

Seguro Prestaciones Medicas Repeticion Limite De Cobertura Actualizacion Monetaria

JURISPRUDENCIA

Seguro. Prestaciones médicas. Repetición. Límite de cobertura.

Actualización monetaria Se confirma el fallo en cuanto limitó la cobertura de la demandada, pues quien prestó la atención sanatorial y ejerce la pretensión derivada de lo que regula el artículo 68 de la ley 24.449, sólo puede accionar contra la aseguradora que considera obligada a responder, a través del 'filtro' del contrato de seguro que la liga al caso. En la ciudad de Trenque Lauquen, provincia de Buenos Aires, a los diecinueve días del mes de junio de dos mil dieciocho, celebran Acuerdo ordinario 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/ ORBIS COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.. Y OTRO/A S/COBRO SUMARIO SUMAS DINERO (EXC.ALQUILERES, ETC.)" (expte. nro. -90628-), de acuerdo al orden de voto que surge del sorteo de f. 160, planteándose las siguientes cuestiones: PRIMERA: ¿es fundado el recurso de apelación de foja 135?. SEGUNDA: ¿lo es el articulado a foja 137?. TERCERA: ¿qué pronunciamiento corresponde emitir?. A LA PRIMERA CUESTION EL JUEZ LETTIERI DIJO: 1. La sentencia de primera instancia, condenó en forma exclusiva a Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Ltda. a pagar dentro de décimo día a la Municipalidad de Pehuajó la suma de pesos equivalentes a 26,69 jus, que a la fecha de ese pronunciamiento ascendía a \$ 25.942,68 y de modo concurrente con Orbis Compañía Argentina de Seguros S.A. la suma de pesos equivalentes a la cantidad de 25,53 jus la que a la misma fecha ascendía a \$ 24.815,16, más los intereses que correspondieren (fs. 126/vta.). En su apelación, palabras más palabras menos, adujo Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Ltda., que -a diferencia del precedente en que se apoya el sentenciante-, en su caso se hallaba probado un límite a la obligación autónoma que resultaba de la póliza acompañada. Entendiendo que pactado ese margen, al mismo debía atenerse la sentencia, pues excederlo violaba el contrato, sino la garantía constitucional de la libertad contractual. Asimismo, replicó haber negado la autenticidad de la documentación sustento del reclamo, y en esa línea argumentó respecto al valor probatorio de la factura proforma, de las historias clínicas, entre otros señalamientos. Cuestionó igualmente que la sentencia mandara actualizar de acuerdo al valor del jus entre diciembre de 2015 y diciembre de 2017, considerándolo equivocado al no tenerse en cuenta que eran jus homogéneos y habiéndose dejado de lado la variación del salario mínimo vital y móvil, aplicada en casos análogos. En suma, concretó en que se alteraba de ese modo el sistema financiero de los seguros, poniéndolo en riesgo. Sobre el final, abordó la temática de los intereses. Objetó que se dispusiera pagarlos desde el hecho ilícito, cuando se demandaba no por el siniestro sino por los gastos sanatoriales. Proponiendo que corrieran desde que cada gasto se efectuó. Cuanto a la tasa, se opuso a la activa fijada por el juzgado, reprochándole se haya apartado de la pasiva digital (f. 153 d. primero y segundo párrafos). 2. Pues bien, tocante al límite de la obligación autónoma que resulta de la póliza acompañada, es dable evocar que -como ya ha sostenido esta alzada- quien prestó la atención sanatorial y ejerce la pretensión derivada de lo que regula el artículo 68 de la ley 24.449, sólo puede accionar contra la aseguradora que considera obligada a responder, a través del 'filtro' del contrato de seguro que la liga al caso. En ese sentido, el marco de la obligación exigida a Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Ltda., aún en el supuesto que aquí se analiza, está dado únicamente por las estipulaciones de la póliza (arg. arts. 11, 109, 158, ley 17.418). Por manera que no deben serle impuestas más allá de los términos pactados, ya que 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). Es que, si bien el objeto del seguro de responsabilidad civil es mantener indemne al asegurado, no lo es menos que así como a raíz de la comparecencia de la aseguradora el damnificado recibe un 'beneficio' traducido en la presencia de un legitimado solvente, debe aceptar todos los términos del contrato aún aquellos que eliminen o restrinjan la garantía de indemnidad, no obstante haber sido ajeno a la celebración del pacto (arts 109 y 118 de la ley 17.418; 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). Y a esta directiva no puede escapar la obligación a la que se refiere el art. 68, quinto párrafo de la ley 24449. (causa 90534, sent. del 27/12/2017, ?Municipalidad de Pehuajó c/ Provincia Seguros S.A s/ repetición sumas de dinero', L. 46, Reg. 103). Por manera que, si de las condiciones de la póliza que contiene los términos de la contratación entre el asegurado y la aseguradora, 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 \$10.000 por persona, no es posible prescindir absolutamente de esa estipulación (fs. 60/vta., cláusula 2.b).. Justamente, Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Ltda., al contestar la demanda, dejó alegada la existencia de esos límites de responsabilidad en la póliza que dejó admitida y

