



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
PROCURACIÓN GENERAL DE LA
SUPREMA CORTE DE JUSTICIA

C-125165-1

"R. M. L. y P. L. c/ M. S., L. S., Clínica del Niño y de la Madre,
Obra Social de empleados de Comercio y Actividades Afines s/
Daños y perjuicios"
C. 125.165

Suprema Corte de Justicia:

I. La Sala Primera de la Cámara de Apelación en lo Civil y Comercial del Departamento Judicial de Mar del Plata revocó parcialmente la sentencia recaída en la instancia anterior que -a su turno (v. sentencia de fecha 12-II-2019)- rechazó íntegramente la demanda promovida por M. L. R. y L. J. P. en nombre propio y en representación de su hijo menor A.P. contra los doctores R. S. M., S. H. L., la Clínica del Niño y la Madre S.A., la Obra Social de Empleados de Comercio y Actividades Civiles (OSECAC) y las citadas en garantía Seguros Médicos S.A. y Prudencia Compañía Argentina de Seguros Generales S.A., en reclamo de indemnización de los perjuicios derivados del daño neonatal -parálisis braquial obstétrica derecha- sufrido por el niño, a raíz de la "mala praxis" médica que imputaron cometida por los profesionales médicos nombrados en las maniobras desplegadas para atender su alumbramiento.

Como consecuencia de la decisión revocatoria adoptada, la alzada dispuso: a) hacer parcialmente lugar a la acción entablada en representación del niño A. P. única y exclusivamente contra el segundo de los galenos mencionados, doctor S. H. L., y contra el establecimiento asistencial nombrado; b) condenar a éstos últimos conjuntamente con sus respectivas aseguradoras citadas en garantía -éstas en la medida del seguro- a abonar al menor actor la suma de pesos dos millones ochocientos tres mil ochocientos treinta con treinta y cinco centavos (\$ 2.803.830,35), representativa del resarcimiento de los daños patrimoniales y extrapatrimoniales que le fueron reconocidos, con más un interés puro del 6% anual desde la fecha del hecho hasta la del presente pronunciamiento, y de allí en adelante hasta el efectivo pago a la tasa pasiva más alta que paga el Banco de la Provincia de Buenos Aires en sus operaciones de depósitos a treinta días. Si abarcare un período menor, el cálculo será diario (conf. arts. 622 y 623, C.C.; arts. 7 y 768, inc. "c", CCCN; 7 y 10, ley 23.928 y modif., SCBA, causas C. 119.176 y C. 121.134), con

costas; c) confirmar el decisorio en todo lo demás que hubiere sido materia de agravios; d) imponer a los legitimados pasivos y a las citadas en garantía -en el límite fijado- el ochenta por ciento de las costas del recurso de apelación interpuesto por los progenitores en representación de su hijo menor y el restante veinte por ciento a la parte accionante; e) imputar a M. L. R. y a L. J. P. la totalidad de las costas devengadas con motivo del recurso de apelación interpuesto en defensa de sus derechos propios y, f) por último, aplicar a la Clínica del Niño y la Madre S.A. la totalidad de los gastos causídicos de su recurso (v. sentencia del 16-VII-2020).

Con posterioridad y a instancias del remedio procesal articulado por la Clínica del Niño y de la Madre S.A. codemandada (escrito digital fechado el 26-VII-2020) el tribunal de alzada decidió aclarar el pronunciamiento dictado en lo que respecta a la locución “en la medida del seguro” con fundamento en que “(...) remite a una proporcionalidad en la relación entre prima pagada y cobertura contratada cuya expresión nominal no resulta aún dilucidada, representando la génesis de un posterior conflicto a suscitarse con motivo de la eventual ejecución de sentencia, cuya inminente ocurrencia aquí corresponde tratar de evitar”.

Con ese piso de marcha, explicó que si la reparación que se le reconoció a la víctima es a valores actualizados (deuda de valor) la suma máxima asegurada debe fijarse con idéntico criterio, ello en sintonía con lo decidido por esa Suprema Corte en el precedente C. 119.088, lo que así finalmente decidió (v. decisión aclaratoria de fecha 13-IV-2021).

