

Rechazo De La Demanda De Repeticion Aseguradora De Riesgos De Trabajo

JURISPRUDENCIA

Rechazo de la demanda de repetición. Aseguradora de Riesgos de

Trabajo

Se rechaza la demanda de repetición del cobro de sumas de dinero derivadas de prestaciones médicas que la Aseguradora de Riesgos de Trabajo efectuó a favor del empleado contra el empleador, pues no se acreditó al efectiva prestación de estas.

En Buenos Aires, a los 13 días del mes de noviembre de dos mil quince reunidos los Señores Jueces de Cámara en la Sala de Acuerdos, fueron traídos para conocer los autos seguidos por: ?CNA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A. c/ COMPAÑIA ALIMENTARIA NACIONAL S.A. s/ORDINARIO?, en los que según el sorteo practicado votan sucesivamente los jueces Ángel O. Sala, Hernán Monclá y Miguel F. Bargalló. Estudiados los autos, la Cámara plantea la siguiente cuestión a resolver: ¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada de fs. 519/526? El Juez Ángel O. Sala dice: I. En la sentencia de grado se rechazó la demanda impetrada por CNA Aseguradora de Riesgos del Trabajo ART S.A., con costas. Para así decidir, la Juez de grado comenzó por resolver la excepción de prescripción. Relató que, al plantear tal defensa, la demandada invocó lo dispuesto por los arts. 784 y 790 del Código Civil y consideró que el reclamo ostentaba naturaleza extracontractual; y que, de su lado, la actora resistió el planteo argumentando principalmente que la acción se fundaba en el incumplimiento del contrato de seguro celebrado entre las partes, y que al no existir en el Código de Comercio normas específicas que rigieran la prescripción respecto de este tipo de contrato, correspondía aplicar el período decenal establecido por el art. 4023 del Código Civil. Consideró entonces que la acción era de naturaleza contractual, pues se basaba en el seguro de riesgos de trabajo celebrado entre las partes en los términos de la ley 24.557, cuya suscripción no fue negada por la accionada; y que la obligación reclamada por la ART era precisamente una de las prestaciones acordadas, lo que era definitivo a la hora de establecer el tipo de responsabilidad involucrado.

Sentado ello entendió que el art. 44 de la norma, en el inc. 1 reglaba que las acciones derivadas de esa ley prescribían a los dos años a contar desde la fecha en que la prestación debió ser abonada o prestada y en todo caso, a los dos años desde el cese de la relación laboral, y que, el inc. 2, establecía que prescribían a los 10 años desde la fecha en que debió efectuarse el pago, las acciones de los entes gestores y de los de la regulación y supervisión de esta ley, para reclamar el pago de sus acreencias. Resaltó que la diferencia entre ambos incisos radicaba en que el primer supuesto se refería a las acciones de los empleadores y empleados, mientras que el segundo apuntaba a las acciones de las aseguradoras. Valoró que, en la especie, aun tomando como fecha de inicio del plazo la más favorable para el excepcionante, es decir, la del accidente de la damnificada (20.08.2001), a la fecha de promoción de la acción (14.07.2010, conf. cargo de fs. 45 vta.), el plazo decenal no transcurrió y, por lo tanto, la acción no estaba prescrita.

