

Poder Judicial de la Nación

**TEVEZ, GRACIELA MONICA c/ CAJA DE SEGUROS S.A.
s/ORDINARIO**

Expediente N° 22766/2017/CA1

Juzgado N° 30

Secretaría N° 60

Buenos Aires, 28 de junio de 2018.

Y Vistos:

I. Viene apelada por la demandada la sentencia de fs. 88.

El memorial recursivo obra a fs. 95/6 y fue contestado 98/9.

II. La apelante cuestiona el rechazo de la excepción de prescripción.

A juicio de la Sala, el recurso no puede prosperar.

Ello así, puesto que aun en el supuesto caso que se admitiese aplicable el plazo anual de prescripción liberatoria contenido en el art. 58 de la ley 17.418, lo cierto es que, de todos modos, el referido intervalo de tiempo no podría entenderse consumido al momento de interponerse la presente demanda.

La demandante invocó ser beneficiaria de un seguro de vida colectivo por haberse desempeñado en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Alegó que, producido el cese laboral, y en virtud del deterioro de su salud, había quedado en situación de no poder ejercer actividad remunerada, sea en forma autónoma o en relación de dependencia, por lo cual reclamó el beneficio indemnizatorio.

Explicó haber denunciado el siniestro el 11.1.17 en las oficinas que la aseguradora tiene en dependencias del citado lugar de trabajo y que, ante el silencio de aquélla, le había dirigido una intimación el 15.5.17, luego de lo cual la compañía rechazó el siniestro el 23.5.17.

Hay que partir de la siguiente premisa: el punto de partida de la prescripción en estos casos no tiene ninguna relación con el cese del contrato de trabajo, sino que, cuando –como debe tenerse por sucedido en la especie– se comprueba que la incapacidad se produjo mientras el contrato de seguro se encontraba vigente, lo relevante será determinar cuándo el asegurado tomó



conocimiento **cierto** de su invalidez, desde que es ese el momento a partir del cual nace su posibilidad de hacer valer judicialmente su derecho (esta Sala, 17.12.15, en “*Herrera, Héctor Alberto y otro c/Caja de Seguros S.A. s/ordinario*”, y jurisprudencia allí citada).

La Sala remite aquí a lo dicho precedentemente a fin de no incurrir en reiteraciones, pero vale destacar que aquel razonamiento no es sino derivación de las bases sobre las que se funda la prescripción, en tanto instituto que se asienta sobre la idea del desinterés demostrado por el titular de la acción (Llambías, Jorge Joaquín, *Tratado de Derecho Civil, Parte general*, Perrot, Bs. As., 1975, t. II, p. 679).

Desde tal perspectiva, como se recordó en ese fallo, sólo a partir del momento en que el asegurado toma conocimiento de la invalidez total y permanente que lo aqueja, acaecida del modo contractualmente previsto, aparece configurado a su respecto el ‘siniestro’ que torna exigible la prestación.

En el caso que ahora concita nuestra atención, obvio es que el siniestro alegado no podía entenderse acreditado (ni, por ende, conocido por parte de la aquí accionante) sino hasta tanto esta última recibiera de un médico un diagnóstico que diera cuenta de que se hallaba incurso en tal situación.

Esa eficacia debe atribuirse, a falta de otra prueba –y, a falta también, de toda otra que la desvirtúe-, al diagnóstico profesional plasmado en el informe médico pericial del 26.10.16, el que fuera en su momento adjuntado a la solicitud de beneficio del 11.1.17 (v. fs. 8/10 y fs. 33), diagnóstico que dio cuenta de que pesaban sobre la actora incapacidades funcionales totales, permanentes e irreversibles.

Aun si se partiera del plazo de prescripción de un año desde esa fecha, la prescripción no hubiera operado en el caso.

Debe computarse la eficacia de la mediación, que suspendió el curso de la prescripción desde el 8.6.17 (v. acta de fs. 3), debiéndose retomar el cómputo por lo menos a partir del 29.6.17, en los términos del art. 18 de la ley 26589, restando a partir de entonces más de cinco meses del plazo que había quedado suspendido.

Desde el 29.6.17 hasta la fecha de la demanda (27.10.17) transcurrieron

cinco meses, pero lo definitorio es que a esta última fecha aún restaba un lapso



Poder Judicial de la Nación

para que la acción prescribiera (ello hubiera ocurrido en enero de 2018), siendo forzoso concluir en el sentido anticipado.

No se ignora que la demandada ha desconocido la eficacia de la denuncia del 11.1.17 ni tampoco que ella sostiene que recibió la denuncia el 22.5.17.

Sin embargo, ese argumento no es aplicable a este tramo de la relación: si el conocimiento cierto de la incapacidad por parte del asegurado es el hito que provoca el comienzo del curso de la prescripción, es irrelevante a estos efectos la fecha en que la solicitud de cobertura haya sido recibida por la aseguradora, sin perjuicio de la incidencia que a esta última cuestión pudiere atribuírsele a otros efectos, en caso de corresponder.

III. Por ello, se RESUELVE: rechazar la apelación, con costas (art. 68, 1er. párr., del código procesal).

Notifíquese por Secretaría.

Oportunamente, cúmplase con la comunicación ordenada por el art. 4to. de la Acordada de la Excma. Corte Suprema de Justicia de la Nación 15/13, del 21.5.13.

Hecho, devuélvase al juzgado de primera instancia con la documentación en vista.

Firman los suscriptos por encontrarse vacante la vocalía n° 8 (conf. art. 109 RJN).

EDUARDO R. MACHIN

JULIA VILLANUEVA

RAFAEL F. BRUNO
SECRETARIO DE CÁMARA

USO OFICIAL

