PODER APUD ACTA.-

En Zapala, Departamento homónimo del mismo nombre, Provincia del Neuquén, a los 09 días del mes de Abril año 2018, ante mí Juez de Paz del lugar comparece la Sra. **JARA JULIA ESTER**, de nacionalidad argentina; estado civil casada, con domicilio real calle ALTE. BROWN S/Nº Bº 48 viv. – Casa Nº 8, nacida con fecha 09 de Julio año 1971, teniendo en la actualidad 46 años y habiendo acreditado su identidad con **D.N.I. N° 21.658.692 y C.U.I.L. N° 27-21658692-7.**----------

EXPUSO: Que da y confiere **PODER ESPECIAL** irrevocable a favor del **Dr.: GUILLERMO ALEJANDRO ORTÍZ GUIÑAZÚ**, Matricula Profesional Nº 90 para que en su nombre y representación intervenga y promueva la correspondiente **ACCIÓN LABORAL** contra: **SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA**, reclamando el pago del **SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN SUS MODALIDADES OBLIGATORIO Y ADICIONAL**. Al efecto lo faculta para que se presente ante las autoridades que corresponda, con escritos, documentos y cuanto justificativo creyese necesario pudiendo demandar, contrademandar, contestar demanda y contra demanda, apelar, recusar, decir de nulidad, prestar cauciones y juramentos, tachar y presentar testigos, proponer peritos, árbitros y arbitradores y recusarlos, poner y absolver posiciones, oponer y contestar toda clase de excepciones, interponer toda clase de recursos, diligenciar toda clase de oficios y exhortos, pedir embargos preventivos y definitivos, quiebras, inhibiciones, rescisiones de contrato o su cumplimientos, aceptar y conceder quitas y esperas, ofrecer y denunciar bienes de embargos, pedir cotejos y reconocimientos de firmas y documentos, sustituir, y toda otra facultad más le fuera necesaria para el mejor desempeño de este mandato, inclusive la de suscribir convenios judiciales y extrajudiciales y percibir pagos parciales o totales, y hasta su completa terminación con todos sus incidentes.- La presente carta poder se extiende de conformidad a lo dispuesto en los artículos 7

JUZGADO DE PAZ ZAPALA DEPARTAMENTO ZAPALA PROVINCIA NEUQUEN

Escaneado con CamScanner

de la ley 921, 118 de la ley 1284, 12 de la ley 2268 y 53 de la ley nacional 24.240.- Con lo que terminó el acto, previa lectura y ratificación firmó el compareciente por ante mí, de lo que doy fe.-

JUZGADO DE PAZ ZAPALA
DEPARTAMENTO ZAPALA
PROVINCIA DEL NEUQUEN

MANUEL ANHORN
A/C

Escaneado con CamScanner

Digitally signed by SAN MARTIN VILLABLANCA Ivonne Victoria
Date: 2021.02.04 08:51:59 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

ZAPALA, 3 de Febrero de 2021.

VISTAS: Las presentes actuaciones caratuladas: **"JARA JULIA ESTER C/SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA", (Expte. N° 39592, Año 2018), SEC. DOS**, en estado de dictar sentencia; y de las que;

RESULTA: Que a fs. 42/54 se presenta la Sra. Julia Ester Jara, por apoderado, promoviendo demanda por la vía del proceso sumarísimo contra Sancor Cooperativa de Seguros Limitada, reclamando el pago de los seguros colectivos, en sus modalidades obligatorio y adicional, por incapacidad psicofísica total y permanente de los que se considera beneficiario por desempeñarse en relación de dependencia respecto del Ente Provincial de Termas de la Provincia de Neuquén, quien ha actuado como tomador de tales seguros. Reclama la suma de $ 598.989,50 o lo que en más o en menos resulte de autos, con intereses. Señala que desde el 01-01-16 en lo concerniente al capital asegurado, la suma asegurada máxima es sin tope, respecto del adicional y que por el obligatorio, su monto es de $ 20.000,00. Relata que ingresó a trabajar en óptimas condiciones psicofísicas como dependiente del EPROTEN, en el mes de febrero de 1996, como personal de

maestranza del Complejo Turístico Copahue y que con fundamento en tal relación resultó asegurada en la contratación llevada por su empleadora con la demandada, cubriéndose los riesgos por incapacidad total y permanente. Sostiene que el 01 de febrero de 2018 el Dr. Alejandro González confecciona informe médico previsional, donde determinó que padece una incapacidad física del 72,38%, por distintas afecciones, de carácter irreversibles y progresivas que le impiden realizar cualquier actividad remunerativa en relación de dependencia o por su cuenta. Señala que además es poseedora de un certificado de discapacidad otorgado por el Jucaid. Denuncia que a la fecha de la consolidación jurídica del daño la cobertura asegurativa era la contratada con la demandada, y que una vez que su mandante tomó debido conocimiento de su incapacidad, remite carta documento el 09-04-18 mediante la cual pone en conocimiento su incapacidad e intima el pago de los seguros. Sostiene que pese a que la demandada recibió la indicada epistolar, no la contestó, por lo que invoca aplicación de aceptación tácita. Asevera que a su parte jamás se le entregó copia de las pólizas, conforme era carga de la accionada. Formula consideraciones respecto de la

cobertura, naturaleza de la relación contractual, alcance de la cobertura, inoponibilidad de cláusulas que limiten la responsabilidad de la aseguradora. Invoca aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor. Funda en derecho. Ofrece pruebas. Peticiona.

