

Seguro Prestaciones Medicas Repeticion Limite De Cobertura Actualizacion Monetaria

JURISPRUDENCIA

Seguro. Prestaciones médicas. Repetición. Límite de cobertura.

Actualización monetaria Se confirma el rechazo de la excepción de prescripción, pues la fuente de la acción de repetición intentada por la actora no se encuentra en el contrato de seguro, sino en la Ley, de manera que no rige a su respecto el término de prescripción de un año previsto en el artículo 58 de la Ley 17.418 que es el que puntualmente eligió la compañía aseguradora para fundar la prescripción liberatoria alegada. En la ciudad de Trenque Lauquen, provincia de Buenos Aires, a los once días del mes de junio de dos mil dieciocho, celebran Acuerdo extraordinario los jueces de la Cámara de Apelación en lo Civil y Comercial, Silvia E. Scelzo, Toribio E. Sosa y Carlos A. Lettieri, para dictar sentencia en los autos "Municipalidad de Pehuajo c/ Seguros Bernardino Rivadavia Coop.Ltda s/ cobro sumario sumas dinero (exc.alquileres, etc.)" (expte. nro. -90629-), de acuerdo al orden de voto que surge del sorteo de foja 123, planteándose las siguientes cuestiones: PRIMERA: ¿es fundado el recurso de foja 110?. SEGUNDA: ¿qué pronunciamiento corresponde emitir?. A LA PRIMERA CUESTION EL JUEZ LETTIERI DIJO: 1. Fundándose en que la causa de la obligación en juego es el contrato de seguro y que por tanto debe aplicarse para la prescripción el plazo anual del artículo 58 de la ley 17.418, intenta revertir la apelante el rechazo de la excepción opuesta. Sin embargo, no es esa la norma aplicable a la obligación legal autónoma de la que aquí se trata. Es cierto y lo ha sostenido esta alzada, que en materia de responsabilidad civil las obligaciones de la aseguradora frente a su asegurado son las que surgen del contrato de seguro y que a esa directiva no puede ser ajena la obligación a que se refiere el artículo 68, quinto párrafo, de la ley 24.449. Pues si así no fuera quien prestó la atención médica podría accionar contra cualquier aseguradora y no nada más contra la aseguradora del asegurado autor de las lesiones (causa 90534, sent. del 27/12/2017, 'Municipalidad de Pehuajó c/ Provincia Seguros S.A. s/ repetición de sumas de dinero', voto del juez Sosa, L. 46, Reg. 103). Pero eso no significa que la obligación legal autónoma regulada en aquel artículo de la ley citada, sea una obligación derivada del contrato de seguro, como para que quede sometida el plazo de prescripción previsto en el artículo 58 de la ley 17.418. El tercero que afrontó los gastos sanatoriales, derivados de un siniestro que involucró a un asegurado, puede reclamar a la compañía con quien este contrató el seguro que cubre ese riesgo, desembolsos respectivos, pese a no ser parte en el contrato de seguro, sin traer a juicio al asegurado, porque la ley le ha otorgado esa acción directa autónoma, que no es sino la prevista en el artículo 68, quinto párrafo, de la ley 24.449 ya citado. Actualmente el artículo 736 del Código Civil y Comercial indica que la acción directa es la que compete al acreedor para percibir lo que un tercero debe a su deudor, hasta el importe de su propio crédito. Tiene carácter excepcional y solo procede en los casos expresamente previstos en la ley. Y justamente un supuesto de ese tipo de acción, autorizada por la ley, es justamente la que contempla aquella norma. Otra cosa es que el alcance de esa obligación legal autónoma dependa de lo que se hubiere determinado al respecto en el contrato de seguro, oponible a sea quien fuere que reclamase su cumplimiento (arg. art. 109 de la ley 17.418). Pero en cuanto a la fuente de la acción intentada por la actora, con arreglo a lo que se ha dicho, no se encuentra en el contrato de seguro, sino en la ley, por manera que no rige a su respecto el término de prescripción de un año previsto en el artículo 58 de la ley 17.418 que es el que puntualmente eligió la compañía aseguradora para fundar la prescripción liberatoria alegada y sobre la cual insiste en sus agravios y que hace referencia a las acciones fundadas en el contrato de seguro (fs. 78.4 y vta., 