

Reclamo De Gastos Sanatoriales Accidente De Transito Inconstitucionalidad De Topes Indemnizatorios

JURISPRUDENCIA

Reclamo de gastos sanatoriales. Accidente de tránsito.

Inconstitucionalidad de topes indemnizatorios Se declara la inconstitucionalidad de los topes indemnizatorios fijados para la cobertura de gastos sanatoriales, pues la fijación de un tope pético y sumamente reducido no guarda relación ni coherencia con aquel cometido de orden público que la institución en análisis procura satisfacer -proporcionar debida asistencia a las víctimas del siniestro-, pues es de público y notorio conocimiento que una suma como la estipulada difícilmente pueda alcanzar para cubrir los gastos de atención derivados de un accidente de tránsito, atento a los altos costos de las prestaciones médicas y, sobre todo, cuando estamos en presencia de un caso que presentaba una complejidad de media a elevada.

En la ciudad de Mar del Plata, a los 11 días del mes de octubre del año dos mil dieciocho, reunida la Cámara de Apelación en lo Contencioso Administrativo con asiento en dicha ciudad, en Acuerdo Ordinario, para pronunciar sentencia en la causa C-7889-BB1 ?HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEONIDAS LUCERO c. SAN CRISTOBAL SOC. MUTUAL DE SEGUROS GRALES. s. MATERIA A CATEGORIZAR?, con arreglo al sorteo de ley cuyo orden de votación resulta: señores Jueces doctores Mora y Riccitelli, y considerando los siguientes: ANTECEDENTES I. El titular del Juzgado de Primera Instancia en lo Contencioso Administrativo N° 1 del Departamento Judicial Bahía Blanca acogió parcialmente la demanda incoada por el Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero de la ciudad de Bahía Blanca y, en consecuencia, condenó a la accionada [San Cristóbal Sociedad Mutual de Seguros Generales] y a la citada en garantía [Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Limitada] a abonarle la suma de pesos quince mil (\$ 15.000,00) y pesos diez mil (\$10.000,00) respectivamente con más los intereses a calcularse según la tasa pasiva del Banco de la Provincia de Buenos Aires, desde el 11-2-2015 respecto de la demandada y desde el día siguiente hábil al vencimiento del plazo de cinco días contados a partir de la notificación de la sentencia a la citada en garantía, y hasta su efectivo pago. Impuso las costas del juicio a la demandada vencida [art. 51 inc. 1° del C.P.C.A. -ley 14.437-] y difirió la regulación de honorarios profesionales [cfr. 147/153, sent. del 8-11-2017]. II. Declarada la admisibilidad formal del recurso de apelación interpuesto por la actora a fs. 157/164 [cfr. fs. 181, proveído de Presidencia de fecha 06-03-2018], y puestos los Autos al Acuerdo para Sentencia, corresponde plantear y votar la siguiente CUESTIÓN ¿Es fundado el recurso? A la cuestión planteada, el señor Juez doctor Mora dijo: I.1. El juez de grado dictó sentencia con el alcance indicado precedentemente. En lo que aquí interesa, entendió que el debate se limitaba a determinar si resultaba procedente el cobro a la demandada y a la citada de la suma de pesos setenta y seis mil quinientos setenta y cuatro con cuarenta centavos (\$ 76.574,40) en virtud de los gastos sanatoriales incurridos por la actora durante el período de internación de la Sra. Marlene Solange Martínez, según facturas N° ..., y ... y Entendió que el reclamo de marras se encontraba debidamente justificado, aunque solo podía ser receptado parcialmente, en razón de los topes de cobertura establecidos en la cláusula 2 inc. b.1. de la Resolución N° 38.066/13 de la Superintendencia de Seguros de la Nación -normativa vigente al momento del siniestro-, que limitaban la responsabilidad de la aseguradora por gastos sanatoriales a la suma de pesos quince mil (\$ 15.000,00) y a pesos diez mil (\$10.000,00) a la citada según Resolución N° 36.100/11, cláusula 2 inc. b.1. Subrayó que, si bien la actora denunciaba la inconstitucionalidad de la limitación contenida en las antedichas normas, juzgó que tal planteo no podía ser atendido, pues el interesado no había demostrado cabalmente de qué modo la disposición en pugna había quebrantado el orden fundamental. Expresó, además, que el planteo de la accionante encontraba suficiente respuesta en la doctrina acuñada por la Corte de Justicia Federal en el precedente ?Cuello? [sent. del 7-8-2007], en el que había sido convalidada una reglamentación de la Superintendencia de Seguros de similar índole a la que aquí era objeto de examen. Atento lo expuesto, concluyó que la demandada debía responder por los gastos sanatoriales reclamados hasta el límite de cobertura fijado en las respectivas normas, con más los intereses por mora, a calcularse desde el 11-2-2015 [día hábil siguiente al del vencimiento del plazo para abonar las facturas de fs. 34, 38 y 40 -conf. cláusula 2 inc. b de la Res. 38.066/13] y hasta su efectivo pago. Y en relación a la citada, advirtiendo que no existió prueba alguna que demuestre que la parte actora emitió facturas a nombre de Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Limitada, en concepto de los referidos gastos sanatoriales, tomó como pauta interpretativa lo dispuesto en la cláusula 2 inc. b de la Resolución N° 38.066/13 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y determinó que los intereses a su respecto correrían desde el día siguiente hábil al vencimiento del plazo de cinco (5) días contados a partir de la notificación del pronunciamiento, hasta su efectivo pago. 2. En su memorial apelación [fs. 157/164], la actora se agravia de la limitación de responsabilidad establecida en las resoluciones N° 36.100/11, 38.066/13 y 39.327, todas ellas dictadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación las que, a su juicio, resultan inconstitucionales. Aduce que dicha norma se encuentra

