INTERPONE RECURSO DE QUEJA.-

Excma. Corte Suprema de Justicia de la Nación:

Guillermo Alejandro Ortíz Guiñazú, abogado, T° 51 – F° 659, CPACF, apoderado del actor, sra. Jara Julia Ester, constituyendo domicilio electrónico en 20140854474, con el patrocinio letrado de la Dra. Cintia Cardoso Zelada, abogada, T° 120 – F° 826, matrícula federal, y procesal en Avda. Santa Fe 2564 – Piso 10 "A" de Capital Federal, ante V.E. respetuosamente me presento y digo:

1.- EXORDIO

Que tal como lo acredito con poder apud – acta, que en formado PDF se adjunta, soy apoderado de la sra. Jara Julia Ester y con el patrocinio letrado de la Dra. Cintia Zelada Cardoso, venimos por la presente, en legal tiempo y forma, a interponer formal recurso de queja por denegación del recurso extraordinario federal interpuesto contra la sentencia dictada por el Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén con fecha 7 de diciembre año 2023, en los autos caratulados: "**JARA JULIA ESTER c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expediente N° 39592- Año 2018)**, el que fuera denegado por resolución interlocutoria n° 341 de fecha 5 de Junio año 2024, notificada electrónicamente a esta parte con fecha 05/06/2024.

2.- CONDICIONES FORMALES DE ADMISIBILIDAD

Se interpone la presente contra la resolución interlocutoria n° 341 del Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén dictada con fecha 05/06/2024. Se adjunta en formato PDF con la presente: 1) Poder Apud – Acta; 2) Sentencia del Juzgado de Primera Instancia en lo Civil, Comercial, Laboral, Minería y Juicios Ejecutivos de la III Circunscripción Judicial con asiento en la localidad de Zapala de fecha 03/02/2021; 3) Acuerdo de la Sala II de la Cámara

Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, de Minería y Familia con competencia en la II, III, IV y V Circunscripciones Judiciales con asiento en la ciudad de Zapala, Provincia de Neuquén de fecha 09/06/2021; 4) Recurso Extraordinario de Casación por Inaplicabilidad de Ley; 5) Resolución Interlocutoria N° 223/2021 del Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén; 6) Acuerdo N° 21 de fecha 07/12/2023 del Tribunal Superior de Justicia de Neuquén; 7) Recurso Extraordinario Federal; 8) Contestación del traslado del Recurso Extraordinario Federal; 9) Resolución denegatoria del Recurso Extraordinario Federal de fecha 05/06/2024.

3.- <u>CRÍTICA DE LA SENTENCIA APELADA</u>

3.1 <u>ANTECEDENTES</u>

Se hace saber a los Señores Jueces que conforman la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que se hará un relato claro y preciso de las circunstancias relevantes de la causa que conllevan a esta parte a interponer el presente recurso de queja por denegación del recurso extraordinario federal, donde lo que se encuentra en crisis es si una cláusula de una póliza de seguro colectivo de vida adicional donde se excluye expresamente la afección psicológica/ psiquiátrica de la incapacidad total de la consumidora puede imponerse al bloque de derecho constitucional, convencional, consumeril y normas del código civil y comercial que protegen los derechos de la consumidora/trabajadora/minusválida.

Así vemos, que en las presentes actuaciones, la parte actora promovió demanda por la vía del proceso sumarísimo contra Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. con apoyo en la Constitución Nacional, Tratados Internacionales, Leyes 921 (Procedimiento Laboral en la Provincia de Neuquén), 24.240 (Ley Defensa del Consumidor) su modificatoria 26.361, 26.994 (Código Civil y Comercial de la Nación), a los fines de poder cobrar el seguro de vida colectivo en sus modalidades obligatorio y adicional, que su empleadora (Ente Provincial de Termas de la Provincia de Neuquén), en su carácter de tomadora, contrato con la aseguradora Sancor, toda vez que padecía una incapacidad psicofísica del 72,38% de la T.O. conforme informe médico previsional confeccionado por