116/vta.; arg. arts. 34 inc. 4, 163 inc. 65 y concs. del Cód. Proc.). Por consecuencia, parece admisible tener en cuenta el plazo genérico de cinco años del artículo 2560 del Código Civil y Comercial, con cuya aplicación la obligación legal autónoma no estaría prescripta, contado a partir de la realización de los gastos, como lo propuso la excepcionante (fs. 7, 8, 50/vta, 78/vta., cuarto párrafo). En fin, para cerrar, y más allá de la razón por la que se trajera a colación en los agravios la estipulación a favor de terceros, cabe recordar que el seguro de que se trata, no constituye una figura de ese tipo. Porque, como ha sostenido la Suprema Corte es celebrado en interés del asegurado. Y la circunstancia de que el tercero pueda recibir alguna ventaja, no altera la afirmación anterior porque esta ventaja es tan sólo uno de los 'efectos' del contrato y no la 'causa' de su celebración que es siempre el interés del asegurado traducido en el mantenimiento de su integridad patrimonial: garantía de indemnidad (S.C.B.A., Ac 83726, sent. del 05/05/2004, 'Milone, Liliana Irene c/Guillén, Pedro Ricardo y otro s/Daños y perjuicios', en Juba sumario B23515). Con apego a lo expuesto, entonces, en la medida que no cabe alterar los términos en que quedó trabada la relación procesal, la causa de la pretensión, el concreto objeto de la defensa interpuesta, ni ampliar con aportes los agravios de la aseguradora, lo que se impone es rechazar el recurso en cuanto postula el progreso de la excepción de prescripción en base al plazo establecido en el artículo 58 de la ley 17.418. Fundándose en que la causa de la obligación en juego es el contrato de seguro y que por tanto debe aplicarse para la prescripción el plazo anual del artículo 58 de

la ley 17.418, intenta revertir la apelante el rechazo de la excepción opuesta. 2. En camino a otro aspecto de los agravios, debe señalarse desde un principio que la fuente de las obligaciones de la aseguradora está dada -aun en el supuesto que aquí se analiza- únicamente por las estipulaciones de la póliza, confeccionada dentro de los límites legales (arg. arts. 11, 109, 158, ley 17.418). En este sentido, las obligaciones que se atribuyen al asegurador no deben serle impuestas más allá de los términos pactados, pues la misma ley 17.418 establece que el contrato es la fuente de sus obligaciones y en dicho instrumento se determinan los alcances y límites de la garantía debida (S.C.B.A., C 116715, sent. del 10/06/2015, 'Villalba, Juana Ramona c/ "El Nuevo Halcón S.A." y otro s/ Daños y perjuicios', en Juba sumario B29695). Como derivación de esos principios, al tercero damnificado le han de ser oponibles todas las cláusulas del contrato de seguro, aun aquéllas que restrinjan o eliminen la garantía de indemnidad, sin distinguir en la naturaleza que éstas pudieran tener. O sea que ese tercero está subordinado, lo afectan o se encuentra enmarcado por determinadas estipulaciones contractuales, no obstante haber sido ajeno a la celebración del pacto. Por manera que debe aceptar todos los términos del contrato de seguro, incluidos aquellos que eliminen o restrinjan la garantía de indemnidad (S.C.B.A., C 100299, sent. del 11/03/2009, 'H. S. m. c/A. C. A. y o. s/Daños y perjuicios', en Juba sumario B12576). A esa directiva no puede escapar la obligación a la que se refiere el art. 68 párrafo 5° de la ley 24449. Si no fuera así, quien prestó la atención médica podría accionar entonces contra cualquier aseguradora y no nada más contra la aseguradora del asegurado autor de las lesiones: sin el 'filtro' de un concreto contrato de seguro, todas las aseguradoras y cualquiera de ellas serían deudoras en los términos del art. 68 párrafo 5° de la ley 24449' (voto del juez Sosa, en la causa 90534, sent. del 27/12/2017, 'Municipalidad de Pehuajó c/ Provincia Seguros S.A s/ repetición sumas de dinero', L. 46, Reg. 103). Ahora bien, en la especie resulta de las condiciones de la póliza fruto de la contratación entre el asegurado y la aseguradora, que la garantía de indemnidad asumida por esta última quedó acotada, en cuanto a los gastos sanatoriales de la