en colisión con premisas fundamentales de nuestra Carta Magna, como son la división de poderes, el ordenamiento jerárquico, el principio de razonabilidad, el derecho de propiedad y el derecho a la salud. Subraya que la Ley de Tránsito instituyó en su art. 68 una obligación autónoma para las compañías de seguro, de abonar todos los gastos sanatoriales que resulten producto de accidentes de tránsito en los que tuvieron intervención sus asegurados. Refiere que dicha obligación no se halla condicionada por límite alguno, ya que la norma legal no establece topes máximos a la cobertura de gastos. Entiende, por tanto, que la limitación de cobertura fijada en las normas de rango inferior [resoluciones de la S.S.N.] resultan irrazonables y un exceso a la luz del principio de jerarquía normativa que consagra la Constitución. Agrega que la atribución de fijar límites a la cobertura no surge de ningún pasaje de la norma reguladora del Tránsito, cuya función social de proporcionar una cobertura básica y rápida a la víctima de un accidente ha sido completamente desvirtuada. Si bien reconoce que la Ley de Tránsito delegó en la Superintendencia de Seguros la regulación de las condiciones de la contratación, aquella delegación se limita a la fijación de las condiciones formales del seguro, no alcanzando a los aspectos que -como el aquí debatido- hacen al fondo de la contratación. Cita en su apoyo precedentes de diversos tribunales judiciales. Por otra parte, resalta que la limitación violenta su derecho de propiedad, pues el Hospital Leónidas Lucero es un tercero totalmente ajeno al contrato de seguro y al accidente de tránsito, no debiendo ser quien cargue con los perjuicios económicos derivados del siniestro en cuestión [habiendo otra persona obligada al pago], máxime cuando se trata de un nosocomio público que cuenta con un ajustado presupuesto y que, por imperativo legal, no puede negarse a brindar asistencia a la víctima de un accidente. Indica que la compañía aseguradora debería haber abonado de manera automática los referidos importes, sin perjuicio de repetir luego lo pagado contra el responsable del siniestro. Manifiesta que los valores consignados en la factura no fueron caprichosamente establecidos, sino que resultan razonables y se ajustan a lo que establecen los nomencladores nacionales vigentes. Con todo, concluye que el tope fijado en la norma excede el marco reglamentario dispuesto por el art. 68 párrafo sexto de la Ley 24.449, pues esta norma de fondo no autoriza a la autoridad administrativa para fijar límite en la obligación impuesta al asegurador de pagar los gastos sanatoriales.