acompañó (fs. 73/vta., primer párrafo). No puede decirse, entonces, que esa cuestión no hubiera formado parte de la relación procesal (arg. art. 34 inc. 4 y 163 inc. 6 del Cód. Proc.). A su turno, la actora desconoció las condiciones particulares y especiales del seguro. Dejando afuera de los posibles efectos de ese acto a todas aquellas que no aparecieran así tituladas. Las que quedaron, implícitamente reconocidas (fs. 99/vta.; arg. arts. 354 inc. 1 del Cód. Proc.). Luego, como las condiciones de la póliza básica del seguro obligatorio de responsabilidad civil, conteniendo el límite de la cobertura para el hecho de la acción legal autónoma del artículo 68 de la ley 24.449, no resultaron descubriendo, en la literalidad del texto de la póliza, su pertenencia explícita a ninguna de las categorías recusadas, a falta de todo comentario de la impugnante acerca de cómo es que debería considerárselas incluidas en las mismas, por defecto acabaron reconocidas (fs. 60 y vta.; arg. art. 354 inc. 1 del Cód. Proc.). En función de lo expuesto, dado que -según se ha fundamentado- aquella limitación prevista en el contrato de seguro, es oponible al tercero damnificado tanto como a quien se subroga en sus derechos, es consecuente que la acción intentada no podrá ser ejecutada contra el asegurador sino en los límites de aquellas pautas fijadas en la contratación. Esto es lo que marca una diferencia sustancial con el precedente de esta misma alzada 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 supuesto analizado- de ninguna manera traducía que el contrato de seguro contemplara condiciones mínimas para la cobertura de la referida obligación legal autónoma (causa 90057, sent. del 22/11/2016, ?Municipalidad de Pehuajó c/ Segurcoop Cooperativa de Seguros Ltda. s/ cobro sumario sumas de dinero', L. 45, Reg. 147).