obligación legal autónoma y que son de pago inmediato por aquella, a \$ 15.000 (fs.60/vta., cláusula 2.b). Este instrumento, fue parcialmente reconocido por la actora, que dejó fuera de los efectos de ese acto a las condiciones particulares. Con lo cual lo restante de la póliza quedó implícitamente reconocido (fs. 85.IV; arg. arts. 354 inc. 1 del Cód. Proc.). Luego, como las condiciones básicas del seguro obligatorio de responsabilidad civil, dentro de las que se encuentra la que prescribe aquella limitación de la cobertura para el caso de la acción legal autónoma del artículo 68 de la ley 24.449, no forman parte de las condiciones particulares de la póliza, debe tenérselas por reconocidas (arg. art. 354 inc. 1 del Cod. Proc.; fs. 58/59vta.). En ese marco, recordando que aquella limitación prevista en el contrato de seguro es oponible al tercero damnificado tanto como a quien se subroga en sus derechos y que la sentencia no podrá ser ejecutada contra el asegurador sino en los límites de la contratación, es consecuente que la acción promovida en esta causa, sólo habrá de prosperar con el alcance cuantitativo fijado en la póliza, más allá que los gastos efectuados por la reclamante hayan sido de montos superiores. Como se dijo en el precedente de esta alzada, citado más arriba, esto es lo que marca una diferencia sustancial con el precedente de este mismo tribunal seguido en la sentencia apelada. Pues en ese otro caso, el proceso había adquirido sólo una certificación o constancia de cobertura que -a diferencia de lo que ocurre en el caso actual- de ninguna manera traducía que el contrato de seguro hubiera contemplado condiciones mínimas para la cobertura de la referida obligación legal autónoma. En este tramo, progresa la apelación de la demandada que postuló el respeto a ese límite de la obligación legal autónoma (f. 116.b, tercero y cuarto párrafos). 3. Es discreto aclarar a esta altura, que el escenario que se desprende de las consideraciones que preceden, exime de abordar la inconstitucionalidad del anexo I de la resolución 39.927 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (fs. 47/vta. VII). Esto así, toda vez que, como tal inconstitucionalidad fue planteada con relación a la mencionada normativa del ente supervisor y regulador del mercado de seguros -en tanto indica como modelo genérico los alcances pecuniarios de la obligación legal autónoma del art. 68 párrafo 5° de la ley 24449-, sin que se sostuviera igual impugnación respecto del límite contenido en condiciones de la póliza, de haberse podido hacer, fundada la sentencia en estas últimas -invocadas por la demandada- y no en lo regulado en la primera, la cuestión constitucional, como fue planteada, quedó carente de toda virtualidad (f. 74, segundo párrafo, parte final, 116/vta.b, tercero y cuarto párrafos). Bien puede decirse que se tornó abstracta, por ausencia de interés actual que la justifique la impugnación. Y los tribunales judiciales no pueden efectuar declaraciones de inconstitucionalidad de las leyes en abstracto, es decir, fuera de una causa concreta en la cual deba o pueda efectuarse la aplicación de las normas supuestamente en pugna con la Constitución (C.S., 'Codina, Héctor c/ Roca Argentina S.A. s/ ley 23551', C. 387. XLV. RHE, sent. del 11/12/2014, Fallos: 337:1403). 4. Tocante a los hechos, hay que indicar que el accidente relatado en la demanda, al menos en cuanto se refiere a sus datos centrales y la participación del vehículo asegurado, conducido por Julián González, aparece avalado por las constancias de la causa penal, ofrecida como prueba por la actora y agregada, sin objeciones de la demandada (fs. 50/vta. c.1 y 124; fs. 1/2vta., 4/5vta., 9, 18/vta., 19/20, 38/39, 40, 56/vta., 57, 61, 62/vta., 67/68, 81/83, 89/90). Cabe destacar que a fojas 17 de esa causa, se encuentra una constancia que informa acerca de que el automotor Renault Logan, modelo 2013, tiene seguro en Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Limitada. En suma, la existencia del accidente -no obstante la negativa de la aseguradora- está acreditada, al menos en lo suficiente para el motivo de autos