3. La aseguradora citada contesta el recurso en traslado a fs. 169/178 y solicita su rechazo, por entender que el planteo de inconstitucionalidad de la contraria resulta improcedente. II. El recurso prospera, con el alcance que seguidamente expondré.

1. En la especie, el Hospital Municipal Dr. Leónidas Lucero de la ciudad de Bahía Blanca promovió demanda judicial contra la compañía aseguradora San Cristóbal Sociedad Mutual de Seguros Generales, con el objeto de obtener el pago de las facturas N° ..., ... y ... [obrantes a fs. 34, 38 y 40] por la suma total de pesos setenta y seis mil quinientos setenta y cuatro con cuarenta centavos (\$ 76.574,40), correspondiente a los gastos que demandó la internación y atención médica de la paciente Marlene Solange Martínez, víctima de un accidente de tránsito ocurrido el 25-05-2014, en el que habría participado activamente un vehículo asegurado por la entidad demandada [cfr. escrito de demanda de fs. 49/54 y reconocimiento de la demandada de fs. 64, ap. II del escrito de contestación]. El reclamo fue entablado con fundamento en lo dispuesto en el art. 68 de la Ley Nacional de Tránsito [Ley 24.449], norma que habilita al acreedor que ha cargado con los gastos sanatoriales derivados del siniestro a subrogarse en los derechos que la víctima posee contra la entidad aseguradora. Tal como se expuso en el relato que antecede, el magistrado hizo lugar al reclamo instado aunque de modo parcial, en tanto condenó a la demandada a abonar por todo concepto la suma de pesos quince mil (\$ 15.000,00) y a la citada la suma de pesos diez mil (\$ 10.000,00), teniendo en consideración los topes que la Superintendencia de Seguros de la Nación había fijado reglamentariamente para este tipo de situaciones [por Resoluciones N° 38.066/13 y 36.100/11]. Es este aspecto del fallo el que suscita el reproche del nosocomio municipal, cuyo representante insiste en que la mentada limitación -a diferencia de lo sostenido por el juez de la instancia- resulta inconstitucional, por importar un exceso reglamentario, transgredir el espíritu de la norma superior y vulnerar -entre otros postulados- el derecho de propiedad del tercero que, resultando ajeno al contrato de seguro y al accidente de tránsito, no debería cargar con los daños económicos derivados del siniestro.

2.1. Introducido en el examen de la cuestión en debate, creo conveniente recordar que el art. 68 de la Ley Nacional de Tránsito impone la obligación de contratar un seguro de responsabilidad civil hacia terceros, transportados o no, por los eventuales daños que pudiera ocasionar el dueño o guardián del vehículo; tal contratación debe ser realizada de acuerdo a las condiciones que fije la autoridad en materia aseguradora? [cfr. primer párrafo]. Finalmente, en su párrafo quinto, dicha norma prescribe que los gastos de sanatorio o velatorio de terceros, serán abonados de inmediato por el asegurador, sin perjuicio de los derechos que se pueden hacer valer luego. El acreedor por tales servicios puede subrogarse en el crédito del tercero o sus derechohabientes?. Esta última disposición consagra la denominada obligación legal autónoma? a cargo del asegurador, imposición de orden positivo que debe hallarse en todo seguro de responsabilidad civil hacia terceros en pos de satisfacer un cometido netamente social: asegurar la atención, de manera inmediata, de las víctimas de accidentes de tránsito que sufren lesiones corporales, independientemente de a quien corresponda en definitiva la responsabilidad por el hecho dañoso y de la posible incidencia de eximentes causales, cuestión que queda reservada para un momento ulterior. Así pues, a fin de solventar sin dilaciones esa finalidad, la ley prevé la posibilidad de que frente a los denominados gastos sanatoriales [expresión que cabe concebir en sentido amplio, como comprensiva

