

Accidente De Trabajo Denuncia De Siniestro Omision Rechazo Tasa De Interes

JURISPRUDENCIA

Accidente de trabajo. Denuncia de siniestro. Omisión. Rechazo. Tasa

de interés Se hace lugar a la demanda por accidente de trabajo interpuesta por la trabajadora, habida cuenta de que la aseguradora omitió expedirse en el plazo legal respecto de la aceptación o rechazo del siniestro denunciado, por lo que su silencio se interpreta como aceptación del siniestro denunciado (decreto 717/1996).

VISTO Y CONSIDERANDO: En la ciudad de Buenos Aires, el 12 de noviembre de 2015, reunidos los integrantes de la Sala II a fin de considerar los recursos deducidos en autos y para dictar sentencia definitiva en estas actuaciones, practicado el sorteo pertinente, proceden a expedirse en el orden de votación y de acuerdo con los fundamentos que se exponen a continuación. El Dr. Miguel Ángel Maza dijo: I. El Sr. Juez a quo en la sentencia de fs. 152/54 desestimó la pretensión fundada en la ley 24.557 afirmando que las patologías reclamadas no califican como Enfermedad Profesional a los fines de ese régimen legal y que tampoco se demostró que reconozcan su causa directa en el empleo a los fines de su admisión como enfermedades no listadas. Contra esa decisión se alza la parte actora mediante el escrito de fs. 171/74, que no fue replicado. La perito médica cuestiona a fs. 175 sus honorarios por creerlos insuficientes. II. La parte actora cuestiona esencialmente el rechazo de su reclamo señalando que el sentenciante a quo ha olvidado que la denuncia no fue oportunamente rechazada. Tiene razón. En el escrito inicial se adujo que la empleadora de la reclamante formuló el 26/3/2013 la denuncia de accidente de trabajo sufrido el día 11/3/2013; la demandada al contestar la acción negó haber recibido esa denuncia pero admitió expresamente haber atendido desde esa fecha (26/3/2013) a la actora en el Centro Médico Integral Fitz Roy (ver fs. 50); finalmente, sostuvo haber dado de alta a la trabajadora el 15/5/2013 derivándola a su Obra Social en el entendimiento de que sufría una enfermedad inculpable. Pues bien, así trabada la litis cabe considerar implícitamente admitido -pese a la aparente negativa expresa- que la aquí demandada recibió la denuncia de la contingencia de accidente de trabajo el 26/3/2013 ya que de manera explícito reconoció que procedió a darle atención médica desde tal ocasión, sin aclarar en que fecha se habría anoticiado de la contingencia por la que procedió a dar asistencia médica a la trabajadora. Si alguna duda cupiese, queda neutralizada por el documento acompañado a la causa por la propia accionada a fs. 36, donde consta asentada como fecha de la denuncia el 27/3/2013. Por ende, no cabe duda de que la demandada recibió la denuncia a más tardar el 27/3/2013. Ahora bien, en la contestación del reclamo la accionada dijo que atendió a la accionante hasta el alta del 15/5/2013 y no adujo haber notificado antes de tal fecha y dentro del plazo del art. 6 del decreto 717/1996 el rechazo de la denuncia, ni haber decidido suspender su plazo en los términos autorizados por dicha norma. En ese contexto, el Sr. Juez de primera instancia ha prescindido de que, acuerdo al régimen procesal introducido por el decreto 717/1996, la aseguradora, tras recibir la denuncia de cualquiera de los sujetos legitimados para efectuarla, tiene la carga adjetiva de aceptar o rechazar expresamente tal denuncia dentro de los diez días -salvo que resulte pertinente que decida la suspensión de tal plazo hasta por veinte días corridos como lo admite el art. 6 modificado por el decreto 491/1997 (excepción no invocada en autos)- mediante notificación fehaciente al trabajador y al empleador afiliado. El propio precepto procesal prevé que ¿El silencio de la Aseguradora se entenderá como aceptación de la pretensión transcurridos DIEZ (10) días de recibida la denuncia?. De ello se sigue que en el presente caso operó la consecuencia ya transcrita que dispone dicho precepto, es decir que, al no haber sido desestimada la denuncia en el plazo reglamentario, cabe entender que aceptó la pretensión y ello implica admitir la contingencia denunciada como cubierta en los términos del art. 6 apartado 1 de la ley 24.557. No se me escapa que las aseguradoras tienen el deber de otorgar prestaciones ante la denuncia y que esa sola circunstancia no habilita a tener por admitida la contingencia. Más aún, el párrafo final del art. 6 del decreto 717/1996, añadido por el decreto 491/1997, expresamente aclara que ¿El otorgamiento de las prestaciones previo al cumplimiento de los términos de aceptación o rechazo de la pretensión nunca se entenderá como aceptación de la misma?. Dispone el art. 4 del decreto 717/1996 que ¿Cuando la denuncia se presente directamente ante la Aseguradora, ésta deberá tomar los recaudos necesarios para que el trabajador reciba en forma inmediata las prestaciones en especie? y que ¿Cuando la denuncia se presente directamente ante el prestador de servicios, éste deberá: a) tomar los recaudos necesarios para que el trabajador reciba en forma inmediata las prestaciones en especie y, b) remitir la denuncia a la Aseguradora dentro del plazo de VEINTICUATRO (24) horas de recibida, para que ésta acepte o rechace la pretensión del denunciante?. Ahora bien, estas circunstancias no liberan a la aseguradora de cumplir en tiempo oportuno la carga de expedirse respecto de la denuncia en el plazo ya señalado y resulta obvio que, de rechazarse en tiempo oportuno una denuncia, la ART cesará en su deber de dar y pagar prestaciones. Al respecto el art. 5 de ese plexo adjetivo aclara que en esos supuestos ¿...las prestaciones en especie deberán otorgarse al trabajador mientras la pretensión no resulte rechazada en los términos del artículo siguiente? (el subrayado es mío). Por ende, el rechazo del 15/5/2013 fue extemporáneo a tales fines y, conforme la ya transcrita regla del art. 6