el Dr. Alejandro Gonzalez, médico especialista en medicina del trabajo. Pone de manifiesto que dentro de las afecciones padece síndrome depresivo mayor, lo que la hace totalmente inestable emocionalmente, con crisis de angustias recurrente y ansiedad, indica que es poseedora de un certificado de discapacidad otorgado por el Jucaid cuyo diagnóstico son episodios depresivos graves con síntomas psicóticos, cuya validez es hasta el día 30/05/2027. Indica el galeno que dichas patologías son irreversibles y progresivas, impidiéndole realizar cualquier actividad remunerativa en relación de dependencia o por su cuenta, toda vez que sus dolencias la incapacitan total y absolutamente para el desempeño de sus tareas laborales como personal de maestranza de su empleadora. Se afirmó que jamás se le entregó póliza, pese a que la cláusula 11 obliga a la demandada a hacer entrega de un certificado individual, donde se establecen los derechos y obligaciones de las partes, dicha carga se encuentra impuesta en el art. 25.3.1. de la resolución n° 33.463 correspondiente a la Superintendencia de Seguros de la Nación. Lo único que se le entregó fue una solicitud de seguro de vida colectivo obligatorio y optativo de fecha 16/01/2017. Es decir, que la aseguradora no cumplió con su deber de información, deber que nace de las normas de protección de los derechos del consumidor, siendo dicho incumplimiento determinante en aras de resolver la efectiva cobertura asegurativa, es que la parte profesional debe informar a la consumidora en forma amplia, detallada, cierta y eficaz (art. 42 C.N.). Se indicó que la naturaleza contractual consiste en un contrato por adhesión a cláusulas predispuestas por la aseguradora, tratándose de cláusulas impuestas, en situaciones de duda deben decidirse en favor del adherido, debido al carácter tuitivo y de promoción social de los seguros en juicio. Se opuso a toda cláusula que sea abusiva ya sea que delimiten el riesgo de incapacidad asegurable, que desnaturalicen las obligaciones de la aseguradora frustrando el fin perseguido en el contrato amparándose en la Ley 24.240, en los convenios de la OIT y Ley 26.994. Lo que verdaderamente interesa es que el trabajador/consumidor padezca de una incapacidad que no le permita la continuidad de sus actividades laborales. Se dijo que el criterio de la CSJN a los fines de interpretar las cláusulas de este tipo de contratos se encuentra en el fallo: 311:1557 donde sostuvo que la expresión “no pueda desempeñar cualquier actividad económica” no se la puede entender en forma literal, sino en sentido

flexible, puesto que lo que se trata es de establecer si el beneficiario se encuentra imposibilitado de realizar aquéllas actividades que le eran habituales u otras similares. También se afirmó que las cláusulas abusivas se tienen por no convenidas. A los fines de poder demostrar la incapacidad total del actor, se ofreció como medio de prueba la pericial médica y psicológica. Es de advertir, que afirmó que una de las cláusulas inoponibles, improcedentes e ineficaces la constituye la exclusión de la afección psicológica/ psiquiátrica como parte de la incapacidad total del trabajador por cuanto dicho seguro de vida participa de la naturaleza de los seguros sociales, los que persiguen como satisfacción inmediata un interés público protegiendo las contingencias propias de la existencia humana, mientras que los seguros privados persiguen primordialmente un fin de lucro, además se limita el riesgo, desnaturalizando las obligaciones de la aseguradora frustrando el fin que persiguió el contrato. Asimismo, la cláusula de invalidez total no puede quedar limitada solo al aspecto físico, ni debe entenderse que la persona haya quedado reducida al nivel de una planta, de ahí que la aminoración psicofísica debe ser que prive al actor de la posibilidad de continuar con sus tareas o de obtener otro empleo adecuado a sus circunstancias (Fallo:311:1557).

Al momento de contestar demanda, la aseguradora accionada niega todos los hechos y el derecho que no sea objeto de expreso reconocimiento en el responde. Sostiene que la actora se encontraba en conocimiento del contenido de las pólizas toda vez que suscribió formulario de solicitud de incorporación al seguro en fecha 16/01/2017, en el que constan todas las cláusulas del contrato, haciéndosele entrega de una copia de los anexos correspondientes los que se encuentran suscriptos por aquélla. Afirma que la supuesta incapacidad que alega la actora no alcanza el grado necesario (sumatoria igual o superior al 66%) para motivar la procedencia de la cobertura de la póliza del seguro adicional, que la afección psicológica/ psiquiátrica se encuentran expresamente excluidas de la póliza. Sostiene que las cláusulas que delimitan el riesgo no son abusivas dado que se relacionan con el objeto del contrato y la prima aportada por la actora, ni tampoco pueden ser modificado su contenido en los términos en que ha quedada trabada la Litis. Acompaña como prueba documental formulario de solicitud de ingreso al seguro individual y anexo

suscriptos por la actora. En el correspondiente al seguro adicional acompaña la cláusula séptima que se refiere a Exclusiones Específicas donde quedan excluidas de la cobertura … b)Patologías Psiquiatricas y/o Psicológicas, obrando debajo de la misma una firma correspondiente a la sra. Jara Julia Ester.

El perito médico designado en autos, presenta su informe pericial, donde determina una incapacidad física funcional del 51,80,02%. Asimismo, informa que conforme a su formación, capacitación, edad y estado de salud la actora **no puede** desempeñar tareas remunerativas por cuenta propia o en relación de dependencia (respuesta a la pregunta f) del cuestionario de la actora; que a la fecha de presentar su pericia la actora **se encuentra impedida, debido a sus dolencias físicas de continuar desempeñando sus tareas habituales** (repuesta pregunta g); que en el estado actual la actora **no aprobaría** un examen mínimo de ingreso en cualquier trabajo (respuesta cuestionario actora h).