de gastos de atención hospitalaria, quirúrgica, farmacéutica y/o cualquier otra erogación necesaria para la atención del paciente] el damnificado -o en su caso el acreedor subrogante que haya efectuado el pago o asumido el gasto- pueda dirigir su reclamo de manera directa contra la aseguradora del tercero involucrado en el siniestro, sin necesidad de probar la responsabilidad del asegurado. En ese sentido, los hospitales y/o centros de salud públicos se encuentran habilitados para entablar reclamación directa contra la aseguradora del vehículo involucrado en el accidente, en pos de recuperar los gastos en los que hayan incurrido en la atención del accidentado [cfr. ?Instrumento de Recupero de Gastos Para Centros de Salud Pública - Obligación Legal Autónoma?, emitido por la Superintendencia de Seguros de la Nación, recuperado en la fecha de: <https://www.argentina.gob.ar/salud>]. Por caso, el cobro de dichas prestaciones se encuentra expresamente previsto en la carta fundacional del nosocomio accionante, como una de las fuentes de recursos de la que se nutre para el cumplimiento de su cometido asistencial [cfr. arts. 3, 4, 5 inc. 2º, 66 y ccds. de la Ordenanza 9653, obrante en copia a fs. 47/48 de autos]. En síntesis, podemos decir que la imposición legal en examen cumple una función de previsión social, otorgando una cobertura esencial por la vía de la indemnización automática de los daños sufridos. De allí el carácter autónomo de la obligación que emerge del art. 68 de la Ley 24.449, en tanto puede ser reclamada directamente a la aseguradora y no tiene su fuente inmediata en el hecho dañoso, sino en el texto expreso de la norma legal. De tal suerte, la compañía aseguradora deberá satisfacer el pago de los gastos sanatoriales sin poder invocar -por regla- excusa o causa liberatoria, quedando a salvo las acciones que pudieren asistirle, para el caso de que la responsabilidad en el hecho no recayere finalmente en el asegurado.