Sentado ello recordó que la actora pretendió repetir de la demandada las sumas que dijo haber abonado en concepto de prestaciones médicas derivadas del accidente in itinere sufrido por la señora Agüero, quien -según sostuvo- era dependiente de la accionada, a pesar de no encontrarse debidamente registrada al momento del siniestro ni denunciada a la aseguradora. Fundó su petición, entre otras normas, en lo dispuesto por el art. 28 de la ley 24.557 que establecía que ?...2. Si el empleador omitiera declarar su obligación de pago o la contratación de un trabajador, la ART otorgará las prestaciones y podrá repetir del empleador el costo de estas...?. Recordó que el artículo citado confería a la aseguradora acción de repetición contra el empleador, como consecuencia del pago de las prestaciones médicas que ésta efectuó en favor del empleado cuya contratación no fue debidamente declarada; y destacó que la acción nacía con el pago efectuado, de modo tal que para determinar la procedencia del reclamo, incumbía ante todo acreditar la erogación invocada, es decir, el otorgamiento efectivo de las prestaciones aludidas, extremo expresamente negado por la demandada a fs. 53, 1° párrafo. Hizo hincapié en que la referida negativa era suficiente para que la actora tuviera la obligación de probar aquello que constituía el presupuesto para la admisibilidad de la acción ejercida, citando el art. 377 del Código Procesal. Advirtió entonces que, al promover la demanda, la aseguradora no acompañó ninguna constancia de pago de los salarios, de la indemnización, ni de los servicios cuyo reintegro reclamó, ni explicó las lesiones o daños concretos que sufrió la damnificada como consecuencia del accidente, omitiendo además señalar en qué consistió la asistencia médica brindada y a qué profesionales o instituciones se dirigieron los pagos; siendo que tratándose de acreditar las erogaciones, era imprescindible que la actora aportara las constancias documentales en las que hubieran quedado evidenciados (vgr. recibos). Reputó que si bien el perito contador adjuntó un anexo en el que se detallaban montos y conceptos que corresponderían a los pagos que se invocaron (fs. 320/337), ese cuadro -según los dichos del propio contador- fue confeccionado en base a la copia del registro suministrado por la actora. Por lo tanto, juzgó que: (i) de esa manifestación del experto se desprendería que no tuvo a la vista los originales de las constancias; (ii) si la actora tenía esos recibos del pago debió aportarlos al deducir la demanda, de conformidad con dispuesto por el art. 333 del código Procesal; (iii) la aseguradora omitió acompañarlos y pretendió introducirlos mediante la prueba pericial contable, donde la experta se refirió

