

## Cobro De Pesos

### JURISPRUDENCIA

### Cobro de pesos

En el marco de un juicio por cobro de pesos,

se rechaza el recurso interpuesto y se confirma la sentencia que admitió la demanda interpuesta contra el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, condenando a este al pago de cierta suma. En General Roca, Río Negro, a los 7 días de febrero de dos mil diecinueve se reúnen en Acuerdo los señores jueces de la Cámara Federal de Apelaciones con asiento en esta ciudad para dictar sentencia en los autos del epígrafe, conforme con el orden de asignación previamente establecido. El doctor Mariano Roberto Lozano dijo: I. La sentencia de fs.752/755 admitió la demanda interpuesta por la Federación Médica de Río Negro contra el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, condenando a éste al pago de la suma de \$5.784.066,38 con más intereses, calculados según la tasa activa que para las operaciones de descuento de documentos percibe el BNA, y las costas del proceso. Para decidir de ese modo el a quo tuvo por probado que entre los años 2011 y 2013 los profesionales de la salud nucleados en Federación Médica de Río Negro brindaron servicios de esa naturaleza a los afiliados del PAMI, en el marco del convenio que vinculaba por aquel entonces a los aquí contendientes, y que en ese contexto quedaron sin cancelar cuarenta y cuatro facturas en las que se liquidaron algunas de esas prestaciones. Así lo resolvió en primer lugar tras entender, por un lado, que según el convenio del 2009 la atención a veteranos de guerra -rechazada por la demandada con apoyo en lo previsto en los sucesivos acuerdos que suscribió con la Federación- estuvo excluida únicamente en lo que concernió a las prácticas definidas en el Nivel I más no en las restantes, conclusión que quedó refrendada por el hecho de que en diversas oportunidades se cancelaron, sin objeción, servicios prestados a personas de esa condición. Agregó que si bien en el acta acuerdo del año 2010 la exclusión de la atención a los veteranos de guerra no se limitó a las prestaciones del Nivel I, lo cierto era que el PAMI no había impugnado las liquidaciones de la Federación mediante el procedimiento administrativo previsto al efecto, con la debida participación de ésta, circunstancia que sumada al hecho de que la atención médica no había sido negada determinaba que debía admitirse esta porción de la demanda pues lo contrario conduciría al enriquecimiento ilícito (sic) de la demandada. En segundo término, con relación a la facturación de adicionales a las cÁPITAS y prácticas convenidas, sostuvo el a quo que la expresa previsión en el acta del año 2010 de ir evaluando la incorporación de servicios no nomenclados y la necesidad de atender a los afiliados en tránsito no empadronados en la provincia ampliaba el ámbito objetivo y subjetivo de cobertura, lo que de ese modo no podía quedar fuera de las obligaciones a cargo de la accionada; reiterando que verlo de otro modo llevaría al enriquecimiento ilegítimo de esta parte. En tercer lugar se refirió el señor juez a ciertas facturas que presentó la Federación en consonancia con el nomenclador vigente y que el PAMI ni siquiera registró, concluyendo que si tampoco fueron repudiadas según el trámite administrativo previsto al efecto esta porción de la demanda también debía ser admitida pues de lo contrario -afirmó- ¿la falta de conducta del PAMI, la garantizada auditoría de las facturas presentadas según cláusula, es decir un llano incumplimiento contractual, resultaría en una vía suficiente para consolidar un enriquecimiento ilícito?. Continuó el magistrado analizando la procedencia de lo facturado como ¿excedente al techo presupuestario inicial (TPI)?, concluyendo que también debía admitirse esta parte de la demanda pues, sostuvo, no solo la posibilidad de cobrar esos rubros estaba expresamente contemplada en el convenio del 2009 sino que en varias oportunidades fueron pagadas a la Federación sumas de dinero por ese concepto. Con relación a lo facturado por servicios prestados entre junio de 2012 y mayo de 2013 -es decir, luego de que el PAMI comunicase a la Federación la extinción del vínculo que las ligaba- el a quo también lo admitió argumentando que la prórroga no solo fue convenida por las partes en julio de 2012 sino que, además, fue la propia regulación dictada por el PAMI -res.284/05- la que impuso a la actora el mantenimiento de la cobertura hasta tanto se le anoticiase la elección de un nuevo prestador. Por último la sentencia desestimó un pedido del PAMI, hecho en el alegato, para que se considerase que de la pericia contable surgía la existencia de un crédito a su favor en concepto de ¿reintegro, multas y débitos?, razonando el magistrado, para expedirse de ese modo, que el hecho no podía ser valorado pues no había sido objeto de reconvención ni de alegación en la contestación de la demanda, a lo que sumó que del mismo informe pericial surgía la endeblez de la prueba señalada para sostener ese argumento. Impuso las costas a la demandada, reguló los honorarios de los letrados y perito contador intervinientes, y a fs.758 dictó una providencia aclaratoria de la sentencia para fijar el dies a quo de los intereses moratorios. II. Contra esa decisión, y su aclaratoria, se alzó la demandada a fs.756 y 759, expresando los agravios de fs.763/767 que fueron contestados a fs.770/773 por la actora. El perito contador, por su parte, apeló a fs.760, por bajos, los honorarios que le fueron regulados. III. En su primer agravio la demandada atacó el aval dado en la sentencia a la pretensión de la accionante de que le fuesen pagados los servicios que prestó a los veteranos de guerra. Concretamente se quejó de que en el fallo se afirmase que los convenios del 2009 y 2010 excluían del universo de personas a ser atendidas por los médicos federados a