II. Contra dicha forma de resolver el pleito se alzó la parte actora quien, por apoderada y previo al dictado de la aclaratoria de mención, dedujo recurso extraordinario de inaplicabilidad de ley a través de la presentación electrónica del día 07-VIII-2020, concedido en la instancia de grado con fecha 27-V-2021.

Los letrados apoderados de las aseguradoras citadas en garantía impugnaron, por su parte, la decisión aclaratoria emitida el 13-IV-2021 por medio de los remedios recursivos de inaplicabilidad de ley plasmados en los escritos electrónicos de fechas 02-V-2021 y 03-V-2021-, concedidos ambos en la sede ordinaria el 15 de marzo de 2022.

III. Recibidas las actuaciones en esta Procuración General a mi cargo con motivo



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
PROCURACIÓN GENERAL DE LA
SUPREMA CORTE DE JUSTICIA

C-125165-1

de la vista conferida por esa Suprema Corte el 26-VIII-2022 en los términos de lo prescripto por el art. 283 del Código Procesal Civil y Comercial, procederé, seguidamente, a responderla comenzando, por razones de método, por la impugnación deducida por la parte actora.

IV. 1. En el recurso extraordinario de inaplicabilidad de ley incoado por la letrada apoderada de la parte actora, se plantean los siguientes agravios:

a. se incurrió en los vicios de absurdo y arbitrariedad al establecer el monto destinado a indemnizar la incapacidad laborativa de A.P. Explica en dicho sentido que el órgano revisor actuante aplicó la fórmula “Acciarrí” utilizando como parámetros: su minusvalía física estimada en el 55%, 18 años de edad para el inicio del cómputo de actividades productivas, el Salario Mínimo Vital y Móvil (\$ 16.875) y tasa de descuento del 6%, todo ello sin incorporar probabilidades de incremento de sueldo, asumiendo en consecuencia que el salario de A.P., una vez ingresado en el mercado laboral, se mantendrá invariable a lo largo de toda su vida. Agrega que también se ha omitido incorporar a la base de cálculo aplicado el importe correspondiente al sueldo anual complementario.

Bajo tales premisas acusa transgresión a lo prescripto por el art. 1.738 del Código Civil y Comercial en cuanto a la pérdida de chance se refiere, que resulta del menoscabo cierto y probado a la integridad física del menor.

Para finalizar se disconforma de la tasa de descuento fijada del seis por ciento (6%) en la fórmula utilizada tachándola de confiscatoria al aplicarse sobre la menor remuneración (SMVM) que puede percibir un trabajador.

b. Se queja por la estimación de un 5% de resarcimiento por las actividades económicamente valorables, pese a haberse reconocido el 55% de incapacidad física total y permanente de A.P. Entiende que la alzada incurrió en absurdo en la valoración de este rubro resarcitorio en tanto considera que es “... *un hecho notorio de la realidad que una persona con un solo brazo requerirá de por vida ayuda para sus tareas hogareñas y de higiene personal*”, amén de que no se expusieron las pautas que permitan comprender cómo se arribó al porcentaje de mención.

Para culminar este segmento de la impugnación, la presentante intenta demostrar

una contradicción en el juzgador, esto es: que se haya dispuesto en el decisorio que el 5% por actividades económicamente valorables forma parte del rubro incapacidad física se traduce en la falta de indemnización concreta -y diferenciada- del rubro en cuestión, que por ser actividades exógenas a la fórmula matemática utilizada debe descartarse la combinación de ambas dimensiones.

c. Cuestiona el alcance resarcitorio para el segmento “vida de relación”. Explica que el Tribunal lo ponderó en el campo patrimonial circunscribiéndolo únicamente a la dimensión laboral soslayando las condiciones personales del reclamante, con la particularidad, además, de que A.P. no ha alcanzado la edad para brindar su fuerza de trabajo.

d. Enlazado con las quejas anteriores se duele de la falta de reparación plena con motivo del hecho ilícito sufrido por el menor desde su nacimiento hasta los 18 años, ya que solo se indemnizó por rentas futuras frustradas.