3. Es discreto aclarar a esta altura, que dentro del escenario que trazan las consideraciones que preceden, no aparecen síntomas claros de un supuesto de inconstitucionalidad del anexo I de la resolución 38.066 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, tal como fue planteado por la actora y que obste a su aplicación si a la postre ese límite fuera rebasado por el importe de la condena, una vez liquidado (fs. 6/vta.1., 7/8, 152.B.a, 156/vta., 157/vta.). En efecto, por lo pronto si bien es cierto que el mencionado artículo 68 de la ley 24.449, no impone limitación alguna a la obligación legal autónoma, no lo es menos que, en su primer párrafo, delegó en la autoridad en materia aseguradora, o sea a la Superintendencia de Seguros de la Nación, el fijar las condiciones de ese seguro obligatorio que cubriera eventuales daños causados a terceros, transportados o no. Y es en virtud de esa delegación que la entidad señalada lo hizo, emitiendo la resolución 38.066 que en parte se impugna. Esa norma instauró un modelo genérico de póliza, con cuyas pautas mínimas se estaría abasteciendo la obligación legal autónoma del art. 68 párrafo 5° de la ley 24449. Y en ese cometido, en circunstancias donde la aseguradora habría de abonar esos costos dentro del plazo máximo de cinco días contados a partir de la acreditación del derecho al reclamo respectivo, sin opción de oponer ninguna defensa sustentada en la falta de responsabilidad del asegurado respecto del daño, el legislador optó por fijar un límite a esa responsabilidad. Con lo cual, ni imposibilitó a los contratantes pactar sumas mayores para cada rubro, tal que no surge de la mencionada norma que esa posibilidad estuviera proscripta, ni tampoco dejó vedado el camino para que tales erogaciones -en cuanto excedieran de ese límite- pudieran reclamarse a quien en definitiva resultara responsable o acaso también a la aseguradora que hubiera contraído, por un seguro contratado, la obligación de mantenerlo indemne (arg. art. 118 de la ley 17.418). Por manera que visto desde esta matiz, reglamentar el artículo 68 de la ley 24.449 por medio de esa norma, no comportó sino el ejercicio de facultades propias de otro poder, cuyo grado de acierto u error, mérito o conveniencia, no constituyen puntos sobre los cuales corresponda al Poder Judicial pronunciarse, en la medida en que no se advierta un ejercicio irrazonable, desproporcionado, inicuo o arbitrario de aquella potestad reglamentaria (arg. art. 28 de la Constitución Nacional; C.S., B. 952. XLII, sent. del 17/03/2009, ?Bankboston, Na c/ Gravano, Ariel Rodolfo y otro s/ ejecución hipotecaria, Fallos 332:373). Síntomas que no se advierten en la especie, al quedar a salvo la posibilidad que las pólizas fijen sumas mayores a las previstas en la resolución atacada e incluso, que quien afrontó los gastos necesarios para atender a la víctima pueda obtener el reintegro del responsable, pasando por la posibilidad de salvar la urgencia con una tutela provisional, acreditando en su caso lo que fuera menester. En tales condiciones, el margen de cobertura que se ataca no podría ser, por sí mismo, causa de un peligro para la vida o la salud como el que genéricamente describe la actora, ni de una desatención grave de los derechos que se adujeron afectados, a manera de lo referido por la actora (f. 7, primero a tercer párrafo). En fin, hay que recordar que la declaración de inconstitucionalidad de las leyes sólo tiene cabida como última ratio del orden jurídico, por lo que para su procedencia se requiere que el interesado demuestre acabadamente de qué manera la norma cuestionada contraría la Constitución causándole de ese modo un agravio. Lo que precisa de un sólido desarrollo argumental (S.C.B.A., 121209, sent. del 02/03/2017, ?B. ,J. J. y A. ,F. A. s/ Recurso extraordinario de inaplicabilidad de ley en causa n° 47.278 y su acum. 47.774 del Tribunal de Casación Penal, Sala I', en Juba sumario B72134). Para lo cual, no basta la mera manifestación de disconformidad del interesado, ni la cita de preceptos constitucionales, ni la alegación de supuestos perjuicios, que no se centran en situaciones de hecho que se apoyen en las probadas en la causa (fs. 7/vta., primero a tercer párrafo (A. 901. XXXVI, sent. del.10/05/2005, ?Andrada, Roberto Horacio y otros c/ Buenos Aires, Provincia de y otros s/ daños y perjuicios -incidente de beneficio de litigar sin gastos de Luis Alberto Andrada', Fallos 328:1416). Por ello, según fue planteada, la inconstitucionalidad de la resolución 38.066,

resultó carente de toda virtualidad. Tanto más, con la corrección para los montos previstos en la póliza, que se formula más adelante.