estos beneficiarios y, al mismo tiempo, se le reprochase no haber seguido el procedimiento impugnatorio para invalidar facturas que, en esas condiciones, ¿son de nulidad absoluta?. En igual sentido agregó que ¿el juez en forma parcial intenta invertir la carga de la prueba a la actora al imponer la falta de impugnación en debida forma de algo que desde su génesis es improcedente?, y que ¿si las prestaciones a favor de los veteranos de guerra están excluidas por contrato no merece análisis posterior, debiendo ser decretadas nulas e inexistentes, o al menos para el caso concreto inexigibles? (el subrayado es del original). Ahora bien, lo primero a señalar es que la recurrente ha confundido lo que son los argumentos o razones por las cuales a su entender correspondía impugnar lo que se le facturó por servicios prestados a veteranos de guerra, del mecanismo administrativo previsto para manifestar esa disconformidad. En efecto, fue la inobservancia de ese procedimiento -hecho no negado por la demandada- que prevé plazos y un ámbito de participación del prestador que pretende el pago, y las consecuencias que acarrea esa omisión -esto es, la conformidad con lo facturado- lo que le achacó y valoró en su contra el a quo, sin que en los agravios se dijese nada relevante para demostrar que ese razonamiento está equivocado. Tampoco explicó la accionada porqué supone errada la afirmación del sentenciante de que la exclusión de estos beneficiarios -me refiero a los veteranos de guerra- no era absoluta, ni expuso las razones por las que debe desecharse el alcance que se dio en la sentencia al hecho de que en ocasiones anteriores se hubiesen pagado sin oposición servicios prestados a personas de esa condición, ni mucho menos -lo que en mi opinión es absolutamente lapidario para la suerte del agravio- abordó un argumento medular del fallo apelado -que sirve para dar respuesta a este agravio y, como se verá, también a los restantes- que es el siguiente: si se atendió a una persona que se supone requería de una asistencia médica que debía garantizarle el PAMI -pues ni la necesidad de atención de los veteranos de guerra ni la condición que tenían de afiliados a ese organismo ha sido desconocida- negar la cancelación de ese servicio a quien lo prestó implicaría un enriquecimiento sin causa de la demandada que es la persona que, en definitiva, debía cargar con el costo de esa cobertura, la brindase quien la brindase. En efecto, está claro -más allá de cualquier otra consideración- que se presentan todos los elementos a los que está supeditada la configuración de esa causa fuente de obligaciones: a) un empobrecimiento de quien se dice acreedor -entendido en este caso como el no ingreso de dinero, por servicios efectivamente prestados sin la intención de efectuar una liberalidad-, b) un enriquecimiento de la parte sindicada como deudora -configurado aquí por el ahorro producto del goce de servicios por los que no se pagó y que tienen un precio en el mercado-, y c) una directa relación entre el empobrecimiento y el enriquecimiento, es decir, en el tránsito económico de un patrimonio a otro sin una razón de derecho que lo justifique; fenómenos que en su conjunto habilitan el ejercicio de la que se conoce como acción de in rem verso (acción sobre el provecho obtenido) cuyo objeto no es otro que el de re establecer el equilibrio o equidad patrimonial perdidos. Se trata ésta (me refiero a la máxima según la cual nadie puede enriquecerse a expensas de otro sin una regla de derecho que lo explique) de la aplicación de ¿un principio fundamental del derecho en su total comprensión? que ya era reconocido en el Digesto (Conf. ¿Código Civil y Comercial Comentado, Tratado Exegético?, Dir. Jorge H. Alterini, Tº VIII, pág.521 y sigs.) y que hoy cuenta con expresa consagración legislativa en el art.1794 del CCC. Mi propuesta, entonces, es la de desestimar el agravio. En su segunda queja se refirió la recurrente a los servicios prestados por los médicos federados luego de junio de 2012; es decir, después de que el PAMI anoticiase a la Federación que el vínculo quedaba rescindido. Argumentó que el hecho de que en la misma carta documento en que se notificó tal decisión se invitase a entablar tratativas para negociar un nuevo convenio no otorgó derecho a seguir atendiendo a los afiliados del PAMI, de modo que -postuló- la continuidad de esa faena y su posterior facturación revela la ¿mala fe y pluspetición inexcusable? de la accionante. En apoyo de esa afirmación agregó que oportunamente, al contestar la demanda, desconoció e impugnó la validez del acta acuerdo del 25 de julio de 2012 que el a quo valoró para justificar la supervivencia de la relación; para finalizar pidiendo que se tuviese en cuenta que del informe pericial contable surgía que se habían facturado prácticas fuera de convenio. Pienso que este agravio tampoco debería prosperar. Es que nuevamente ha quedado sin reproche -y por eso luce incólume- el argumento medular de la sentencia al que antes hice referencia y que aquí cabe reiterar: si se brindó un servicio médico a personas afiliadas al PAMI que ésta les debía garantizar -y más allá de si la actora estaba o no obligada a seguir atendiendo a esos beneficiarios luego de la rescisión del vínculo que ligaba a los aquí contendientes- no puede válidamente dicho organismo pretender desentenderse de pagar por esas prestaciones pues ello llevaría a convalidar su enriquecimiento sin causa. Llegado a este punto, y para dar respuesta al agravio en el que se sostiene que la actora obró de mala fe al mantener la atención luego de que se extinguiese su vínculo con la demandada, pienso que una sencilla -pero contundente- observación servirá para dejar en evidencia la sinrazón de ese postulado. Me pregunto: En esas condiciones ¿qué pensaba hacer entonces el PAMI con sus afiliados urgidos de contar con asistencia médica? (recordemos que en su mayoría son jubilados -es decir adultos mayores-, a los que se suman beneficiarios de planes sociales y también personas portadoras de alguna discapacidad, entre otros). ¿Está sosteniendo, acaso -y pretende convencer de ello- que sus afiliados debían y podían quedar librados a su suerte? Cuesta creer que haya sido esa la solución -lisa y llanamente el abandono- que diagramó para salir de la emergencia. Antes bien, lo razonable es que procuró lo contrario -que la Federación no interrumpiese la cobertura- de manera que el