La perito psicóloga designada en autos, al presentar su informe pericial informa que la actora padece un Trastorno de Depresión Mayor con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (F 32.3), determinando una incapacidad funcional del 50%. Asimismo indica que la enfermedad aparece en directa relación causal con su estado de salud física. También coincide la perito con lo determinado por el perito médico en referencia a que la actora se encuentra impedida gran parte de sus actividades habituales ya que su estado psicológico no le permite generar recursos para hacer frente a diversos estresores de manera adaptativa y lograr desempeñarse como lo hacía anteriormente. Asimismo indica que no puede desempeñar tareas remunerativas por cuenta propia o de terceros y que en el estado actual la actora no aprobaría un examen de ingreso en cualquier trabajo.

Dicha pericia psicológica no fue observada ni impugnada por la demandada.

La sra. juez de grado al dictar sentencia de primera instancia con fecha 03/02/2021 hace lugar en un todo a la demanda promovida por la actora. Indica que conforme lo dictaminado por los peritos médico y psicólogo aplicando

método de la capacidad restante la actora padece de una incapacidad psicofísica del 77,84% de la T.O. También se refiere a las cláusulas limitativas de responsabilidad de la aseguradora y pautas de interpretación conforme normativa de protección al consumidor. Sostuvo que el contrato de seguro queda aprehendido por el régimen de la Ley 24.240 cuyo concepto de prestación de servicios es amplio y donde la materia del consumo se encuentra condicionada por la necesidad de hacer efectiva la operación tenida en miras por las partes. Se apoya en precedentes del TSJ local “Camargo” y “Geliz”. Considera que al contrato de consumo le son aplicables las normas de la LDC (arts. 37, 65) y también las normas contenidas en el Código Civil y Comercial (arts. 1, 2, 988, 1092, 1117, 1118, 1119, 1122 y conc.), también le es aplicable el art. 42 de la C.N. donde refiere que el derecho de los consumidores tiene carácter ius fundamental. También sostuvo que la Ley 17.418 no contiene directivas de interpretación, en tanto a partir de la sanción de la Ley 24.240 (art. 37) dispone que la exégesis del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor. Además, el carácter de orden público (art. 65) impuso un orden imperativo que excede y sobrevuela las convenciones privadas, mucho más en el caso de contrataciones en masa con cláusulas predispuestas. De ello surge que los contratos de seguro de vida no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su aludida función social. De aplicar las limitaciones y exclusiones de cobertura prevista en la póliza, se estaría negando la propia existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional. Señala que las cláusulas limitativas insertas en el contrato de seguro de vida adicional resultan abusivas en la medida en que desnaturalizan las obligaciones de la demandada, resultando aplicable al presente caso lo dispuesto por el art. 1117 sig. y conc. del CCyC. En estos términos, entiende la sra. juez de grado que de admitirse estas cláusulas limitativas se produciría un desequilibrio significativo entre los derechos y obligaciones de las partes, en perjuicio del consumidor, además de desnaturalizar el contrato. Considera que las cláusulas abusivas comprende las cláusulas predispuestas, ello es así, porque no se trata de un control de incorporación, sino de contenido, en el que no importa si hubo adhesión o consentimiento, importan renuncia o restricción a los derechos del adherente o amplían derechos del predisponente. Las cláusulas abusivas se tienen por no

convenidas. Respecto al derecho a la información, la magistrada señalo que la que debe recibir el consumidor debe ser veraz, adecuada, detallada, suficiente y eficaz, debe proveerse información sobre las circunstancias relevantes para el contrato (art. 42 C.N. y art. 1100 del CCyC), agrega que no se trata de la validez de la firma y del contenido del documento, sino de la información necesaria que debe brindarse para que el consumidor pueda tomar la decisión de contratar debidamente impuesto del alcance del contrato. Es la protección del consentimiento en este tipo de contratos para que este pueda ser eficaz. Concluyendo, por todo lo expuesto, en el contexto interpretativo de nuestro Máximo Tribunal Provincial, considera que en el caso no resulta oponible al beneficiario de los seguros aquí reclamados limitación alguna del orden de las pretendidas por la demandada con base en la póliza, en tanto se contraponen al criterio amplio y en su caso más favorable para el consumidor.