Hasta aquí la apelación no es próspera. 4. Tocante a los hechos, hay que indicar que, no obstante sus negativas iniciales, Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Ltda., no insistió en sus agravios con desconocer el siniestro, que la sentencia admitió virtualmente como acontecido, en tanto condenó a las aseguradoras demandadas a abonar los créditos pretendidos por la actora, imputados a las consecuencias de ese evento (fs. 119/126/vta.; arg. arts. 260 y 261 del Cód.Proc.). Con relación a la existencia de los gastos por los que reclama la municipalidad, desconocidos por la compañía, ésta puntualiza que las historias clínicas no los prueban, no hacen referencia al importe de los gastos o costos y no son instrumento público. Tampoco la factura proforma que en el mejor de los casos solo vale como oferta (f. 117 cuarto a octavo párrafos). Pues bien, en lo que atañe a esos documentos, si bien es cierto que no informan acerca de gastos específicamente, no lo es menos que constituyen la relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores, personales, como actuales, relativos a la atención que recibieron Daniel José Bianchi, Julieta Antonela Bianchi, Gisela Daiana Bianchi, Gladys Loyácono y Liliana Loyácono (éstas dos últimas por prácticas ambulatorias) en el Hospital Juan Carlos Aramburu de la localidad de Pehuajó, el mismo día del accidente. Por lo demás, la documentación que en copia se agregó a fojas 120/125, 128/136 y 139/145, 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. Se trata en su mayoría de formularios con el lema del hospital municipal. Lo cual deja margen para interpretar que a los originales reproducidos les alcanza la presunción de autenticidad, propia de los actos administrativos. Al menos, en la medida que -en este caso en particular- no vienen desmentidos por prueba en contrario, cuyo ofrecimiento bien pudo ofrecer la aseguradora, si tanto recelaba de esos elementos (arg. art. 12 de la ley 19.549; Rivera-Medina, 'Código Civil Comentado', pág. 495). En lo que atañe a las copias de facturas pro forma agregadas a fojas 118, 126 y 137, que describen y cotizan las prestaciones realizadas por el nosocomio para la atención de las personas mencionadas, llevan una firma y un sello que identifica a Manuela Soledad Pinto como administradora del Hospital J.C. Aramburu. Y están también certificadas por la misma funcionaria que hizo lo propio con la documentación recién indicada. Es decir que, no obstante el desconocimiento de que fueron objeto, no trasuntan menciones o defectos que alienten a pensar en su falsedad. Por el contrario, parecen legítimas (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 gastos de reparación cuando se trata de daños a un automotor, en cuanto a que si se impugnan los documentos y demás acreditaciones aportadas por el actor para determinar la extensión o cuantía de las composuras, 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 este tramo el recurso resulta infundado. 5. Con arreglo a lo definido y acreditado, habría que ceñir la condena por gastos sanatoriales comprendidos en la obligación autónoma, al límite previsto en el contrato de seguro: \$ 10.000 por persona. Reduciendo a esa cantidad la suma, originariamente reclamada por la comuna respecto a Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Ltda. (fs. 51/vta.7., último párrafo, 123/vta., 3, último párrafo). No obstante, una reflexión atinada revela que aquel importe contemplado en la cláusula 2.b de la póliza (f. 60), no pudo sino reflejar valores al tiempo de su emisión, o sea al 16 de abril de 2013 (f. 57). El fenómeno inflacionario desde esa fecha hasta la actualidad, es un hecho sobreviniente y notorio en nuestro país que un adecuado servicio de justicia 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 \$ 10.000 fijados la fecha mencionada, no guardan correspondencia con lo que esa misma cifra significa hoy (arg. art. 384 del Cod. Proc.). Por ello, para arribar a una composición justa de esta litis, contrarrestando la merma de poder adquisitivo de las sumas indicadas en la aludida cláusula 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 ajuste a tales directivas, parece discreto usar como parámetro de corrección la variable del salario mínimo, vital y móvil, partiendo del más próximo al 16 de julio de 2013, \$ 2.875 (Res. 02/2012 del CNEPYSMVYM, B.O. del 30/09/2012), lo cual permite determinar que en ese momento los \$ 10.000 equivalían a 3,48 de dichos salarios. En cambio hoy, con un valor de \$ 9.500 para ese salario esos 3,48 significan \$ 33.043,48 (Res. 3-E/2017 del CNEPYSMVYM, B.O. del 28/06/2017). Esta es la cifra, por persona, hasta la cual es posible hacer lugar al reclamo de la actora, teniendo presente los argumentos desarrollados en los puntos precedentes.. 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). O del derecho a ejercer la

subrogación contra quien resultara contractual o extracontractualmente responsable (fs. 60, cláusula 2.b). 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 \$ 3.000.000 como cantidad máxima por acontecimiento, queda claro que el alcance con que se fija la cobertura mínima para la obligación legal autónoma, 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 aquel, visiblemente superior al importe del crédito que aquí se admite (fs. 57/vta.).