desconocimiento del acta de julio de 2012 en que la entidad que nuclea a los médicos rionegrinos asumió ese compromiso no parece ser más que una endeble estrategia destinada a torcer la suerte de una decisión que no tenía otro destino que el serle adversa. En suma, esta porción del recurso también debería ser rechazada. En el tercer agravio la apelante se quejó de que el sentenciante no considerase que del informe pericial contable surge la existencia de un saldo a su favor de \$4.475.984,70. En tal sentido, postuló que el propio perito experto contador...determina una suma que el Instituto abonó a la demandada, suma que deber ser ingresada al conflicto y tomarla con la seriedad y responsabilidad que el caso amerita?, proponiendo que se cite a ese profesional para que brinde las aclaraciones y explicaciones pertinentes acerca de dicho saldo positivo?. Lo primero por decir es que la queja se desentiende por completo de las conclusiones del fallo en cuanto a los alcances que otorgó a las afirmaciones del experto contable, en el sentido de que su aseveración -hecha a fs.681 en respuesta a un punto de pericia propuesto por la demandada para que el perito se expidiese sobre otro dato de interés para la causa?, y la aclaración posterior de fs.721/722- de que de los registros del PAMI surgiría un saldo a su favor carecía de suficiente respaldo documental. Pero más allá de ello, lo que a mi modo de ver resulta determinante para inclinarme por la desestimación de esta porción de la apelación es que tampoco dijo nada para demostrar porqué es equivocada la conclusión del a quo en el sentido de que sin alegación oportuna al contestar la demanda (oponiendo la defensa correspondiente o reconviniendo, según el caso) de que el PAMI había pagado parte de los servicios que ahora se le pretenden cobrar, y/o de que era acreedor de la Federación por sumas de dinero que podían compensarse en alguna proporción con lo aquí demandado, tales eventos, aun cuando fuesen ciertos -lo que fue desestimado en la sentencia-, no podían ser considerados. Lo veo del mismo modo y, por esa razón, propongo al Acuerdo la desestimación de este agravio también. De igual manera debería desestimarse el cuarto y último agravio -en el que el recurrente se quejó de la tasa de interés moratorio con la que el a quo ordenó incrementar el capital de condena- pues nada de lo dicho es suficiente para modificar el bien consolidado criterio que este cuerpo viene reiterando desde el antecedente ?GODOY, Juan José c/ Agua y Energía Eléctrica S.A. s/ Accidente de Trabajo? (sent.def.71/96), coincidente con el expuesto en la sentencia apelada, según el cual cuando se trata de ejercer la facultad que la ley de fondo otorga a los jueces para establecer la tasa de interés moratorio que devengan las obligaciones de dar sumas de dinero debe optarse por la activa que emplea el Banco de la Nación Argentina. En cuanto a la queja dirigida a atacar la providencia aclaratoria de fs.758 -en la que el a quo estableció momentos distintos para el comienzo del cómputo de los intereses según se tratase de facturas sometidas a auditoría, a la postre aprobadas o no, por un lado, y por el otro a las que no fueron revisadas en ese trámite administrativo de validación- veo que el apelante no se alzó contra esa pauta de discriminación sino que ciñó su agravio a lo que, postuló, es la imposibilidad práctica de conducirse según esa