La Cámara de apelaciones al dictar sentencia de segunda instancia con fecha 09/06/2021 rechaza el recurso de apelación deducido por la parte demandada y confirma la decisión de grado en todo lo que fuera motivo de agravios. En lo que aquí interesa (defensa de exclusión de cobertura), los señores jueces sostuvieron que llega firme a esta instancia que la actora padece una incapacidad de más del 66% de la TO, no siendo esta la circunstancia que cuestiona, sino las patologías que presenta y por las cuales padece dicha incapacidad, con fundamento en que las mismas no se encuentran en el listado taxativo que surge de la póliza contratada. Respecto a la expresa referencia a las patologías psiquiátricas y psicológicas, indica que la postura del TSJ local en autos “Ferreyra c/ Caja de Seguros” año 2012, donde se sostiene que cabe tener en cuenta la incapacidad psiquiátrica al momento de determinar el porcentaje de incapacidad necesario para hacerse acreedor a la indemnización, indicando que en este tipo de contratos deben ser interpretados siguiendo el principio de progresividad y no regresividad, teniendo además presente que estamos frente a un derecho de la seguridad social y también de tinte laboral, por lo que siempre deben interpretarse de la forma más favorable al trabajador / consumidor. Asimismo, se invoca otro precedente del mismo cimero tribunal provincial “Cifuentes c/ Caja de Seguros S.A.” año 2012, donde se afirma que dichos contratos no pueden ser reglados de modo que

desnaturalicen y contraríen su función social. También sostuvo que valorar el dictamen pericial con absoluto apego a la literalidad de sus cláusulas contractuales, se omite considerar la finalidad tuitiva y de naturaleza alimentaria de esta clase de seguros, no haciendo mérito de su función social, apartándose del principio por el cual en caso de duda razonable corresponde rechazar el desconocimiento de los derechos del asegurado. Asimismo indica que en los supuestos en que se debate un derecho social, como lo es el seguro de vida colectivo, consagrado por el propio Estado para atender a la protección del ser humano, debe atenderse a las pautas establecidas por los tratados internacionales incorporados a la C.N. (art. 75 inc. 22), que son coadyuvantes del principio protectorio, por estar orientadas a dar preferencia a la interpretación que con mayor efectividad resguarde los derechos humanos involucrados. Asimismo, determinó la importancia de observar el deber de información en este tipo de contratos de consumo, toda vez que se trata de contratos celebrados entre tomador y asegurador, permaneciendo el asegurado ajeno a la negociación de las cláusulas, sobre todo, en supuestos que se invocan cláusulas de exclusión o limitativas de garantías, lo que implica denegar, reducir la cobertura, con consecuente afectación de los asegurados. Por lo expuesto, sostuvo corresponde rechazar el agravio referido a la defensa de exclusión de cobertura.

El Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén dicta Acuerdo N° 21 de fecha 07/12/2023, donde como consecuencia del recurso por Inaplicabilidad de Ley interpuesto por la demandada contra la sentencia dictada por la Cámara Provincial de Apelaciones, con competencia en el interior, declara procedente el mismo por haber incurrido en la causal de infracción legal a las normas de la Ley de Seguros denunciadas, casando parcialmente la decisión adoptada por dicha Cámara, recomponiendo el litigio, revocando la sentencia dictada en primera instancia en lo pertinente al seguro de vida colectivo optativo, manteniéndose la condena respecto del seguro colectivo obligatorio. A tales fines, consideró que el punto central del seguro lo constituye el riesgo, la exclusión de cobertura importa la limitación o exclusión de riesgo, por lo que el asegurador no se halla obligado a garantizarlo y además no ha percibido prima para ello. Señala que la buena fe negocial aparece en toda su

magnitud. Se afirma que en la póliza n° 286991 en la cláusula 7° se indican exclusiones específicas, donde quedan excluidas de la cobertura b) patologías psiquiátricas y/o psicológicas. Asevera, que resulta imperioso, al ser el asegurado ajeno a la delimitación de la cobertura, que como mínimo conozca el contenido del contrato a través de una información clara y precisa, es decir, que el deber de información cobra, en la especie, una importancia decisiva. Asimismo considera que la referenciada cláusula 7° se constata que su redacción ha sido sencilla, clara, precisa, resultando fácilmente entendible que no se encontraban dentro del riesgo cubierto las patologías psiquiátricas o psicológicas, que a dicha claridad se debe sumar su legibilidad, por haberse dispuesto en una cláusula separada, con título resaltado en negrita con la denominación de “Exclusiones específicas” y delimitando los dos supuestos en acápites diferenciados, siendo ello una llana lectura. Sostiene, que la interpretación de dicha cláusula debe ser literal, restrictiva o estricta. La judicatura no puede ampliar o restringir la cobertura asegurativa por analogía ya que solo debe considerarse amparado aquel supuesto que resulte comprendido en la descripción general del riesgo con excepción de aquéllos casos expresamente excluidos. Afirma que la actora se encontraba en conocimiento del tenor y alcance de la indicada cláusula toda vez que el formulario de solicitud de seguro colectivo fue suscripto por ella al pie de cada una de las hojas que conforman el anexo, de acuerdo con la documental adjuntada por la demandada a fs. 83/86 vta. Así, considera que el conocimiento del texto presupone el consentimiento, siéndole oponible sus términos. Por ello, en la presente causa se encuentra acreditado el conocimiento expreso del contenido del contrato y sus limitaciones. Afirma, que no cabe declarar nulas por abusivas a las cláusulas que limitan el objeto del contrato porque ese alcance es el que definieron el asegurador y tomador al acordar el objeto del contrato. En dicho contexto, la sentencia pronunciada por la Cámara de Apelaciones exhibe un claro error de juzgamiento porque amplía la garantía asegurativa al incorporar patologías psiquiátricas y/o psicológicas que se encontraban ab initio excluidas de la cobertura. Asevera que el derecho de seguros cuenta con elementos de convicción suficiente como para evitar la recurrencia analógica a otros terrenos normativos o a otras ramas del derecho. Señala y afirma que la incursión de principios normativos a este ámbito de

seguros es un factor de desestabilización que no preserva la autonomía normativa y quebranta el sistema vulnerando la seguridad jurídica que debe primar entre las partes.