de manera imprecisa y ambigua a la ?copia del registro de cada uno de los pagos?; (iv) el fundamento del referido art. 333 radicaba en los principios de lealtad y buena fe procesal, brindando a las partes la posibilidad de que contesten las pretensiones de su contraria con preciso conocimiento, no solo de los hechos y el derecho en que se fundan, sino también de la prueba de la que se intentan hacer valer, a efectos de posibilitarle una mejor respuesta; (v) no era lo mismo para las partes armar una estrategia defensiva teniendo la posibilidad de analizar y cotejar la documentación en la que se basaba el reclamo, que encontrarse con dicha evidencia en plena etapa probatoria, cuando el proceso ya estaba avanzado; (vi) los pagos informados por el perito contador, además, no daban cuenta del destinatario de las supuestas entregas de dinero, ni eran precisos en cuanto a los conceptos atendidos. Agregó que a la referida orfandad probatoria originaria y a la falta de precisión aludida en el párrafo anterior, se añadía lo que surgió de la informativa dirigida a la Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica, pues: (i) en la historia clínica que se acompañó a esa contestación de fs. 155/194 podía leerse en la ?Ficha Social-Hoja de Ingreso-? que la señora Agüero ingresó en su condición de adherente activo; (ii) en la planilla ?amnesis y Examen Físico? se consignó que ?la paciente ingresó a esta UTI por OS?, entendiéndose que UTI significa Unidad de Terapia Intensiva y OS, Obra Social; (iii) en la ?Evolución Clínica? se mostraba como fecha de inicio de atención médica en esa institución el 21.08.2001, pocas horas después de sufrido el accidente. También hizo hincapié en la contestación de la Obra Social obrante a fs. 405/450 que informó que: (i) brindó cobertura médica a la persona aludida con posterioridad al 20.08.2001, ?conforme lo establece la ley 23.660?, es decir, la ley de obras sociales; (ii) las fechas de atención y/o internaciones, tratamientos, estudios, medicamentos transcritos y otras prestaciones brindadas a la agente de referencia surgían de la compulsión de la historia mencionada, aunque era imposible cuantificar los costos abordados por la obra social toda vez que los mismos fueron soportados con los servicios propios que posee la OSUMRA. Y concluyó que todo ello demostraba que fue dicha obra social la que solventó los gastos médicos de la damnificada destacando que frente a dicho extremo, la aseguradora guardó silencio. Ponderó que siendo que la Sra. Agüero fue atendida en el nosocomio de la OSUMRA con cobertura de esa obra social, la actora debía demostrar -lo que no hizo- uno de estos dos extremos: (i) que se realizaran otras prestaciones, además de las que se brindaron por la obra social de la UOM, o, (ii) que la aseguradora abonó a esta última las prestaciones médicas y demás gastos que ella asumiera. De tal modo, a juicio de la magistrado, no solo quedó indocumentado el pago invocado, sino también inexplicada la causa del mismo. Adicionó, a todo lo anterior, que: (i) la actora tampoco explicó cómo ni cuándo habría recibido la denuncia del siniestro, ni acompañó constancia de la misma, debiendo destacarse que la nota atribuida a la contraria (fs. 29), además de ser una copia, había sido desconocida por ésta, sin que se produjera prueba de su autenticidad; (ii) no había constancia alguna tampoco, de que la aseguradora hubiera atendido el pago de los salarios del trabajador durante la incapacidad temporaria, ni una indemnización por Incapacidad Permanente Parcial (IPP), destacando que el monto denunciado en la demanda (\$ 101.745, fs. 42) ni siquiera era cercano al que la Sra. Agüero dijo haber percibido (\$55.000, fs. 292). En virtud de todo ello consideró que el reclamo debía ser desestimado, sin que resultara necesario efectuar consideraciones adicionales, y deviniendo abstracto el planteo de inconstitucionalidad introducido por la actora. II. Apeló la accionante (fs. 531) y fundó su recurso con la expresión de agravios glosada a fs. 553/560, cuyo traslado fue respondido a fs. 562/564. Sus quejas se refieren al rechazo de la demanda, y, en particular, a: (i) que la Juez a quo considerara insuficiente la prueba rendida, (ii) el modo en el que se valoró la arrimada al proceso y en particular respecto de ello: (ii.1) en lo relativo a la prueba pericial contable, de la que dijo se desprendían todos los pagos que efectuara, (ii.2) en lo atinente a la instrumental rendida por la UFI 3 del Departamento Judicial de San Martín, con la que sostuvo se acreditó el acaecimiento del accidente; (ii.3) en lo concerniente a la informativa, de la que explicó surgía que la empleadora había omitido el deber de registrar a la Sra. Agüero como empleada; (iii) la omisión de ponderar cuanto surgía de la testimonial rendida por la propia trabajadora, en cuanto a su falta de registración, a la indemnización otorgada, y a la recepción de prestaciones médicas y salarios durante su licencia; (iv) la consideración de la informativa rendida por la UOM, agregada luego de fenecido el plazo previsto por el art. 402 del Código Procesal. III. La expresión de agravios es el acto procesal ?...en el cual el recurrente expresa los motivos de su apelación, refutando -total o parcialmente- las conclusiones de la sentencia, respecto de los hechos y de la valoración de la prueba o de la aplicación de las normas jurídicas...? (Highton-Arean, ?Código Procesal Civil y Comercial de la Nación?, Editorial Hammurabi, T. 5, p. 239/240). Y, a tenor de lo dispuesto por el art. 265 del Código Procesal, debe contener una ?crítica concreta y razonada? del fallo en examen: debe señalar las partes que se consideran equivocadas, detallando los errores, omisiones y demás deficiencias que puedan achacársele al pronunciamiento recurrido, y refutar las conclusiones de hecho y de derecho en las que el juez fundó su decisión; sin que baste para ello la mera discrepancia con la solución sin el aporte de razones que la desvirtúen, o sin dar bases jurídicas (Highton-Arean, Ob. Cit., p. 240/241). Es necesario referir los errores del fallo objetado y en qué omisiones ha incurrido el juzgador, dando los fundamentos de las postulaciones que autoricen a obtener una conclusión diversa. Deben "...refutarse las conclusiones de hecho y de derecho en que se basó el pronunciamiento, expresando las circunstancias fácticas y las razones jurídicas en virtud de las cuales se tachan de erróneas las soluciones de la sentencia..." (esta