(arg. art. 384 del Cód. Proc.). Con relación al crédito reclamado por la municipalidad, igualmente desconocido por la compañía, ésta puntualiza que la historia clínica no lo prueba, no hace referencia al importe de los gastos o costos y no es instrumento público. Tampoco la factura proforma que en el mejor de los casos solo vale como oferta (fs. 117 cuarto a octavo párrafos). Pues bien, en lo que atañe a la historia clínica, si bien es cierto que no informa acerca de gastos específicamente, no lo es menos que constituye la relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores, personales, como actuales, relativos a la atención que recibió Enzo Gabriel Pavón, protagonista del accidente referido, en el Hospital Juan Carlos Aramburu de la localidad de Pehuajó. Y que sirve de base -en este caso- para apreciar la relación de causalidad adecuada entre los actos médicos implicados, los estudios y otras prácticas que allí se relatan, y el accidente con sus secuelas (arg. art. 384 del Cód. Proc.). En este sentido, puede apreciarse de la foja quirúrgica que Enzo Pavón tuvo un diagnóstico preoperatorio de fractura de tibia (f. 12) -compatible con la lesión que se menciona a fojas 6 de la causa penal agregada-, lo que confirma el parte anestésico (f. 13); siendo internado desde el 12 de abril de 2015 por esa dolencia (f. 18) y sometido a osteosíntesis de tibia. Los estudios y elementos, aparecen detallados a fojas 22/25 y 26/28. La conexión entre esa dolencia y el accidente, también surge acreditada a tenor de los datos que brinda la referida causa correccional, precedentemente citados. Por lo demás, la documentación de fojas 11 a fojas 39, en general, muestra una firma y un sello que identifica a Laura Álvarez, como directora asociada del Hospital J.C. Aramburu de la localidad de Pehuajó. Son en su mayoría documentos expedidos por un hospital municipal. Por manera que bien puede interpretarse que les alcanza la presunción de autenticidad, que se acuerda a los actos administrativos. Al menos, en la medida que -en este caso en particular- no aparecen desmentidos por prueba en contrario que bien pudo ofrecer la aseguradora (arg. art. 12 de la ley 19.549; Rivera-Medina, 'Código Civil Comentado', pág. 495). En lo que atañe a la factura proforma de fojas 7 y 8, que describe y cotiza las prestaciones realizadas por el hospital municipal para la atención de Enzo Gabriel Pavón, por lo pronto no contiene enunciación de gastos o insumos manifiestamente incompatibles con las lesiones padecidas y descritas en las constancias ya referidas. Además, lleva una firma y un sello que identifica a Manuela Soledad Pinto como administradora del Hospital J.C. Aramburu. Es decir, no obstante el desconocimiento de que fue objeto, no trasunta menciones o defectos que alienten a pensar en su falsedad. Por el contrario, parece legítima (arg. art. 166 inc. 5, segundo párrafo, del Cód. Proc.). Presunción que se fortalece, ante la omisión de toda prueba en contrario de sus expresiones (arg. art. 3284 del Cód. Proc.). A mayor abundamiento, es aplicable a este supuesto en particular, en base a las circunstancias exploradas, lo que este tribunal tiene dicho en torno a los arreglos, en cuanto a que si se impugnan los documentos y demás acreditaciones aportadas por el actor para determinar la extensión o cuantía de las reparaciones, corresponde al demandado producir la prueba idónea que demuestre que son excesivos o no responden enteramente a la realidad del hecho imputado (causa 'Lobadino c/ Alfaro', sent. del 26-10-89, entre otras). La cual, como fue dicho, no fue aportada. En definitiva, si el juez está habilitado para ejercer su prudencial criterio para determinar el monto del crédito, cuando su existencia ha sido legalmente comprobada, aunque no resultara justificado su monto, no se percibe cual sería el motivo para privarlo de la posibilidad de acudir a recibos o facturas para calibrar su estimación, aún desconocidas en su autenticidad, pero valederas en su apariencia, ante la falta de contraprueba alguna (arg. art. 165, párrafo final, del Cód. Proc.).