5. Ahora bien, la suma de \$ 10.596,11, acreditadas para los gastos sanatoriales de Daniel José Bianchi -a cargo exclusivamente a Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Ltda.- y de \$10.139,30 -a cargo de la misma aseguradora en concurrencia con Orbis Compañía Argentina de Seguros S.A.-, correspondientes a los gastos por atención de los terceros transportados ya mencionados, fueron actualizados en la sentencia, desde la interposición de la demanda -30 de diciembre de 2015- hasta la fecha del fallo de primera instancia, emitido el 13 de diciembre de 2017 (fs. 123/vta. 3 y 3.1). La aseguradora reprocha, por un lado, que se haya relacionado el jus fijado según las pautas del decreto ley 8904/77 con el valor del jus según las pautas de la ley 14.967 y por el otro, que haya optado por esa variable y no por la del salario mínimo vital y móvil. Lo que no se controvierte es que la suma de la demanda se adecue al momento de la sentencia de primera instancia. En lo que atañe a lo primero, asiste razón al apelante. Toda vez que rompe la homogeneidad que debe existir entre las variables que se comparan para una recomposición adecuada de los montos, si se toma el valor del jus del artículo 9 del decreto ley 8904/77, que representa el uno por ciento de la remuneración total asignada al cargo de Juez Letrado de Primera Instancia de la Provincia de Buenos Aires, entendiéndose por tal la suma de todos aquellos rubros, sea cual fuere su denominación, -incluida la bonificación por antigüedad por el tiempo exigido por el artículo 178 de la Constitución Provincial-, cuya determinación no dependa de la situación particular del Magistrado, con el del artículo 9 de la ley 14967, que representa el uno por ciento de la remuneración total asignada por todo concepto al cargo de Juez de Primera Instancia de la Provincia de Buenos Aires, con quince años de antigüedad, exceptuados aquellos rubros que dependan de la situación particular del magistrado. Por ello, para adecuar las cifras indicadas, partiendo de que representan 26,69 jus y 25,53 jus, respectivamente, cabe tomar el jus del artículo 9 del decreto ley 8904/77 vigente a la fecha del fallo, equivalente a \$ 664 (Ac. 3871/2017). Con este procedimiento, las sumas que resultan son \$ 17.722,16 y \$ 16.951,92, respectivamente. Tocante a lo segundo, lo cierto es que el agravio es insuficiente, porque más allá de señalar que el juez se aparta del el salario mínimo vital y móvil, no deja expresado cual sería la diferencia a su favor que resultaría de aplicar esa pauta, frente a la que finalmente se adopta a los fines de ajustar la cantidad reclamada en la demanda, al tiempo de la sentencia (arg. art. 260 y 261 del Cód. Proc.). Por conclusión, se admite el agravio en la medida indicada, sin perjuicio de recordar que la aseguradora responderá frente a la pretensión de la actora basada en la obligación legal autónoma del artículo 68 de la ley 24.449, en la medida del seguro -readecuado como ha sido expuesto antes- o sea hasta la suma de \$ 33.043,48, imputables a gastos sanatoriales, por persona.