Sala, 19.08.1987, "La Catalina S.C.A. c/ La Austral Cía. Seg. S.A. s/ ordinario"; 25.11.2004, "Inversora Norte S.A. s/ quiebra c/ Matassa Carlos Jorge y otro s/ordinario"; 17.12.2004, "Kusa Impex S.R.L. c/ Banco de la Provincia de Buenos Aires s/ sumario").

El recurso de fs. 553/560 no cumple con tales preceptivas, pues de su análisis fluye que no contraría los fundamentos tenidos en mira por la magistrado para arribar a la solución adoptada. En particular, la quejosa no rebatió adecuadamente, que: (i) era ella quien debía acreditar los pagos efectuados; (ii) no acompañó constancia de haber oblado las sumas que alegó, ni en qué consistió la asistencia médica, ni el destino de las erogaciones que dijo efectuar; (iii) era imprescindible acompañar los comprobantes de los pagos que pretendía repetir; (iv) el perito contador adjuntó un anexo con pagos, realizado en base a registros suministrados por la actora de modo que (iv.1) no tuvo a la vista los originales, y, (iv.2) si la actora tenía los comprobantes debió adjuntarlos en virtud de lo dispuesto por el art. 333 del Código Procesal pues la prueba documental permite el ejercicio del derecho de defensa de la contra; (v) del anexo de la experticia no surgía ni a quién se pagó ni por qué concepto; (vi) de la informativa rendida se desprende que había sido la Obra Social de la UOM quien cubrió prestaciones médicas a favor de la Sra. Agüero; (vii) dado que la damnificada había sido atendida de tal modo, estaba a cargo de la aquí accionante evidenciar o la existencia de otras prestaciones distintas a las que se le habían brindado de esa forma, o que pagó a dicha obra social por ellas, lo que no había hecho debidamente; (viii) en virtud de lo anterior, había quedado indocumentado tanto el pago como la causa del mismo; (ix) la accionante tampoco acreditó que se hubiera efectuado denuncia del siniestro, siendo que la copia obrante a fs. 29 había sido expresamente desconocida por la encartada; (x) lo anterior hacía ocioso examinar si la damnificada era o no dependiente de la demandada, porque las prestaciones médicas no se probaron; (xi) tampoco existía prueba de erogaciones por salarios durante la incapacidad temporaria ni de indemnización por incapacidad parcial permanente, siendo que el monto denunciado en la demanda difería sustancialmente del denunciado por la Sra. Agüero en su testimonial. Meritando que en su expresión de agravios, CNA ART efectuó distintas consideraciones sobre la prueba rendida, mas no contrarió en modo alguno los argumentos medulares del fallo que se han referido precedentemente, procede declarar desierto su recurso (arts. 265 y 266 del Código Procesal), lo que así dejo propuesto al Acuerdo. IV. A mayor abundamiento resulta oportuno señalar que, aun adoptando un criterio más amplio favorable a la recurrente, la solución a conferir tampoco habría de diferir con de la Juez de la instancia anterior. Es que, conforme fue dicho en la sentencia y por cierto no contestado en el memorial, la actora fundó su acción en lo previsto por el art. 28 inc. 2 de la ley 24.557 que dispone que "...Si el empleador omitiera declarar su obligación de pago o la contratación de un trabajador, la ART otorgará las prestaciones, y podrá repetir del