e. En lo que respecta a la fijación del daño moral acusa a los juzgadores de la sede ordinaria de omitir el detalle de los parámetros sociales que merituaron para arribar a su cuantificación, lo que a su vez configura absurdo y arbitrariedad.

f. En otro orden, se desconforma con el monto reconocido para gastos médicos, radiografías, resonancia magnética, traslados presentes y futuros, solicita su elevación por considerar que al tiempo de su estimación la Cámara omitió tener en cuenta la realidad económica del país.

g. Se agravia del rechazo del rubro operaciones especializadas. Pues, para así decidir, el Tribunal soslayó el informe de la perito médica cirujana plástica obrante a fs. 770/771, a la par de que interpretó sesgadamente las respuestas a los puntos de pericia “j”, “k”, “l” y “m” dadas por el perito traumatólogo (ver fs. 674 vta/675), lo que derivó en conclusiones incongruentes y contradictorias con las constancias de la causa y tergiversación de las reglas de la sana crítica.

h. Por último, discrepa con el monto reconocido para tratamientos kinesiológicos presentes y futuros. Señala que no solo se omitió valorar el informe de la perito médica cirujana -que indicó terapia kinésica pos operatoria- sino que además lo limitó a un mes -pese a reconocer la magnitud de la dolencia que experimenta A.P.- configurándose, también en este



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
PROCURACIÓN GENERAL DE LA
SUPREMA CORTE DE JUSTICIA

C-125165-1

aspecto, el vicio de absurdo.

2. Resumido hasta aquí el contenido de los embates que fundan el intento revisor bajo análisis, me encuentro en condiciones de anticipar mi opinión contraria a su progreso toda vez que no logran conmover los fundamentos sobre los que reposa el sentido de la solución jurídica arribada en el pronunciamiento de grado (art. 279, C.P.C.C.).

En efecto, es dable recordar que, la determinación, procedencia y cuantificación de los perjuicios constituye una cuestión de hecho, ajena -por regla- a la casación y propia de las instancias de grado, en la medida en que dicha tarea haya sido ejercida con la necesaria prudencia y razonabilidad que debe imperar en todo pronunciamiento judicial, es decir, siempre que no haya mediado absurdo (conf. S.C.B.A., causas Ac. 80.919, sent. del 4-IX-2002; Ac. 95.628, sent. del 23-V-2007; C. 102.346, sent. del 13-V-2009 y C. 116.840, sent. del 11-VIII-2020, entre otras), única hipótesis excepcional que, como es sabido, habilitaría la revisión de estos aspectos de la decisión de grado pero que, a mi modo de ver, no consigue demostrar la recurrente ni advierto consumada en la especie.

En este orden de ideas preciso es destacar que el vicio de absurdo sólo se configura frente al yerro palmario, grave y manifiesto que conduce a conclusiones contradictorias, inconciliables e incongruentes con las constancias objetivas de la causa; por lo que no cualquier error autoriza a revisar lo decidido sobre esas cuestiones de neto contenido fáctico y probatorio, ni siquiera la apreciación opinable, discutible o incluso objetable, porque -como se ha encargado de resaltar ese alto Tribunal, desde antaño- se requiere algo más: el desvío lógico del razonamiento o la grosera desinterpretación del material aportado en la litis (conf. S.C.B.A., causas C. 100.408, sent. del 14-X-2009; C. 100.375, sent. del 25-XI-2009; C. 101.629, sent. del 3-III-2010; entre muchas más).

En el *sub-lite*, el agraviado -como anuncié- no consigue acreditar la existencia del supuesto de excepción aludido, único capaz de habilitar el acceso de esa Suprema Corte al conocimiento y revisión de la sentencia en lo que a esta temática concierne.

Y ello es así, pues contrariamente a lo aseverado en la protesta, la Cámara de apelación actuante, lejos de omitir explicitar las pautas consideradas y el procedimiento escogido en ejercicio de facultades privativas, se encargó de detallar con precisión el método

de cálculo que, en uso de dichas prerrogativas, decidió emplear a los fines de establecer la indemnización debida al menor A.P. -en virtud de la incapacidad física, total y permanente que padece como consecuencia de las maniobras concretadas para resolver la distocia de hombros sobreviniente al parto- la que fue estimada en un 55%.