Al adoptar dicha decisión se incurrió en una clara arbitrariedad que justifica la descalificación de dicho pronunciamiento.

Y digo ello, toda vez que el mismo no aplicó el bloque de derecho constitucional, convencional, consumeril y normas del código civil y comercial que protegen los derechos de Julia Ester en su carácter de consumidora.

Los señores jueces del TSJ tuvieron en su resolución una visión totalmente sesgada, acotada al aplicar lisa y llanamente normativas de la Ley de Seguros, con un claro fin de lucro, totalmente opuesto al contrato de consumo realizador del interés público conforme la constitución de la provincia de Neuquén (arts. 37, 38 inc. l).

Dicha circunstancia, hizo que no aplicaran a los fines de resolver la Litis el dialogo de fuentes entre las normativas indicadas. Es de advertir, que el contrato de consumo debe ser interpretado siguiendo el principio de *progresividad* y jamás el de regresividad (art. 26 CADH).

El acuerdo en crisis hizo exactamente lo contrario, aplicó la Ley de Seguros sancionada en el año 1967 descartando los tratados de derechos humanos de jerarquía constitucional introducidos en la reforma constitucional del año 1994. Así, el TSJ se quedó en el tiempo, abordando el caso con una visión llanamente mercantilista, de precio, de riego y beneficios patrimoniales para la aseguradora demandada, donde no cabe espacio para la dignidad humana del consumidor.

El TSJ descartó sin más sus propios precedentes (citados en la sentencia dictada por la Cámara de Apelaciones), donde aplicó el estatuto del consumidor, tuvo presente que este tipo de contrataciones se encuentra inmersa en la seguridad social, de tinte laboral, resolviendo el caso a través de una interpretación sistémica con enclave convencional.

Al decir de la Corte, el juzgador al momento de interpretar:

…*"no debe prescindirse de las palabras de la ley pero tampoco atenerse rigurosamente a ellas cuando la interpretación razonable y sistémica así lo requiera" … (CSJN: Fallos:244,129).*

En idéntico sentido, los arts. 3 de la LDC y 1094 CCC, mandan a integrar el ordenamiento, -estatuto del consumidor y demás leyes- , e interpretar conforme con el principio de protección al consumidor y en caso de duda sobre la interpretación de este Código o de las leyes especiales -léase Ley de Seguros- prevalecerá la más favorable al consumidor.

Y, aunque la actividad del proveedor del servicio esté alcanzado por otra normativa -L.S.-, la relación consumeril se rige por la ley de consumo, conforme art. 3 in fine de la LDC.

Es que los contratos de consumo y sobre todo los referidos al seguro de vida colectivo, no pueden reglarse e interpretarse de modo que desnaturalicen y contraríen su función social, caso contrario, se estaría negando la propia existencia del mismo de corte netamente social y con expresa consagración constitucional, puesto que en concreto es la incapacidad laborativa el presupuesto fáctico que debe concurrir para que la beneficiaria tenga derecho a las prestaciones previstas en un seguro de vida por incapacidad.

El TSJ en un enclave legalista, analizó y valoró la exclusión de cobertura de afección psiquiátrica/ psicológica, para así descalificar el contrato de consumeril para recalificarlo de mercantil. Esta premisa habilito a aquél a despojar a la actora/consumidora de su condición de tal, privándola de la protección que el ordenamiento manda a otorgar.

La labor de subsunción a la ley de seguros fue con absoluto desdén al orden público consumeril, como así también al bloque de derecho constitucional, convencional y las normas del código civil y comercial.

De tal manera, la decisión que se ataca está desprovista del derecho aplicable al caso concreto y por ello VE están ante una solución arbitraria e injusta.

Obsérvese, que el TSJ consideró que adentrarse en la incursión de los principios de progresividad, no regresividad, in dubio pro consumidor, etc. es una tarea que constituye un factor de desestabilización que no preserva la autonomía normativa y quebranta el sistema de seguros.

Es de advertir, que en el caso debatido, el juez no puede ser neutral: la sra. Julia Ester Jara, es una mujer -jubilada actualmente por incapacidad- que se encuentra incapacitada totalmente (a tales fines tener presente además del porcentual de incapacidad piscofísico ya denunciado, lo que informaron los peritos médico y psicólogo sobre que en el estado actual la actora no puede desempeñar ninguna actividad remunerativa por cuenta propia o para terceros).