empleador el costo de éstas...?". El derecho del asegurador consagrado en dicha normativa, de reclamar del empleador el reintegro de lo pagado nace precisamente del hecho del otorgamiento de las prestaciones y del pago, y recién en ese momento surge la posibilidad de ejercer la acción. Ello importaba que la pretensora tenía la carga de acreditar que efectivamente otorgó y pagó prestaciones a favor de la damnificada, y que las erogaciones efectuadas resultaban pertinentes, pues -por una parte- era ese el presupuesto de hecho que la hacía acreedora de la pretensión deducida en el pleito (art. 377 del Código Procesal); y -por otra- la prueba del pago corresponde a quien la invoca, por aplicación del principio general en materia de prueba (Guillermo A. Borda, "Tratado de Derecho Civil - Obligaciones", T. I, Editorial Perrot, p. 548/549). Ambos extremos quedaron sin evidenciar y, por cierto, ninguna luz arrojan sobre ello las pruebas que enumeró la recurrente en su memorial. Ni la prueba instrumental que se invocó relativa a la recepción de copias de la causa labrada por lesiones culposas que tenía como damnificada a la Sra. Agüero; ni la informativa de la que habría surgido que la nombrada no se encontraba registrada como empleada; ni la testimonial rendida por la accidentada; clarifican la cuestión. Mereciendo destacarse respecto de esta última que: (i) si bien la testigo afirmó que recibió una indemnización de CNA, y esgrimió que la misma ascendió a \$ 55.000 (v. rta. 1 a fs. 292), dicha suma difería sustancialmente de la denunciada en la demanda por tal concepto (\$ 101.745, fs. 41 vta./42), cuestión también señalada en el fallo y no contrastada en la expresión de agravios; (ii) la declarante afirmó que contaba con la obra social del marido (v. rta. 2, fs. 292) y que estuvo internada ¿a cargo? de ella (v. rta. 5, fs. 293). Tampoco ayuda a dilucidar el tema, por más que insista la aseguradora, la pericial contable realizada sobre sus propios libros contables, por distintas razones. En primer lugar, porque el experto no afirmó en su dictamen haber tenido a la vista los comprobantes de las erogaciones, sino solamente realizar el trabajo en base a la ¿copia del registro? de cada uno de los pagos (fs. 337), cuando la efectiva constatación de la documentación respaldatoria resultaba imprescindible en el caso, en el que no se probó por ningún otro medio su existencia y autenticidad. En segundo término, porque en todo caso las registraciones contables realizadas por CNA constituyen anotaciones unilaterales de su parte. En efecto, resulta improcedente que se alegue con relación a esta prueba, que en los propios libros de la actora conste registrado el pago de ciertos importes, sin evidencia de que ello se encuentre respaldado por los respectivos comprobantes, pues "...no puede acordarse valor de principio de prueba por escrito a la prueba de libros, cuando los asientos no se complementen con la documentación respectiva..." (esta sala, en integración parcial diferente, in re "El Trébol Azul S.R.L. c/ Bening S.A. s/ ordinario", del 15.06.2011), y lo cierto es que no puede decirse que los libros cuenten con el necesario respaldo documental si no se trata de instrumentos reconocidos o de algún modo