En ese derrotero, analizó pormenorizadamente cada uno de los elementos de juicio ponderados con relación a las condiciones particulares de la víctima e individualizó los componentes y variables tenidos en consideración para realizar el cómputo correspondiente con arreglo a la fórmula actuarial que juzgó adecuada para justipreciar su cuantificación (cálculo de Acciarri) así como también brindó las razones que lo llevaron a conceder el daño moral, a reconocer el daño estético, así como a denegar el daño psíquico, lo peticionado en concepto de tratamientos psicoterapéuticos presentes y futuros y operaciones especializadas.

De suyo, entonces, corresponde descartar la configuración del vicio de absurdo denunciado, habida cuenta de que, en definitiva, la réplica se reduce a la exposición de la mera disconformidad y desagrado del recurrente con el resultado numérico que arrojó tanto el uso de la fórmula de matemática financiera que, en ejercicio de facultades privativas -como ya señalara-, la alzada decidió aplicar en la especie -sin objeción, vale destacar, de los presentantes-, así como con el resto de rubros peticionados, opinión discrepante que, como es sabido, por respetable que pueda ser, no alcanza para abrir la puerta de la instancia extraordinaria en pos de lograr la revisión del pronunciamiento en aspectos que, como los nombrados, resultan ajenos a la casación (conf. S.C.B.A., causa C. 110.812, sent. del 6-111-2013, entre otras), todo lo cual me conduce -sin más- a descalificar la suficiencia del embate recursivo que tengo en vista y a proponer a esa Corte que así lo declare, llegada su hora, rechazando, consiguientemente, su progreso.

V. 1. Recurso extraordinario de inaplicabilidad de ley incoado por las citadas en garantía, Prudencia Compañía Argentina de Seguros Generales S.A. y Seguros Médicos S.A.

Ingresando en la consideración de los dos remedios procesales deducidos alcanzo a observar que apuntan a controvertir -desde similar enfoque- la actualización y eventual forma de cálculo que la alzada dispuso -a instancias de la sentencia aclaratoria dictada el 13-IV-2021 respecto al límite de cobertura de los otrora seguros contratados por las



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
PROCURACIÓN GENERAL DE LA
SUPREMA CORTE DE JUSTICIA

C-125165-1

demandadas, materia que habré de abordar -en lo pertinente- en forma conjunta luego de enunciar, de igual forma unificada, los agravios expuestos por los recurrentes.

Ofende a los presentantes que se obligue a las aseguradoras a afrontar el pago de una indemnización más allá del límite que emerge de la póliza bajo el argumento de que decidir lo contrario implica un "vaciamiento de la cobertura", lo que reputan como una violación a su derecho constitucional de propiedad (art. 17 CN).

Refieren que los artículos 7 y 10 de la ley 23.928 prohíben cualquier mecanismo que importe la indexación por precios, actualización monetaria, variación de costos o cualquier otra forma de repotenciación de deudas.

Enlazado con la queja anterior explican que el caso en particular es un supuesto de seguro voluntario, es decir no impuesto por la ley y que la totalidad de los antecedentes jurisprudenciales que existen al respecto sobre la actualización del referido límite versan sobre casos en que la contratación de la póliza es de carácter obligatorio y con topes fijados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

2. Sucintamente reseñados los motivos de impugnación desarrollados a lo largo de los remedios procesales sujetos a dictamen, me encuentro en condiciones de anticipar mi opinión contraria a su progreso toda vez que no logran conmover los fundamentos sobre los que reposa el sentido de la solución jurídica arribada en el pronunciamiento de grado (art. 279,C.P.C.C.).