La interseccionalidad denunciada, amerita que VE otorgue la protección que se le ha denegado con el único fin de igualar la relación desestructural existente y desconocida por la Corte provincial.

También se refuta al fallo en crisis, que conforme normativa y aplicación del dialogo de fuentes, la cláusula de exclusión de cobertura psicológica/psiquiátrica debió tenérsela por no escrita, ipso iure, por ser abusiva, toda vez que desnaturaliza el derecho del contrato y restringe los derechos de la adherente/consumidora, toda vez que la LDC según se desprende de los antecedentes parlamentarios, tuvo por fin llenar un vacío existente en la legislación al otorgar una mayor protección a la parte más débil de las relaciones comerciales -los consumidores- y recomponer, con un sentido ético de justicia y solidaridad social, el equilibrio que deben tener los vínculos entre comerciantes y usuarios que se veían afectados ante situaciones abusivas que se les presentaban (Fallo:338:1524).

En consonancia con lo expuesto, la propia CSJN señalo en lo pertinente:" *Que a partir de todo lo expuesto, cabe afirmar que frente al orden publico contractual que impera en la materia consumeril, las cláusulas abusivas no pueden ser materia de una renuncia anticipada, ni cabe considerarlas subsanadas por una suerte de consentimiento tácito del consumidor. Es más, deben tenérselas por no convenidas, lo que trae como consecuencia que ni siquiera la anuencia expresa puede validarlas"* (ver Considerando 10 fallo

“Prevención, Asesoramiento y Defensa del Consumidor vs. Bank Boston N.A.” de fecha 14/03/2017) Fallo:430:172.

Asimismo, debe considerarse que la integridad psicofísica es inescindible, puesto que conforma al ser humano, caso contrario, se desnaturaliza las obligaciones de la aseguradora, frustrando la finalidad misma que es propia de este tipo de contratos. Si el contrato de seguro de vida colectivo brinda cobertura a la invalidez o incapacitación total del asegurado, no resulta razonable que el núcleo prácticamente absoluto de la gradación de incapacidad se halle constituido exclusivamente por la enfermedad física, caso contrario, tal cláusula limitativa desnaturaliza el mismo riesgo asumido por la aseguradora, puesto que la manifestación depresiva se manifiesta a partir de las enfermedades físicas padecidas. Al respecto, merece resaltarse lo establecido por los peritos y que no fuera objetado por la demandada, en cuanto se señala la imposibilidad de la actora de realizar tareas remunerativas ni poder superar un examen preocupacional, lo que conlleva a reforzar la interpretación armónica de los hechos y concluir en la configuración de una incapacidad total y permanente de la asegurada. Es que el elemento que define el grado de incapacidad a los efectos del pago del seguro no está dado por la estimación matemática de la minusvalía, sino por la consideración de ella sobre las posibilidades laborales del afectado. (Fallo: 321:2497 de fecha 08/09/81998 “Reynoso, Aquiles c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro”.

En el marco normativo expuesto, existe un deber de información en cabeza de la compañía que no se satisface con la entrega de una solicitud de adhesión, o con la firma puesta por la consumidora al pie de la cláusula de exclusión de afección psicológica/psiquiátrica.

El estatuto consumeril exige a la parte profesional que se conduzca con buena fe y provea el conocimiento técnico que detenta ante quien es profano en el negocio de seguros.

Lo esperable es que la compañía comparta ese “plus” de información con el ciudadano de a pie con el único fin de *prevenirlo* de las particularidades de un

contrato al que quedará sometido al estampar una firma y sin chance de discusión.

El asesoramiento aludido lleva implícito el deber de prevención conforme art.1710 del CCC, toda vez que la compañía aseguradora detenta de organización comercial, técnica y profesional. De allí su obligación en alertar a la consumidora de la naturaleza del contrato, cobertura y exclusiones entre otros.

En este tipo de contratos de consumo debe extremarse el deber de información que pesa sobre el polo fuerte de la relación contractual, pues todo dato omitido al consumidor redunda en poder de la compañía.

También, el TSJ debió considerar *la forma* en que la cláusula nº 7 fue redactada. Y conforme el principio iura novit curia, el Tribunal debió advertir la normativa específica prescripta en la Resolución 906/98 de la Secretaría de Industria, Comercio y Minería, la que en su art. 3º dispone: "*Cuando determinados textos, informaciones o cláusulas, por imperativo legal, deban incluirse en forma destacada, notoria, ostensible o similar, deberán consignarse en negrita, con caracteres tipográficos equivalentes, como mínimo, a una vez y media el tamaño de los utilizados en el cuerpo o texto general del documento*".