2.2. Los pormenores de la obligación legal autónoma han sido especificados en la Resolución N° 38.066/13 [de fecha 27-12-2013], norma que fue dictada por la Superintendencia de Seguros de la Nación en ejercicio de las atribuciones reglamentarias que detenta en la materia, aspecto que -como tal- no se encuentra en discusión [cfr. arg. art. 68 y ccds. de la Ley N° 24.449; arts. 64, 65, 67 inc. ?a?, ?b? y ccds. de la Ley 20.091]. A través de la antedicha resolución, el organismo de control en materia de seguros aprobó el modelo de ?Póliza Básica del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil del art. 68 de la Ley N°24.449 [Cubriendo los Riesgos de Muerte, Incapacidad, Lesiones y Obligación Legal Autónoma]? que obra en su Anexo I, conteniendo una regulación de presupuestos esenciales que -según observo- no se limita a la caracterización de la obligación legal autónoma, sino que abarca todos los aspectos básicos del mencionado seguro de responsabilidad civil, dentro del cual aquélla no es sino uno de sus contenidos centrales e inderogables. La Cláusula 2. inc. b)1. del Anexo I aprobado por la resolución se refiere al tópico que aquí nos atañe. Allí se determina que los gastos sanatoriales deben ser abonados por la Aseguradora ?al tercero damnificado, a sus derechohabientes o al acreedor subrogante dentro del plazo máximo de cinco (5) días contados a partir de la acreditación del derecho al reclamo respectivo, al que no podrá oponérsele ninguna defensa sustentada en la falta de responsabilidad del asegurado respecto del daño?. Así, guardando coherencia con lo precedentemente expresado, aclara que los pagos que efectúe la aseguradora por estos conceptos ?no importarán asunción de responsabilidad alguna frente al damnificado?, toda vez que ?el asegurador tendrá derecho a ejercer la subrogación contra quien resulte responsable? [conf. último párrafo]. Con todo, el precepto establece que la cobertura comprende la totalidad de los reclamos que se efectúen ante la aseguradora hasta el límite de pesos quince mil (\$ 15.000,00) por persona damnificada, y en similar sentido se reglamenta en la Póliza N° ..., acompañada por la citada en oportunidad de responder el traslado conferido [cfr. fs. 95], de la que surge que los gastos sanatoriales serán cubiertos hasta y tope de pesos diez mil (\$10.000,00) [cfr. Cláusula 2.b)]. La limitación reglamentaria contenida en estas disposiciones constituye el punto crítico que desató el presente conflicto; así, mientras las aseguradoras defienden la juridicidad de las normas -tesis respaldada por el juez de grado-, el Hospital Municipal esgrime un concreto agravio constitucional, en tanto la aplicación de aquellas violentaría -en el caso- sus derechos fundamentales. Me abocaré en lo que sigue a arbitrar la disputa que aqueja a los contendientes. 3. La apelante no reniega de las competencias de la Superintendencia de Seguros de la Nación para regular lo concerniente al seguro obligatorio de responsabilidad civil hacia terceros, mas entiende que la fijación de topes indemnizatorios como los aquí involucrados constituyen un exceso en el ejercicio de aquellas prerrogativas, que debe ser tachado de inconstitucional. 3.1. No comparto que la labor reglamentaria de trazar alguna limitación cuantitativa y razonable en lo que atañe a la extensión de la cobertura de gastos sanatoriales pueda merecer -ab initio- objeciones de corte constitucional; al menos tal incompatibilidad con el texto supremo no luce manifiesta, ni se avizora con la patencia que describe la actora en su memorial. En estos casos, toda argumentación debe partir del reconocimiento de las amplias funciones que el legislador ha atribuido a la Superintendencia de Seguros de la Nación como autoridad de control del mercado asegurador, en salvaguarda de su estabilidad y de la fe pública. De allí la necesidad de reconocer -a priori- la legitimidad de las facultades de dicha entidad para delinear -con razonable amplitud- las bases técnicas, apreciar los factores influyentes y disponer de los medios para el cumplimiento de los fines que le son propios y garantizar el bien común específico que persigue la actividad que se halla bajo su contralor [cfr. doct. C.S.J.N. Fallos 316:188; 317:1541]. En lo que aquí interesa, la fijación por vía reglamentaria de límites económicos a la cobertura sanatorial a la que refiere la obligación legal autónoma constituye una medida que propende, a mi juicio, a equilibrar las dos realidades que subyacen en este tipo de asuntos: por un lado, la de quien necesita