directiva pues, desde su óptica, no está claro, o al menos no surge del informe pericial contable, cuáles de las 44 facturas aquí reconocidas caen en uno y otro supuesto. Esa indeterminación -dijo- hará imposible hacer la liquidación o que se la lleve a cabo de manera arbitraria y antijurídica?. Mi opinión es que por el momento el agravio es meramente conjetural pues a esta altura no es posible saber si en la etapa de liquidación será o no posible determinar qué trato dar a cada una de las 44 facturas que aquí se ordenó pagar, de acuerdo a la categorización que hizo el señor juez de la instancia anterior, ni mucho menos es viable aventurar si la decisión que al respecto se adopte, de haber controversia, será o no arbitraria. En estos términos propongo al Acuerdo la desestimación de este agravio también. IV. De admitirse mi propuesta debería rechazarse íntegramente el recurso de la demandada e imponerse las costas de la alzada a dicha parte por el principio objetivo de la derrota (art.68 del CPCC). En esa hipótesis los honorarios en la sede deberían regularse en un ...% para el apoderado de la actora y en un ...% para los de la demandada recurrente, en ambos casos calculados sobre lo que se les reguló por los trabajos de la instancia anterior (art.14 de la ley 21.839). V. Resta atender el recurso arancelario del perito contador quien postuló, sin añadir la fundamentación facultativa (art.244 del CPCC), que lo que se le reguló por su informe de fs.674/681 y explicaciones de fs.717/722 es exiguo. Pues bien, si se parte de la regla según la cual los honorarios de los auxiliares de la justicia deben adecuarse a los de los profesionales letrados, cuantificándolos, inclusive y de ser necesario, por debajo de los mínimos que establecen los aranceles respectivos (conf.art.478 CPCC), el 2 % del monto de la liquidación definitiva que se reguló al perito Contador Ignacio Scherger por aquellas faenas de ningún modo puede considerarse exiguo. Propongo al Acuerdo, entonces, desestimar el remedio arancelario, sin costas pues no hubo fundamentación del recurso (Conf. criterio expuesto en ?Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social c/ Buenaike Servicios S.R.L. s/ ejecución fiscal - Ministerio De Trabajo?, FGR6206/2014/CA1, sent.int.C509/2016 del 25 de octubre de 2016). El doctor Richar Fernando Gallego dijo: Comparto las conclusiones del voto que antecede y, en consecuencia, me pronuncio del mismo modo. El doctor Ricardo Guido Barreiro dijo: Adhiero a las conclusiones del primer voto y, en consecuencia, me expido en igual sentido. En virtud del acuerdo que antecede, EL TRIBUNAL RESUELVE: I. Rechazar, con costas, el recurso de apelación interpuesto por la demandada a fs.756 y 759; II. Rechazar, sin costas, el recurso arancelario de fs.760; III. Regular los honorarios de los letrados por la actuación ante esta alzada del modo establecido en el apartado IV. del primer voto; IV. Registrar, notificar, publicar y, oportunamente, devolver. Con lo que se dio por finalizado el

Acuerdo, firmando los señores magistrados por ante mí, Secretaria autorizante, que doy fe.

Fecha de firma: 07/02/2019

Alta en sistema: 12/02/2019 Firmado por: MARIANO ROBERTO LOZANO, JUEZ DE CAMARA Firmado por: RICAR

FERNANDO GALLEGO, JUEZ DE CAMARA Firmado por: RICARDO GUIDO BARREIRO, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: ELIANA BALLADINI, Secretaria de cámara

036934E