Sin embargo, el Tribunal provincial se apartó de la reglamentación específica y de los principios basales de defensa al consumidor. De esta manera, entendió que el clausulado fue redactado en un lenguaje, simple, entendible y llano. VE: nos encontramos ante el primer contrato de seguro redactado en lenguaje claro.

En el marco expuesto y ante el incumplimiento de informar en forma adecuada y veraz sobre la exclusión de la incapacidad psicológica – psiquiátrica, la sanción de la nulidad se impone en resguardo de la parte débil.

Por otra parte, el TSJ tampoco aplicó el principio procesal de quien alega un hecho debe acreditarlo. Sancor afirmó en su defensa que informó a la

consumidora, sin embargo dicho extremo no está confirmado con ningún medio de prueba agregado a autos; mientras que para el TSJ la rúbrica de Julia Ester equivale a la toma de conocimiento del clausulado.

Así, el análisis del tribunal deliberó a qué sujeto otorgar protección: por un lado el patrimonio de la aseguradora, por otro a la consumidora. Es dable agregar que la incapacidad total y permanente de la actora no fue debatida por Sancor y tampoco por el TSJ. No obstante, estar confirmado que el consumidor presenta una incapacidad total y permanente superior al 66%, el TSJ entiende que la exclusión de la afección psicológica se impone y arriba a la ficción que aquél no está incapacitado.

Además, resulta inexplicable cómo el TSJ al aplicar la ley de seguros soslaya tratados internacionales de derechos humanos operativos, cuya inobservancia genera incumplimiento en el estado argentino y eventual responsabilidad internacional. En cuanto a **la observancia o no** del Convenio, deberá tenerse presente el Convenio de Viena sobre el derecho de los Tratados, en cuyo art. 26 dispone:..." *Una parte no podrá invocar las disposiciones de su derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado".*

Además, el TSJ pasa por alto los principios elementales del contrato como ser la buena fe contractual que debió existir ab initio y durante la ejecución y terminación del contrato, o de confianza generada, principio de prevención -art. 1710 CCC- de protección al más débil -art. 1094, 1095 CCC-, progresividad, etc. y de las reglas generales del proceso: quien alega un hecho debe probarlo. El rol del juez convencional está convocado en su función a garantizar la vigencia de la supremacía constitucional y a rebatir toda norma -ley general y especial- y evitar con ello la tacha de responsabilidad internacional.

En ese orden de ideas, el acuerdo nº 21 adolece de una argumentación normativa deficiente y descolgada del sistema normativo asentado en valores y en la dignidad humana.

Corresponde dilucidar si hay agravio federal suficiente en la solución del fallo

impugnado.

El TSJ inaplicó normas y principios operativos y obligatorios para el estado argentino, con ello omitió armonizar las fuentes del ordenamiento: ley suprema, -art. 42, art. 75 inc. 22 -; tratados de DDHH ratificados por el estado argentino y vigentes, con el único objeto de igualar el vínculo contractual y considerar la dignidad del consumidor en su carácter de sujeto de tutela constitucional.

Soslayó un orden público consumeril para fundar su decisión en la ley de seguros según interpretación literal realizada, despojado de los precedentes de la CSJN en materia de cláusulas abusivas, interpretación, y tutela preferencial del consumidor; a los que me remito en honor a la brevedad.

El razonamiento del TSJ inicia y termina en la ley de seguros y desde este paradigma concluye que el deber de información en cabeza de Sancor está cumplido. Con ello, el TSJ omite el tamiz constitucional del art. 42 en cuanto la información brindada debe ser adecuada, veraz y considerando a su destinatario: un consumidor, jubilado e incapacitado.

El TSJ no integró el ordenamiento jurídico que otorga preeminencia al bloque consumeril -art. 3 LDC y 1094, 1095 CCC- por sobre cualquier ley general, desoyendo preceptos expresos y de orden público (art. 65).

En el contexto enunciado, cabe concluir que el acuerdo nº 21 aborda una materia con un nexo directo e inmediato con la garantía constitucional que se indica como vulnerada (CN, tratados de DDHH, etc.); por lo que corresponde su descalificación como acto jurisdiccional válido, en los términos de conocida doctrina de esta Corte sobre arbitrariedad.

Así las cosaa, corresponde a VE establecer la normativa aplicable para la resolución de la litis conforme a derecho, siendo la misma el “Bloque Legal de Derecho del Consumidor”.

Por todo lo precedentemente expuesto, se reitera la tacha de arbitrariedad del

acuerdo impugnado, justificando la procedencia del presente recurso de queja.