5. Con lo definido y acreditado, a esta altura habría que ceñir la condena al alcance del contrato de seguro en torno al monto de la obligación autónoma por gastos sanatoriales (\$ 15.000). Reduciendo a esa cantidad la suma de \$ 70.662,86, originariamente pretendidos por la comuna (fs. 44/vta., primer párrafo, 50/vta., XIII.4). No obstante, una reflexión atinada revela que aquel importe marcado por la cláusula 2.b de la póliza, no pudo sino reflejar valores al tiempo de su emisión, o sea al 10 de abril de 2015 (f. 58). El fenómeno inflacionario desde esa fecha hasta la actualidad, es un hecho sobreviniente y notorio en nuestro país que un adecuado servicio de justifica no puede descuidar de apreciar en sus justos términos. No escapa al curso normal y ordinario de los hechos, ni a lo que resulta de la experiencia, que esos \$ 15.000 fijados la fecha mencionada, guarda correspondencia con lo que esa misma cifra significa hoy (arg. art. 384 del Cód. Proc.).

Por ello, para arribar a una composición justa de esta litis, contrarrestando la merma de poder adquisitivo de las sumas indicadas en la cláusula 2.b de la póliza, es dable emplear algún método que consulte elementos objetivos de ponderación de la realidad que dé lugar a un resultado razonable y sostenible (art. 3 del Código Civil y Comercial; C.S., 'Einaudi, Sergio /c Dirección General Impositiva /s nueva reglamentación', considerando once, sent. del 16/9/2014; Ac. 28/2014, considerando dos, que incrementó el monto del art. 24.6.a del decreto ley 1285/58). En ese precedente la Corte Suprema indicó que el art. 10 de la ley 23982 sólo fulmina las fórmulas matemáticas para actualizar, repotenciar o indexar, pero no el empleo de métodos como el aludido recién. Con arreglo a tales directivas, parece discreto usar como parámetro de ajuste la variación del salario mínimo, vital y móvil, partiendo del más próximo al 15/04/2015, 4.716 (Res. 3/14 del CNEPYSMVYM, B.O. del 02/09/2014), lo cual permite determinar que en ese momento los \$ 15.000 equivalían a 3,18 de dichos salarios. En cambio hoy, con un valor de \$ 9.500 para ese salario esos 3,18 significan 30.216,28 (Res. 3-E/2017 del CNEPYSMVYM, B.O. del 28/06/2017). Esta es la cifra, inferior a la solicitada en la demanda, hasta la cual es posible hacer lugar al reclamo de la actora, teniendo presente los argumentos desarrollados en los puntos

precedentes, el límite cuantitativo consignado en la parte pertinente del contrato de seguro, oponible a la demandante por lo ya expresado, y la restricción que las facultades de los tribunales de apelación sufren en principio, como resultante de la relación procesal -que aparece en la demanda y contestación- y los agravios (fs. 78, cuarto párrafo, 126/vta., .b, tercero y cuarto párrafos; art. 165 del Cód. Proc.; arg. art. 68, sexto párrafo, de la ley 24.449; S.C.B.A., C 102009 sent. del 18/06/2014, 'Rosetti, Héctor Hugo y otros c/Banco de la Provincia de Buenos Aires. s/Acción de revisión', en Juba sumario B3902081). Sin perjuicio, claro está, de la de la mayor responsabilidad que eventualmente tuviere que asumir la aseguradora en el proceso que se entablare como consecuencia del siniestro narrado en demanda (arts. 109 y 118 de la ley 17418). Cabe agregar -para no dejar huecos- que con el monto total de la cobertura de responsabilidad civil convenido entre tomador y aseguradora, determinado en los \$ 4.000.000 como suma máxima por acontecimiento, queda claro que el alcance con que se admite el reclamo de la demandante no podría poner en jaque la ecuación económica de ese seguro, cuya prima debió estar calculada -entre otros factores (riesgo, duración del seguro, etc)- de manera proporcional al monto de la cobertura, visiblemente superior al importe del crédito que aquí se admite. 