(? El silencio de la Aseguradora se entenderá como aceptación de la pretensión transcurridos DIEZ (10) días de recibida la denuncia ?), ello implicó la admisión definitiva de la denuncia y la consecuente aceptación de la cobertura de la contingencia, solución normativa que ha seguido el modelo del art. 56 de la ley 17.418 en materia de seguros, y tal criterio interpretativo ha sido adoptado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, al sentenciar la causa ?Vergara, Carlos Martín y otros c/ Superior Gobierno de la Provincia de Córdoba? (15/4/2015), con remisión al dictamen fiscal del 14/8/2014. Por eso, carece de toda relevancia en el presente caso que no hayan mediado pruebas en la causa ni que, como lo apuntara el Dr. Zuretti, las patologías que presenta la trabajadora no califiquen como Enfermedad Profesional ya que, en rigor, el hecho no era litigioso luego de ser contestada la demanda. Como es sabido, la prueba sólo debe versar sobre hechos litigiosos. Sentada esta premisa, cabe que este Tribunal se expida sobre la viabilidad del reclamo indemnizatorio. Para ello es menester examinar si el infortunio de autos dejó secuelas indemnizables a la trabajadora accidentada. III. El informe pericial médico de fs.128/34 indicó que la actora presenta patología artrósica en el segmento lumbosacro de su columna vertebral que se exterioriza como una lumbalgia postraumática, estimando la incapacidad derivada de tal cuadro nosológico en el 10% de la total obrera. Asimismo, la perito afirmó que la demandante sufre un trastorno adaptativo crónico mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo o Reacción Vivencial Anormal Neurótica generador de un déficit del 20% de la total obrera. A fs. 137/39 la demandada impugnó dicho dictamen pero el Sr. Juez sólo tuvo presente tal cuestionamiento sin pedir explicaciones a la perito. Por eso, este Tribunal a fs. 191 punto a) dispuso, como medida para mejor proveer, solicitar a la perito que diese satisfacción a los señalamientos efectuados por la parte demandada a fs. 137/39. Frente a ello, la perito se expidió a fs. 193/94 y, corrido el pertinente traslado, la demandada parece haberse visto satisfecha en sus inquietudes pues nada volvió a plantear. Ante esta situación, no encuentro elementos de juicio en la causa que permitan discutir que, tal como indicó la perito, la actora presenta consecuencias incapacitantes por lumbalgia postraumática, derivadas del infortunio denunciado y que, como ya expliqué, fue admitido como contingencia cubierta. En lo que respecta al daño psicológico que la perito médica diagnosticó, el Tribunal le pidió a fs. 191 que indicase qué elementos diagnósticos objetivos fundan esa opinión pericial (punto b), si la incapacidad psicológica provoca daño permanente y si encuadra en los decretos 658/1996 y 659/1996 (punto c) y qué factores serían los causantes o concausantes de la patología psicológica. En este sentido, la perito, en la pieza de fs. 193/94, más precisamente a fs. 194, dijo claramente que la patología psicológica que presenta la accionante debe considerarse transitoria y pasible de remisión por tratamiento. No obstante, aclaró que no es posible asegurar el éxito del tratamiento. En