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 habrá de tomarse en cuenta, si al final, calculado el monto del reclamo sumando capital e intereses, por persona, superara ese rango. A salvo aquello que pudiera obtener por otra acción que aprecie legalmente arreglada al fin propuesto. Respecto de los intereses, en la demanda se pidió corrieran a partir de la mora, pero no se dijo concretamente en qué fecha la misma hubiera ocurrido (fs. 4.II, último párrafo; arts. 509 del Código Civil; arg. art. 886,887 y cocs. del Código Civil y Comercial; arg. art. 34 inc. 4 y 163 inc. 6 del Cód. Proc.). En cuanto a la aseguradora, pretende que se calculen tomando como fecha de arranque el momento en que cada gasto se efectuó y no como lo hizo la sentencia, a partir del hecho ilícito, seguramente pensando que efectuado con ese arranque el cálculo habrá de reportarle alguna ventaja (f. 153.d). Por ello, dada la imprecisión de la demanda y que no se trata de una obligación cuya fuente sea un acto ilícito, es discreto aceptar lo que la aseguradora postula y hacer correr los intereses previstos en el punto 5.a del fallo, desde la fecha en que se efectuó cada gasto, lo que deberá determinarse al tiempo de la liquidación (arg. art. 1748 del Código Civil y Comercial). En cuanto a la tasa, corriente desde la fecha de la sentencia hasta el efectivo pago, ha de ser la activa fijada en ese pronunciamiento. Pues fue la propuesta en la demanda y que no mereció resistencia oportuna por parte de la aseguradora al contestar la demanda. Por manera que su reclamo recién en los agravios resultó tardío (fs. 4.II, último párrafo, 52/vta. III.3., 73/78, 126.5, 153.d; arg. arts. 34 inc. 4, 163 inc. 6, 272 y concs. del Cód. Proc.).

ASI LO VOTO. A LA MISMA CUESTION EL JUEZ SOSA DIJO: Que por compartir sus fundamentos, adhiere al voto que antecede. A LA MISMA CUESTION LA JUEZA SCELZO DIJO: Que por compartir sus fundamentos adhiere al voto emitido en primer término. A LA SEGUNDA CUESTION EL JUEZ LETTIERI DIJO: Orbis Compañía Argentina de Seguros S.A., concretó sus agravios contra la sentencia de primera instancia, resumida en su parte dispositiva al tratarse la cuestión precedente, en que: (a) debió haber limitado el monto de condena al importe fijado por la Superintendencia de Seguros para la obligación legal autónoma por gastos sanatoriales, en virtud de ejercer una acción directa en sustitución del asegurado; (b) a la fecha

de la emisión de la póliza se encontraba en vigencia la resolución 38066, que fijó como monto de la obligación legal autónoma por gastos sanatoriales la de \$ 15.000. Ahora bien, en primer lugar hay que poner en evidencia que la resolución 38066 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, lo que hizo fue aprobar el SO-RC 2.1, Póliza básica del seguro obligatorio de responsabilidad civil, artículo 68 de la ley 24.449, que obra en su Anexo I y que pasaría a formar parte del clausulado único dispuesto en el artículo 23.6.a) de la resolución 21.523 en reemplazo del oportunamente aprobado. O sea dispuso los términos de la póliza referida a las aseguradoras que otorgaren la cobertura mínima requerida por el artículo 68 de la Ley de Tránsito y Seguridad Vial N° 24.449. Y desde ya que no se ha probado, ni se deduce de la lectura de la resolución comentada ni del anexo I, que los importes allí destinados a cubrir los gastos de pago inmediato, no puedan ser superados por otros mayores, convenidos por las partes del contrato de seguro. Ciertamente, el texto de la reglamentación no rinde para inferir ello (.causa 90057, sent. del 22/11/2016, 'Municipalidad de Pehuajó c/ Segurcoop Cooperativa de Seguros Ltda. s/ cobro sumario, Sumas de dinero', L. 45, R.147). Esa obligación de reembolso 'se cubre' con las cantidades previstas en el punto b de la cláusula 2 del anexo I a la mencionada resolución 38066 (\$ 15.000 por gastos sanatoriales y \$ 8.000 por gastos de sepelio), pero que 'se cubra' con esas cantidades no quiere decir que no pueda cubrirse con otras mayores si así lo pactaran las partes en el contrato de seguro (voto del juez Sosa en el precedente mencionado). En segundo lugar, en paralelo con lo anterior, el otro factor significativo que rima casi a la perfección, es que en este proceso la aseguradora demandada dijo que en el hipotético caso que se la condenara, debería responder dentro del límite de cobertura previsto por la póliza de seguro contratada, que surgiría de la pericial contable a realizarse en autos (f. 91.IV). Pero ni aportó la póliza al juicio ni produjo la pericial contable prometida, de la cual debería resultar ese límite de la cobertura que marcaría el alcance de su responsabilidad en el caso. Para mejor decir, esta demandada de ninguna manera logró acreditar que el contrato de seguro entre ella y su asegurado, haya contemplado las condiciones mínimas que se entendieron fijadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación, para los dispendios de pago anticipado que manda atender el artículo 68 de la ley 24.449. Tampoco dijo cuál era ese límite, ni invocó siquiera -en la oportunidad de exponer su defensa- que de alguna manera la resolución 38066, que evoca recién en los agravios, pudiera aplicarse en su favor. En fin, con lo expuesto quedan resueltas las cuestiones sometidas a decisión por la apelante, teniendo en cuenta los términos en que quedó articulada la relación procesal, la pretensión que formó el contenido de la disputa y el contenido de los agravios, que no alcanzan para fundar restricción que se postula, ni para refutar la condena determinada en la sentencia (arg. arts. 260 y 261 del Cód. Proc.).