contar con una cobertura asistencial expedita e inmediata ante un accidente de tránsito y, por el otro, la de quien se halla conminado a acatar sin miramientos el requerimiento de pago, en un contexto en el que sus libertades defensivas -más allá de las acciones de recupero que ulteriormente pudiera ejercer- se encuentran visiblemente atenuadas. Consecuentemente, corresponderá entender que la obligación legal autónoma que rige en materia de accidentes de tránsito no constituye un imperativo erga omnes ni absoluto, puesto que existe con relación a un asegurado determinado y rige -por regla- de conformidad con las condiciones, vigencia y cobertura pactados en la respectiva póliza de seguros y en las disposiciones reglamentarias que resulten de aplicación. Y en la medida que dicho ejercicio regulatorio respete los límites impuestos por el principio de razonabilidad y no encierre una repugnante arbitrariedad, el órgano judicial ha de mostrar una especial deferencia por el criterio de la autoridad administrativa que emitió la reglamentación, en razón de la especificidad técnica que posee [arg. doct. esta Cámara causa C-5586-MP2 ?Fiat Auto S.A. de Ahorro Para Fines Determinados?, sent. del 14-04-2011 -y sus citas-, entre otras]. En síntesis, el genérico rechazo a este tipo de normas no parece ser una práctica prudente ni aconsejable; tal pensamiento abstracto y desentendido de la realidad podría desnaturalizar la dinámica del seguro obligatorio de responsabilidad civil y socavar las bases normativas sobre las que se asienta el sistema, al imponer al asegurador la obligación de hacer frente a una contingencia o riesgo indefinido que en su apreciación económica no contaría con limitaciones de ningún tipo, bajo el pretexto de salvaguardar aquella finalidad de orden superior. La limitación razonable del riesgo es consustancial al contrato de seguro, pues de lo contrario nadie dispondría de un capital para asegurar si no conoce cuál es la responsabilidad que asume. Ello es así pues el contrato de seguro se sustenta en la observancia de ciertos aspectos técnicos de fundamental importancia para su debido funcionamiento como, por ejemplo, la determinación y mantenimiento del estado de riesgo tomado en cuenta al contratar, al evitar que el asegurado provoque el siniestro, o exagere sus consecuencias, entre otros [cfr. arg. doct. C.S.J.N. Fallos 340:765].

3.2. Además, cabe tener presente que, de acuerdo con la naturaleza jurídica y efectos del contrato de seguro de responsabilidad civil, la obligación de la aseguradora se limita a mantener indemne el patrimonio del asegurado en la medida del seguro [arts. 109, 118 y ccdd. de la Ley de Seguros N° 17.418], de lo que se colige que el contrato celebrado entre la compañía aseguradora y el asegurado -con sus limitaciones- es oponible al tercero damnificado y otros interesados, quienes si desean invocarlo deben ceñirse a sus cláusulas [art. 1022 del C.C.C.]. Es que si bien es cierto que el ordenamiento debe tender al resarcimiento integral, tal objetivo no puede cumplirse en desmedro de otros principios jurídicos, convirtiendo al asegurador en el deudor de la totalidad de los perjuicios que el riesgo pueda eventualmente generar, pues los términos del contrato operan como un límite de la garantía y, por lo tanto, si se conminara a la aseguradora a satisfacer prestaciones económicas por fuera de lo pactado, se la estaría condenando a efectuar un pago sin causa. La función social que debe cumplir el seguro no implica, empero, que deban repararse todos los daños producidos al tercero víctima sin consideración a las pautas del contrato que se invoca y la normativa a la que se halla subordinado, desde que no resulta aceptable fraccionar lo convenido para acatar las disposiciones que favorecen al tercero damnificado y desechar otras que ponen límites a la obligación del asegurador [cfr. arg. doct. C.S.J.N. Fallos 337:3329].

3.3. Tal es la línea directriz que fluye de los precedentes del Máximo Tribunal de Justicia [cfr. arg. doct. C.S.J.N. Fallos 330:3483 ?Cuello?; 334:988 ?Nieto?, entre otros], doctrina que no obstante debe ser apreciada en su justa dimensión y de acuerdo a la realidad propia de cada caso, pues -como también sugirió la Corte Suprema de Justicia nacional en fecha más cercana- las limitaciones establecidas normativamente y pactadas en la póliza resultan oponibles al damnificado en tanto y en cuanto dichos montos no aparejen la desnaturalización del seguro contratado ni contradigan disposiciones relativas al orden público que puedan privar de validez a la manda, a la luz de las reglas jurídicas aplicables [cfr. doct. C.S.J.N. in re P. 932. XLVIII. RHE ?Pastor, Gustavo Manuel c. Coop. de Trabajo Transporte Automotor Cuyo y otro s. daños y perjuicios?, sent. del 26-4-2016, Fallos 339:561 -por remisión al Dictamen de la Procuración General de la Nación, según así se colige de una razonable intelección de sus considerandos III y IV-].

