el tratamiento del recurso arancelario antes consignado.

Y estimo que el mismo debiera prosperar evidenciándose el porcentaje regulatorio asignado (14 %), frente a la tarea desplegada y etapas cumplidas evaluada bajo las pautas del artículo 6 de la LAAP, como reducido, propiciando la elevación de los honorarios de los recurrentes al 18 % del monto base, en forma conjunta para ambos letrados.

Sin imposición de costas por no haber mediado contradicción (art. 62 CPCC).

8.-La decisión propuesta: En base a lo antes expuesto he de propiciar:
a)Rechazar los recursos de Noble y Horizonte, con costas a cargo de las

recurrentes vencidas (art. 62 CPCC); b)Hacer lugar al recurso de la actora: b.1)acogiendo el gasto por tratamiento psicológico en el caso de Cinthia Masina por la suma de \$ 1.877.040.- y en el de Juan Cruz Herrera y Santino Herrera por la suma de \$ 938.520.- a cada uno de ellos. En todos los casos con más los intereses desde la fecha del fallecimiento de la víctima (26/12/2020) y hasta la fecha de la presentación del dictamen pericial psicológico (22/11/2024) al 8 % anual y desde allí y hasta su efectivo pago a la tasa emergente de la doctrina legal vigente (“MACHIN” y su modificación por Acordada 23/2025) o la que en el futuro la reemplace; b.2) elevando la indemnización por daño moral en el caso de la cónyuge a la suma prudencial de \$ 25.000.000.- y en el caso de cada uno de los hijos a la suma prudencial de \$ 15.000.000.- con más los intereses determinados en la sentencia de primera instancia. Las costas se imponen a la demandada y las citadas en garantía vencidas (art. 62 CPCC) ello sin perjuicio de que solo Noble controvirtiera el mismo, toda vez que la actora tuvo que recurrir a esta instancia para el reconocimiento de su derecho. A los efectos de la regulación de honorarios deberá ponderarse como monto base la diferencia entre el importe reconocido en primera instancia y el aquí admitido (MB \$ 40.754.080.-); c)Hacer lugar al recurso arancelario interpuesto por los letrados Julio Guillermo Oviedo y Javier Utrero elevando sus honorarios por la actuación en la instancia anterior al 18 % del monto base, en forma conjunta. Sin imposición de costas por no mediar contradicción (art. 62 CPCC).

Por la actuación en esta instancia y por el recurso de la aseguradora Noble regular los honorarios del letrado interviniente en el doble carácter por esa parte, José Ignacio Luquin en el 12,5 %, los de los letrados patrocinantes del actor Julio Guillermo Oviedo y Javier Utrero, en conjunto, en el 15 % y los de la letrada interviniente en el doble carácter por la Provincia de Río Negro, Gabriela Fátima Aguirre, en el 15 %. En

todos los casos con referencia a los asignados en la primera instancia a esas representaciones letradas (art. 15 LAAP) Por el recurso de la actora y sobre el monto base mencionado en el párrafo anterior regular los honorarios de sus letrados patrocinantes antes consignados, en forma conjunta, en \$ 1.095.500.- (MB x 18 % x 15 %) y los del letrado interviniente en el doble carácter por Noble en la suma de \$ 355.000.- (MB x 7 % x 12,5 %) Por el recurso de Horizonte diferir la regulación de honorarios de los letrados intervinientes a la previa determinación de la suma asegurada de modo de computar la diferencia entre el monto de la suma asegurada más intereses a la fecha del pago, con el que surja en la etapa de ejecución de sentencia.

ASI VOTO.

LA SRA. JUEZA ANDREA 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 los recursos de Noble y Horizonte, con costas a cargo de las recurrentes vencidas (art. 62 CPCC).
- II) Hacer lugar al recurso de la actora: b.1) acogiendo el gasto por tratamiento psicológico en el caso de Cinthia Masina por la suma de \$ 1.877.040.- y en el de Juan Cruz Herrera y Santino Herrera por la suma de \$ 938.520.- a cada uno de ellos. En todos los casos con más los intereses desde la fecha del fallecimiento de la víctima (26/12/2020) y hasta la fecha de la presentación del dictamen pericial psicológico (22/11/2024) al 8 % anual y desde allí y hasta su efectivo pago a la tasa emergente de la

doctrina legal vigente (“MACHIN” y su modificación por Acordada 23/2025) o la que en el futuro la reemplace; b.2) elevando la indemnización por daño moral en el caso de la cónyuge a la suma prudencial de \$ 25.000.000.- y en el caso de cada uno de los hijos a la suma prudencial de \$ 15.000.000.- con más los intereses determinados en la sentencia de primera instancia. Las costas se imponen a la demandada y las citadas en garantía vencidas (art. 62 CPCC) ello sin perjuicio de que solo Noble controvertiera el mismo, toda vez que la actora tuvo que recurrir a esta instancia para el reconocimiento de su derecho. A los efectos de la regulación de honorarios deberá ponderarse como monto base la diferencia entre el importe reconocido en primera instancia y el aquí admitido (MB \$ 40.574.080.-).

III) Hacer lugar al recurso arancelario interpuesto por los letrados Julio Guillermo Oviedo y Javier Utrero elevando sus honorarios por la actuación en la instancia anterior al 18 % del monto base en forma conjunta. Sin imposición de costas por no mediar contradicción (art. 62 CPCC).

IV) Por la actuación en esta instancia y por el recurso de la aseguradora Noble regular los honorarios del letrado interviniente en el doble carácter por esa parte, José Ignacio Luquin en el 12,5 %, los de los letrados patrocinantes del actor Julio Guillermo Oviedo y Javier Utrero, en conjunto, en el 15 % y los de la letrada interviniente en el doble carácter por la Provincia de Río Negro, Gabriela Fátima Aguirre, en el 15 %. En todos los casos con referencia a los asignados en la primera instancia a esas representaciones letradas (art. 15 LAAP) Por el recurso de la actora y sobre el monto base antes mencionado regular los honorarios de sus letrados patrocinantes antes consignados, en forma conjunta, en \$ 1.095.500.- y los del letrado interviniente en el doble carácter por Noble en la suma de \$ 355.000.- Por el recurso de Horizonte diferir la regulación de honorarios de los letrados intervinientes a la previa determinación de la suma asegurada de modo de computar la diferencia entre el monto de la suma asegurada

más intereses a la fecha del pago, con el que surja en la etapa de ejecución de sentencia.

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