Tiene dicho esa Suprema Corte que es requisito ineludible de una adecuada deducción del recurso extraordinario de inaplicabilidad de ley la impugnación concreta, directa y eficaz de los fundamentos esenciales del fallo siendo insuficiente la que deja incólume la decisión por falta de cuestionamiento de los conceptos y citas legales sobre los que la misma se asienta (conf. SCBA, causas C. 115.931, sent. de 3-X-2012; C. 116.561, sent. de 22-V-2013; C. 118.333, sent. de 15-VII-2015 y C. 119.623, sent. de 25-IV-2018, entre otros), como acontece en la especie. Veamos.

Luego de definir a las obligaciones del asegurador como una deuda de valor, la alzada estableció que: "(..) la indemnidad contratada por el asegurado sólo se satisface en tanto y en cuanto se impida que el tercero-víctima del daño agreda su patrimonio en la

proporción convenida. Ese marco conceptual hace que si los daños concedidos a la víctima fueron fijados a valores actualizados -como “deuda de valor”-, la suma máxima asegurada deba fijarse mediante idéntica modalidad en que lo ha sido la indemnización...” (voto del juez doctor Cataldo a la primera cuestión).

Con ese piso de marcha, y en concordancia con los lineamientos trazados por esa Suprema Corte en la causa C. 119.088, "Martínez", aplicó el método que a su entender juzgó más acertado para reflejar la relación de proporcionalidad entre la prima y la cobertura. *“En la búsqueda de esa consigna procede determinar cuántas veces cabía la prima dentro de la suma máxima asegurada, ambas a importes nominales históricamente contratados, para luego replicar esa proporcionalidad a valores actuales. Tal resultado se alcanza multiplicando el importe actualmente vigente de la prima autorizada para un seguro de las mismas características –previamente informado por la Superintendencia-, por el número de veces antes aludido. Esto siempre y cuando el importe final arribado no supere el establecido por la autoridad de aplicación como suma máxima asegurada contemporánea -en ese mismo año- a la prima informada, habida cuenta de la posibilidad que en orden al resguardo de la sustentabilidad de la actividad asegurativa, esa relación haya variado”.*

Y agregó: *“Para el supuesto de que el tipo de seguro analizado no contare al momento de libramiento del oficio con prima y tampoco con suma máxima asegurada fijada o autorizada por la autoridad de aplicación en el año en curso, propongo que el límite de cobertura se determine incrementando el previsto en el contrato en proporción al aumento que haya verificado el seguro obligatorio de responsabilidad civil desde la fecha de la póliza.”.*

El razonamiento precedentemente transcrito que, como se aprecia, condujo al juzgador de mérito a actualizar el límite de cobertura a cargo de las citadas en garantía, no es objeto de crítica alguna en las piezas recursivas cuyas alegaciones siguen una línea reflexiva diversa a la recorrida en la sentencia y, por ende, resultan inhábiles para conmovérla.

Bajo tales premisas, tengo para mí que las argumentaciones esgrimidas lucen notoriamente deficitarias en su propósito de descalificar la labor llevada a cabo por la alzada



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
PROCURACIÓN GENERAL DE LA
SUPREMA CORTE DE JUSTICIA

C-125165-1

para decidir como lo hizo, en tanto no superan el umbral de la exteriorización de la discrepancia de su autor metodología por demás inidónea para patentizar la configuración del grave error lógico que el vicio de absurdo supone (conf. SCBA, causas C. 102.803, sent. de 31-X-2012; C. 120.499, sent. de 21-XII-2016 y C. 121.687, sent. de 7-III-2018, entre muchas más).

3. Las reflexiones precedentemente vertidas resultan por sí bastantes, a mi modo de ver, para poner en evidencia las falencias recursivas que portan los intentos revisores en análisis.

VI. Indemostrada la configuración de las infracciones legales y doctrinarias denunciadas por los recurrentes, así como la consumación del vicio de absurdo invocado, corresponde que ese alto Tribunal proceda a desestimar los recursos extraordinarios de inaplicabilidad de ley que de manera conjunta dejo examinados.

La Plata, 27 de abril 2023.-

Digitally signed by
Dr. CONTE GRAND, JULIO
MARCELO
Procurador General de la
Suprema Corte de Justicia
PROCURACION GENERAL -
PROCURACION GENERAL
Procuracion General

27/04/2023 17:47:37