4. Admitida entonces la potestad de la autoridad de contralor para fijar límites a la cobertura en concepto de gastos sanatoriales -a fin que estos se incorporen a la letra del contrato de seguro-, ha llegado el momento de dilucidar -en concreto- si aquel tope de pesos quince mil (\$ 15.000,00) y diez mil (\$10.000,00) establecidos en las respectivas normativas involucradas en el caso, resultan razonables a la luz de las circunstancias de esta litis. Adelanto, empero, que la aplicación a la especie rebasa los límites impuestos por el art. 28 de la Constitución Nacional.

4.1. A mi juicio, la fijación de un tope pétreo y sumamente reducido para la cobertura de aquellas erogaciones no guarda relación ni coherencia con aquel cometido de orden público que la institución en análisis procura satisfacer -proporcionar debida asistencia a las víctimas del siniestro-, pues es de público y notorio conocimiento que una suma como la estipulada difícilmente pueda alcanzar para cubrir los gastos de atención derivados de un accidente de tránsito, atento los altos costos de las prestaciones médicas, y sobre todo cuando estamos en presencia de un caso que presentaba una complejidad de media a elevada.

4.2. Por su lado, observo que el reclamo del nosocomio accionante -tercero ajeno al siniestro y al contrato de seguro que afrontó los gastos de atención de la víctima- resulta prudente y acorde a la entidad de los tratamientos cuya retribución requiere. Tales prestaciones se encuentran debidamente

respaldadas por los documentos pertinentes que su parte adjuntó a estos autos [v.gr. facturas N° ..., ..., ... obrantes a fs. 34, 38 y 40; rendición individual de internaciones, prestaciones y demás prácticas N° 014061 -glosada a fs. 36/37-; carta documento cursada por el Hospital a la aseguradora -de fs. 08/09-; ficha de ingreso por guardia de la víctima del siniestro -fs. 10-; Historia Clínica N° 259634 correspondiente a la paciente Marlene Solange Martínez -obrante a fs. 11/33-], los que armónicamente apreciados me permiten formar convicción sobre la veracidad del crédito reclamado [arg. arts. 375, 384 y ccds. del C.P.C.C.; art. 77 y ccds. del C.P.C.A.], pues, además, denotan el avenimiento de la accionante a las pautas consignadas en el referido Instrumento de Recupero de Gastos para Centros de Salud Pública, elaborado por la autoridad de aplicación. Las máximas de la experiencia sugieren, además, que el importe total que surge de las mencionadas facturas (\$ 76.574,40) no resulta descomedido a la luz de los costos sanatoriales que -por todo concepto- insumió la asistencia de la víctima, quien ingresó de urgencia en la guardia del Hospital Municipal con un cuadro de fractura expuesta en su miembro derecho y politraumatismos varios, y permaneció allí internada por espacio de quince (15) días, desde el 25-05-2014 hasta el 09-06-2014 [cfr. fs. 17/19].

4.3. Observo, asimismo, que el acogimiento íntegro de la pretensión económica que persigue la recurrente no desbordaría -en el sub lite- los límites indemnizatorios acordados en el contrato de seguro celebrado entre la aseguradora y el tomador, ni importaría para la demandada -ni para la citada- la imposición de un pago sin causa, desde que la suma cuyo reembolso se reclama no representa un porcentaje sustancial de la suma máxima de responsabilidad civil por acontecimiento (de \$ 3.000.000,00) que San Cristóbal Sociedad Mutual de Seguros Generales asumió en la respectiva póliza frente al asegurado [cfr. fs. 64 vta.] y tampoco aquella de \$ 250.000 consignada en la póliza emitida por Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Limitada, citada al proceso como tercero [cfr. fs. 94/100] en tanto las requeridas no acreditaron en autos haber agotado los respectivos montos de cobertura.