6. Como corolario, solo resta por decir que la actora ha logrado probar el costo de las prestaciones efectuadas y el encuadre del caso dentro de lo normado en el artículo 68 de la ley 24.449. Pero no ha podido liberarse del límite señalado en la póliza, que necesariamente la afecta, en cuanto al reclamo canalizado en este juicio y a salvo aquello que pudiera obtener por otra acción que aprecie legalmente arreglada al fin propuesto. En el presente caso, pues, la demanda prospera hasta la suma de \$ 30.216,28. Respecto de los intereses solicitados en la demanda, los mismos han de correr desde que cada gasto se efectuó, habida cuenta, que ese arranque concuerda con el propuesto por la actora y el aceptado por la demandada, y que respeta para la especie lo normado en el artículo 1748 del Código Civil y Comercial (fs. 44/vta., primer párrafo, 49/vta., XI, 117/vta., último párrafo y 118 primer párrafo). En cuanto a la tasa de fojas 108.b, ha de ser la activa. La propuso la municipalidad, no fue impugnada categóricamente por la aseguradora al contestar la demanda, fue la elegida por el juez para el tiempo posterior a la fecha de su sentencia, sin queja en ese aspecto, por parte de la demandada (fs. 49/vta., XI, 107.4, segundo párrafo, 107/vta., primer párrafo, 108.b y vuelta primer párrafo, 117, último párrafo y 118, primer párrafo). A la sazón, en la dimensión que deriva de lo propuesto en este voto, se hace lugar a la apelación. Y como reflejo de ello, teniendo en cuenta que -en lo relevante- la apelante no logró el rechazo de la demanda, ni ganar la prescripción opuesta, pero sí obtener una reducción en el monto de la condena, mientras la apelada alegó en favor del sostenimiento del pronunciamiento recurrido con el resultado que se conoce, es que parece justo que las costas se impongan -para ambas instancias- en un sesenta por ciento a ésta y en un cuarenta por ciento a la aseguradora autora del recurso (arg. art. 68, segunda parte del Cód. Proc.). **ASÍ LO VOTO.** A LA MISMA CUESTION LA JUEZA SCELZO DIJO: Que por compartir sus fundamentos, adhiere al voto que antecede. A LA MISMA CUESTION EL JUEZ SOSA DIJO: Que por compartir sus fundamentos adhiere al voto emitido en primer término. A LA SEGUNDA CUESTION EL JUEZ LETTIERI DIJO: Corresponde, admitir la apelación sólo en cuanto a la reducción del monto de la condena, el cual -por los fundamentos dados en los puntos dos, tres y cinco- se determina en la suma de \$ 30.216,28, con más los intereses que se indican en el cuarto párrafo del punto seis, a la tasa allí fijada, rechazándose el recurso en cuanto a la excepción de prescripción. Imponiéndose las costas, para ambas instancias, en un sesenta por ciento a la apelada y en un cuarenta por ciento a la apelante, con arreglo a las razones expuestas en el párrafo final del punto seis. La regulación de honorarios se difiere por aplicación de lo normado en los artículos 31, primero y segundo párrafos, y 51, segundo párrafo, de la ley 14.967. **TAL MI VOTO.** A LA MISMA CUESTION LA JUEZA SCELZO DIJO: Que adhiere al voto que antecede. A LA MISMA CUESTION EL JUEZ SOSA DIJO: Que adhiere al voto emitido en primer término al ser votada esta cuestión. **CON LO QUE TERMINO EL ACUERDO, DICTANDOSE LA SIGUIENTE: SENTENCIA** Por lo que resulta del precedente Acuerdo, la Cámara **RESUELVE:** Admitir la apelación sólo en cuanto a la reducción del monto de la condena, el cual -por los fundamentos dados en los puntos dos, tres y cinco- se determina en la suma de \$ 30.216,28, con más los intereses que se indican en el cuarto párrafo del punto seis, a la tasa allí fijada, rechazándose el recurso en cuanto a la excepción de prescripción. Imponer las costas, para ambas instancias, en un sesenta por ciento a la apelada y en un cuarenta por ciento a la apelante, con arreglo a las razones expuestas en el párrafo final del punto seis. Diferir la regulación de honorarios. Regístrese. Notifíquese según corresponda (arts. 133, 135 inc. 12 y 249 últ. párr. CPCC). Hecho, devuélvase.

034742E