cuanto a los factores causantes o concausantes del estado psicopatológico, en respuesta al pedido del Tribunal la perito sindicó como causa evidente ?lo vivido por su hijo?, afirmando que le provocó real daño psíquico. Aunque la perito también aludió al ?hecho de autos? como causa, lo cierto es que no explicó de qué manera el accidente descrito en la demanda pudo haber provocado la psicopatología diagnosticada así como tampoco indicó cómo podría haber incidido negativamente en la psiquis de la actora. Asimismo, nada explicó la perito que permita comprender que papel pudo haber jugado el infortunio del 11/3/2013 en relación al factor nocivo tan claramente identificado en el informe pericial complementario de fs. 194, es decir ?lo vivido por su hijo?. En síntesis, amén de que no media incapacidad permanente indemnizable en los términos del art. 14 de la ley 24.557 en razón de la psicopatología diagnosticada, no encuentro en la causa ningún elemento de juicio objetivo o racional que permita considerar que un hecho como el descrito en la demanda como acontecido el 11/3/2013 la haya podido causar o concausar. Por ende, opino que la indemnización reclamada en autos debe calcularse en base al 10% de incapacidad física determinado en la peritación médica, conforme lo antes dicho. III. La actora adujo en la demanda un salario mensual de \$... que fue expresamente negado por la demandada. El Dr. Zuretti no produjo prueba al respecto, por lo que, a los fines del art. 12 de la ley 24.557, he consultado la base de datos ?AFIP aportes en línea?, cuyo informe impreso se adjunta a la presente. De dicha página surge que el salario aducido en la demanda se adecua a los que ordinariamente la accionante percibió entre junio 2012 y la fecha del infortunio denunciado, por lo que, a falta de alegación concreta y prueba por parte de la demandada de que el IBM a emplearse debiera ser inferior a aquel monto, tomaré como valor económico para calcular la reparación tarifada del art. 14 LRT la suma mensual de \$... denunciada en el inicio. IV. Y bien, con un salario de \$..., una minusvalía indemnizable del 10% y la edad de la actora (20 años al momento del alta médica), el resarcimiento debería ser de \$... (53 x \$... x 15% x 65:20). Dicha suma está por encima del valor mínimo derivado del decreto 1694/2009 y la Res. SSSN 34/2013 que, para el momento del alta, estableció un valor de referencia de \$.... La indemnización que propongo diferir a condena deberá llevar, en mi opinión, intereses desde que el daño se configuró como definitivo e indemnizable, es decir con el alta médica del 15/5/2013, a la tasa del Acta 2601/2014, que esta Sala considera la más adecuada para compensar al acreedor por la demora en recibir su crédito, punir la mora del deudor y compensar al acreedor por la pérdida del valor adquisitivo que sufre la moneda nacional como producto de la inflación (arts. 622 C. Civil vigente al momento del nacimiento de la obligación y 767/69 del Código Civil y Comercial). También es oportuno dejar sentado que esta Sala, en autos ?Aslla, David Constantino c/ Aldyl Argentina SA y otro? (SD N° 102.405 del 30/10/2013), con el voto de los jueces Maza y Pirolo, estableció que el laxo régimen