3.2 ARBITRARIEDAD AL DEJAR SIN EFECTO LAS NORMAS DE PROTECCIÓN AL DERECHO DE LOS CONSUMIDORES

Sabido es que la actora por ser trabajadora y consumidora se encuentra protegida por el bloque legal de derecho del consumidor, el que se encuentra compuesto por la Constitución Nacional (art. 42), principios hermenéuticos de la justicia social, de interpretación y aplicación de la norma más favorable a la persona humana (pro homine), de progresividad y de no regresividad. Dicha pautas son coadyuvantes del principio protectorio, por cuanto están orientadas a dar preferencia a la interpretación que con mayor efectividad resguarde los derechos humanos involucrados. Se deben rechazar las interpretaciones restrictivas y privilegiar la interpretación extensa a favor de quienes las normas a través de esta herramienta de la seguridad social, buscan proteger, Tratados Internacionales de Derechos Humanos (art. 75 inc.22 CN) – Convención Americana de Derechos Humanos – Pacto de San José de Costa Rica, en su art. 26 dispone:" … el estado tiene el deber de adoptar por medios apropiados, providencias para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas nacionales e internacionales", por el nuevo Código Civil y Comercial de donde surge la constitucionalización del derecho del consumidor, la protección al consumidor, la interpretación en caso de duda prevalece la más favorable para el consumidor (art. 1094), el deber de información (art. 1100), las cláusulas abusivas se las tiene por no convenidas (arts. 985,986,978,988, 1117 y 1122), las normas de la LDC son de órden público (art.65), son normas que pertenecen al jus cogens, tendientes a resguardar a la parte **más vulnerable** en la relación de consumo, así como a mantener el equilibrio interno del contrato, fijando a tal fin un mínimo y máximo de protección. Así la CSJN dijo que "la igualdad no se ve afectada cuando el legislador elige a un grupo de sujetos para protegerlos especialmente, por su vulnerabilidad y con fundamento en la tutela de los consumidores" (15/3/2007 "Rinaldi Francisco y otro c. Guzman Toledo – LL,2007-B,415). También sostuvo el máximo tribunal federal del país "… la especial protección que el constituyente decidió otorgar a los usuarios y consumidores en razón de ser

sujetos particularmente vulnerables, este principio protectorio juega un rol fundamental en el marco de los contratos de consumo donde, es preciso destacar, el consumidor se encuentra en una posición de subordinación estructural" (Prevención, Asesoramiento y Defensa del Consumidor vs. BankBoston N.A." de fecha 14/03/2017).

A los contratos de seguro de vida debe imponerse el dialogo de fuentes entre los distintos microsistemas normativos para lograr una solución armónica de las diferentes situaciones jurídicas.

La LS es complementaria del CCyC (art. 5 CCyC), y así debe conjugarse con los principios generales del código y sus normas indisponibles.

El contrato de seguro de consumo queda enmarcado en las disposiciones específicas de dicha normativa y por ende son exigibles a las aseguradoras, en tanto proveedoras, los deberes, cargas y responsabilidades dispuesto en el art. 42 C.N. Ley 24.240, artículos 1092 sgtes y conc. del CCyC.

La arbitrariedad alegada se impone además por existir una interpretación literal del TSJ de la cláusula de exclusión de cobertura por afección psicológica/psiquiátrica, desprovista de un análisis integrador y comprensivo del derechos del consumidor, del trabajo, de la seguridad social.

Ergo, los señores jueces no aplicaron en la especie las normas que protegen a los consumidores, desprotegiéndolo, derivando así en una sentencia injusta, por lo que impone su descalificación , con arreglo a la doctrina de la CSJN en materia de arbitrariedad de sentencias, solicitando se dicte un nuevo pronunciamiento ajustado a derecho.

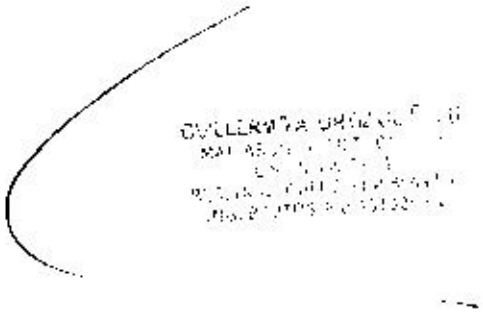
Por último, se pone de manifiesto a los Señores Jueces, que esta parte desde la portada de su demanda indicó la violación del art. 42 de la C.N., de las normas que se consideraron como abusivas, los tratados internacionales de derechos humanos, por lo que la cuestión federal, sin estar consagrada en forma expresa, fue planteada oportunamente y sostenida a lo largo del proceso judicial (Fallos:188:482; 210:718; 302:468; 314:110). Así este cuerpo ha sostenido que la cuestión federal no está subordinada a solemnidades

particulares ni requiere al efecto términos sacramentales (fallos:211:640; 293:323; 302:326; 304:148; 306:1069; 307:2080; 321:2132; 322:232).

4.- **PETITORIO**: Por todo ello a V.E. solicito:

1. Se tenga por interpuesta, en tiempo y forma, la queja y se haga lugar a la misma, que así,

Será Justicia.-



Signature Not Verified
Digitally signed by CARDOSO ZELADA CINTIA MARÍA DEL VALLE
Date: 2024.06.19 15:31:04 ART