autenticados en el proceso por cuanto el entendimiento contrario llevaría a la admisión de la "...auto creación..." de documentos favorables a su autor, lo que no resulta razonable (CNCom., sala D, 18.06.1987, "Dariszewski Hnos. S.A. c/ Fleitas, Fernando"). En tercer orden de ideas porque, frente al dictamen presentado, la demandada efectuó impugnaciones con fundamento en que los montos contabilizados con relación al siniestro resultaban "manifiestamente imprecisos", a que ante la imposibilidad de verificar los comprobantes no se podía vislumbrar si los gastos tenían relación con el evento, ni era factible ponderar la viabilidad y procedencia de los conceptos "y/o" si se estaba "frente al pago o reintegro de obligaciones que la actora debió afrontar por imperativo legal o judicial" y si se estaba "frente a valores desproporcionados con las prestaciones y/o servicios efectivamente recibidos" (fs. 339 vta.); y el experto se limitó a contestar que nada tenía que responder o aclarar (v. fs. 351), sin dar precisiones ni explicaciones ni refutar las impugnaciones realizadas sobre el punto. En cuarto lugar, porque de las respuestas del experto surgió que -por ejemplo- por incapacidad se abonaron \$ 11.744,93 (\$ 337 vta.), guarismo que resulta abismalmente diferente del reclamado en la demanda por este rubro que fue de \$ 101.745 (fs. 41 vta./42). De modo que, las antedichas deficiencias constituyen fundamentos objetivamente demostrativos de que las conclusiones volcadas por el perito en su dictamen no pueden ser tenidas como suficientes para arrojar convicción sobre la existencia de los pagos alegados (art. 477 del Código Procesal). Y de su parte lo cierto es que, aun superando todos los escollos de los que se diera cuenta en este apartado, y por más que estuviere fehacientemente comprobada la efectiva realización de los gastos, no se evidenció la pertinencia a la hora de realizarlos. Especialmente teniendo en cuenta que -tal como fue destacado en el fallo- la damnificada fue atendida por la Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica, conforme surgió tanto de las contestaciones de oficio obrantes a fs. 155/195 (Policlínico Central de la OSUOMRA), como a fs. 405/450 (OSUOM), y de la testimonial de la Sra. Agüero (especialmente rta. 12, rta. 5 a las repreguntas, a fs. 291 in fine/292 y 293). Razones, ellas también, por las que lucen improponibles las quejas vertidas a fs. 558 y ss. de la expresión de agravios, relativas a la incorporación extemporánea de cierta prueba informativa rendida por la Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica a fs. 487, que: (i) nada aportaba a la cuestión que había sido dilucidada mediante las otras contestaciones de oficio ya citadas; (ii) no resultaba un informe relevante pues mediante él sólo se hacía saber que el departamento jurídico no contaba con un registro pormenorizado de las atenciones brindadas, y se proponía que se librara oficio al nosocomio donde se había recibido atención (que ya había contestado el pedido de informes que se le cursara); (iii) tampoco fue precisamente la informativa meritada por la Juez a quo a la hora de fallar sobre el punto a fs. 524 vta. in fine/525 de la sentencia. V. En virtud de lo expuesto, propongo al Acuerdo, declarar desierto el recurso deducido por el accionante, con costas (art. 68 párrafo 1ero. del Código Procesal). Así voto. El Señor Juez de Cámara, Hernán Monclá dice: Comparto los fundamentos vertidos por el Señor Juez preopinante por lo que adhiero a la solución por él propiciada. Voto, en consecuencia, en igual sentido. Por análogas razones, el Señor Juez de Cámara, doctor Bargalló, adhiere a los votos anteriores. Con lo que termina este Acuerdo, que firman los Señores Jueces de Cámara doctores Ángel O. Sala, Miguel F. Bargalló y Hernán Monclá. Ante mí: Francisco J. Troiani. Es copia del original que corre a fs. ... del libro nº 35 de Acuerdos Comerciales, Sala "E". FRANCISCO J. TROIANI SECRETARIO DE CÁMARA Buenos Aires, 13 de noviembre de 2015. Y VISTOS: Por los fundamentos del acuerdo precedente, se resuelve: declarar desierto el recurso deducido por el accionante, con costas (art. 68 párrafo 1ero. del Código Procesal). Notifíquese a las partes por cédula a confeccionarse por Secretaría. Comuníquese (cfr. Acordada C.S.J.N. Nº 15/13). ÁNGEL O. SALA MIGUEL F. BARGALLÓ HERNÁN MONCLÁ FRANCISCO J. TROIANI SECRETARIO DE CÁMARA 007269E