4.4. Llegado este punto y teniendo en cuenta que la cuestión en debate resulta sustancialmente análoga a las causas C-7449-BB1 ?Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero?, sent. del 10-X-2017 y C-8167-BB1 ??Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero?, sent. del 16-VIII-2018], la solución que aquí se propone guardará relación con lo allí resuelto -con la salvedad efectuada en oportunidad de emitir mi voto en aquellos precedentes-, en la medida que las disposiciones cuestionadas inhiben -al igual que en las actuaciones citadas-, la realización de la función social a la que propende la norma legal reglamentada, constituyendo -en tales términos- un exceso reglamentario que desoye el espíritu del art. 68 de la Ley 24.449, violentando de tal modo el principio constitucional de razonabilidad y de jerarquía normativa [conf. arg. arts. 28, 31, 99 inciso 2° y ccds. de la Constitución Nacional].

III. De tal modo, y en consonancia con la directriz marcada en las mencionadas causas, he de sugerir al Acuerdo el acogimiento del recurso de apelación incoado por la actora, y declarar la inconstitucionalidad y correlativa inaplicabilidad al caso de la Cláusula 2. inc. b)1. del Anexo I de la Res. N° 38.066/13 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y de la Cláusula 2. inc. b) de la Póliza N° ... que contiene las Condiciones Básicas del Seguro Obligatorio conforme la Resolución N° 36.100/11. En consecuencia, correspondería modificar el fallo de grado en lo concerniente al monto consignado en su parte dispositiva, condenando a las aseguradoras accionada y citada a abonar al demandante el importe de pesos setenta y seis mil quinientos cuarenta y siete con cuarenta centavos (\$76.547,40), que surge de la suma de las facturas obrantes a fs. 34, 38 y 40, con más los intereses tal como fueran fijados en el fallo de la instancia. Las costas de alzada deberían imponerse a Seguros Bernardino Rivadavia Coop. Ltda., vencida en contradicción [art. 51 inc. 1° del C.P.C.A. -ley 14.437-].

Con lo expuesto, doy por cumplimentados aquellos postulados que -ante este tipo de situaciones- tornan operativa la figura de la adhesión implícita a la apelación [arg. doct. S.C.B.A. causa C. 99.315 ?Greco?, sent. de 25-II-2009; arg. doct. esta Cámara causa C-6531-BB1 ?Rudy?, sent. del 18-10-2016, entre otras].

Con el alcance indicado, doy mi voto a la cuestión planteada por la afirmativa. El señor Juez doctor Riccitelli, por idénticos fundamentos a los brindados por el señor Juez doctor Mora, vota la cuestión planteada por la afirmativa. De conformidad a los votos precedentes, la Cámara de Apelación en lo Contencioso Administrativo con asiento en Mar del Plata, dicta la siguiente: **SENTENCIA** 1. Hacer lugar al recurso de apelación deducido por la parte actora, declarar la inconstitucionalidad de la Cláusula 2. inc. b)1. del Anexo I de la Res. N° 38.066/13 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y de la Cláusula 2. inc. b) de la Póliza N° ... que contiene las Condiciones Básicas del Seguro Obligatorio conforme la Resolución N° 36.100/11 y, en consecuencia, modificar el fallo de grado con el alcance expresado en el apartado III del voto que concitó adhesión. Imponer las costas de alzada a Seguros Bernardino Rivadavia Coop. Ltda., vencida en contradicción [art. 51 inc. 1° del C.P.C.A. -ley 14.437-]. 2. Diferir la regulación de honorarios por los trabajos de segunda instancia para su oportunidad [art. 31 de la ley 14.967].

Regístrese. Notifíquese y, cumplido, devuélvase las actuaciones al órgano de origen por Secretaría.

035982E