VOTO POR LA NEGATIVA. A LA MISMA CUESTION EL JUEZ SOSA DIJO: Que adhiere al voto que antecede. **A LA MISMA CUESTION LA JUEZA SCELZO DIJO:** Que adhiere al voto emitido en primer término al ser votada esta cuestión. **A LA TERCERA CUESTION EL JUEZ LETTIERI DIJO:** Corresponde: a. Estimar parcialmente la apelación de foja 135 fijando en \$17.722,16 la suma por la que deberá responder Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Ltda. por gastos sanatoriales de Daniel José Bianchi y \$16.951 la suma por la que deberán responder aquella aseguradora en concurrencia con Orbis Compañía Argentina de Seguros S.A. por gastos sanatoriales de los terceros transportados mencionados en el punto 4 del voto que abre el acuerdo, con un límite hasta el cual deberá responder la aseguradora de \$33.043,48, sin perjuicio de la mayor responsabilidad que eventualmente tuviere que asumir aquélla en el proceso que se entablare como consecuencia del siniestro narrado en demanda; con más sus intereses, calculados del modo previsto en el punto 5 de la sentencia inicial, desde la fecha en que cada gasto fue efectuado, lo que deberá determinarse al tiempo de practicarse la liquidación respectiva. Cargar las costas de esta instancia derivadas de este recurso en un 50% a cargo de cada una de las partes (arg. art. 68 2º párr. Cód. Proc.). b. Desestimar la apelación de foja 137, con costas a la parte apelante vencida. c. Diferir la regulación de honorarios (arts. 31 y 51 ley 14967).

TAL MI VOTO. A LA MISMA CUESTION EL JUEZ SOSA DIJO: Que adhiere al voto que antecede. **A LA MISMA CUESTION LA JUEZA SCELZO 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:** a. Estimar parcialmente la apelación de foja 135 fijando en \$17.722,16 la suma por la que deberá responder Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Ltda. por gastos sanatoriales de Daniel José Bianchi y \$16.951 la suma por la que deberán responder aquella aseguradora en concurrencia con Orbis Compañía Argentina de Seguros S.A. por gastos sanatoriales de los terceros transportados mencionados en el punto 4 del voto que abre el acuerdo, con un límite hasta el cual deberá responder la aseguradora de \$33.043,48, sin perjuicio de la mayor responsabilidad que eventualmente tuviere que asumir aquélla en el proceso que se entablare como consecuencia del siniestro narrado en demanda; con más sus intereses, calculados del modo previsto en el punto 5 de la sentencia inicial, desde la fecha en que cada gasto fue efectuado, lo que deberá determinarse al tiempo de practicarse la liquidación respectiva. Cargar las costas de esta instancia derivadas de este recurso en un 50% a cargo de cada una de las partes. b. Desestimar la apelación de foja 137, con costas a la parte apelante vencida. c. Diferir la regulación de honorarios. Regístrese. Notifíquese según corresponda (arts. 133, 135 inc. 12 y 249 últ. párr. CPCC). Hecho, devuélvase.

036097E