de plazos y de intereses contenido en las Resoluciones 104/1998 y 414/1999 de la SRT encuentra su lógica y racionalidad exclusivamente en el marco del especial proceso administrativo nacido de las constitucionalmente controvertidas reglas competenciales de los arts. 21 y 46 de la ley 24.557 y reglado por el decreto 717/96 y la Res. SRT N° 460/2008; resolviéndose, por ello y dejando atrás el criterio anteriormente seguido, que no es jurídicamente adecuado ni equitativo proyectar tales reglas a los supuestos de prestaciones económicas tramitadas y/o determinadas en sede judicial, sobre todo considerando que el régimen derivado de aquellas resoluciones es menos protectorio para el damnificado que las reglas del Código Civil, así como que este Tribunal tiene dicho desde hace varios años y en forma repetida que el daño derivado de la incapacidad laborativa permanente debe considerarse fijado, consolidado y resarcible a partir de la consolidación jurídica o del alta médica (conf. arts. 7 apartado 2, 8 y concs. LRT y 622 Código Civil).

V. Consecuentemente, correspondería dejar sin efecto la decisión de primera instancia, hacer lugar parcialmente a la demanda deducida con fundamento en la ley 24.557 y condenar a la demandada al pago de la suma de \$... con los intereses precedentemente señalados. Esto lleva a dejar sin efecto lo decidido en la anterior instancia en materia de costas e intereses y a dictar una nueva resolución al respecto (art. 279 CPCCN).

Y bien, opino que las costas de ambas instancias deben imponerse a la demandada en el 70% y al actor en el 30% restante, ya que la acción sólo ha progresado parcialmente, mediando vencimientos mutuos y recíprocos (arts. 68 y 71 CPCCN).

En mérito a la importancia, extensión y calidad de las labores profesionales realizadas en la primera instancia propongo regular los honorarios de los letrados del actor y de la demandada, así como los correspondientes a la perito médica en el ...%, ...%, y ...%, respectivamente, del monto nominal reclamado sin intereses; y los atinentes a las defensas letradas de las partes actora y demandada por sus tareas en esta instancia en el ...% y ...%, respectivamente, de las sumas que deban percibir por sus labores en la anterior etapa (conf. arts. 6, 7, 8, 9, 14, 19, 39 y concs. de la ley 21.839 y 38 LO).

Miguel Ángel Pirolo dijo: Adhiero a las conclusiones del voto de mi colega preopinante, por análogos fundamentos.

Por lo que resulta del acuerdo que antecede (art. 125, segunda parte, ley 18.345), el TRIBUNAL RESUELVE: 1) Revocar la sentencia de primera instancia y hacer lugar a la demanda parcialmente, condenando a BERKLEY INTERNATIONAL ART SA a pagar al accionante, dentro del plazo de cinco días de aprobada la liquidación del art. 132 LO, la suma de PESOS ... (\$...) con intereses contados desde el alta médica del 15/5/2013 y hasta el efectivo pago a la tasa de interés prevista en el Acta N° 2601/2014 CNAT; 3) Dejar sin efecto lo decidido en grado en materia de costas y honorarios; 4) Imponer las costas de ambas instancias en un setenta por ciento (70%) a la demandada y en el treinta por ciento (30%) restante al accionante; 5) Regular los honorarios de los letrados de las partes actora y demandada por las labores de primera instancia, así como los atinentes a la perito médica en el ... por ciento (...%), ... por ciento (...%) y ... por ciento (...%), respectivamente, del monto nominal reclamado sin intereses; 6) Fijar los honorarios de los letrados del actor y de la ART por las labores de segunda instancia en el ... por ciento (...%) y ... por ciento (...%), respectivamente, de las sumas que deban percibir por sus tareas en la anterior etapa; 7) Hágase saber a los interesados lo dispuesto por la ley 26856 y la Acordada de la CSJN N° 15/2013; Regístrese, notifíquese y devuélvase.

Miguel Ángel Pirolo Juez de Cámara Miguel Ángel Maza Juez de Cámara

004928E