A fs. 55 se provee la demanda y se ordena su traslado. A fs.56/59 la actora adjunta documental. A fs.97/113 se presenta la demandada, por apoderado. Formula negativas. Se pronuncia en relación al seguro contratado, carga de la prueba y monto. Sostiene que la contratación de su mandante es originaria. Plantea oponibilidad del contenido de las pólizas e inaplicabilidad de la ley de defensa del Consumidor. Opone prescripción como defensa de fondo. Sostiene improponibilidad de la demanda. Plantea exclusión de cobertura de ambos seguros por no presentar el actor una incapacidad total, permanente y absoluta, y en tanto las patologías invalidantes no están previstas como riesgo asegurado en el seguro adicional. Invoca que la actora no se ha jubilado. Considera inexistencia de cláusulas inoponibles y/o abusivas y opone improcedencia del planteo de inoponibilidad. Plantea límite de responsabilidad por costas. Formula reserva del Caso Federal. Ofrece pruebas. Peticiona.

A fs.124/130 el actor contesta defensas. A fs.144/145 se abre la causa a prueba. A fs.177/205 se recibe documental del Banco Provincia de Neuquén. A fs.220/225 se presenta pericia psicológica. A fs.232/235 se recibe informe del EPROTEN. A fs. 233 la actora adjunta copia de recibo de haberes. A fs.243/247 se presenta pericia médica. A fs. 251/252 la parte actora presenta control de prueba. A fs. 255 se recibe informe del Dr. Alejandro González. A fs. 257/258 se certifican pruebas y se ponen autos para alegar. A fs. 259/263 se agrega el alegato presentado por la parte actora. A fs. 266 se llaman autos para dictar sentencia.

CONSIDERANDO: Se demanda en las presente, el pago de los seguros colectivos obligatorio y adicional, por incapacidad total a los que la Sra. Jara se considera con derecho en virtud de entender configurado el riesgo de incapacidad total y permanente previsto en pólizas que contratara su empleador, Ente Provincial de Termas del Neuquén, con la demandada.

Sancor Cooperativa de Seguros Ltda., reconoce que contrató con la empleadora del reclamante, dos pólizas de seguros colectivos, uno obligatorio y otro adicional, cuya cobertura comprendía una indemnización

por incapacidad total permanente y absoluta, pero alega que tal indemnización solo es otorgada cuando se reúnen las condiciones estipuladas en póliza. Plantea prescripción, invocando el plazo anual previsto en la Ley de Seguros e inaplicabilidad de la ley de Defensa del Consumidor. En subsidio sostiene improponibilidad de la demanda por omisión de la actora en suministrar documentación complementaria requerida y exclusión de cobertura por no alcanzar la incapacidad de la actora el 66% exigido por póliza y porque, respecto del adicional, las afecciones denunciadas no se hallan cubiertas y otras están expresamente excluidas. Sostiene inexistencia de cláusulas inoponibles y/o abusivas.

Que conforme quedaron planteadas las cuestiones por las partes, en primer lugar corresponde analizar la defensa de prescripción.

La aseguradora invoca el art. 58 de la Ley 17.418, sosteniendo la inaplicabilidad al respecto de la Ley de Defensa del Consumidor. En base a ello y plazo anual que pretende, computado este desde la fecha que el actor tomo conocimiento de su incapacidad y que conforme constancias que adjunta, ocurrió el 29/04/15, entiende que el mismo ha transcurrido con creces a la

fecha de interposición de la demanda.

A los fines de la resolución de la cuestión, sin perjuicio del criterio que aplicara la suscripta en la causa "Aranda Edith Susana C/Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. y otro S/Cobro de Seguro por incapacidad", (Expte. N° 34055, Año 2016), Sec. 2, Sentencia del 11 de Abril de 2019 y en los autos "Godoy Godoy c/SMG Life Seguros S.A. s/cobro de Seguro de vida", Expte.N° 37.174, Año 2017, Sec.1, Sentencia del 7 de Octubre de 2019, en estas últimas actuaciones la Excma. Cámara Provincial de Apelaciones, ha revocado la decisión de la suscripta que admitía la defensa de prescripción, razón por la cual, dejando a salvo mi criterio y con la finalidad de evitar el dispendio jurisdiccional que mantener aquel implicará, habré de remitirse a las consideraciones efectuadas por la Alzada para resolver en el caso en el mismo sentido.

Así, en el precedente indicado, y a cuya lectura remito por razones de brevedad y en tanto han sido citadas en su mayor extensión en otros precedentes que tienen también como parte a Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.. (entre los mas recientes "Baldes Nuria Doralisa C/SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA", Expte. N° 42785, Año 2019, Sec.

Uno, Sentencia del 24-11-2020), se ha concluido "En virtud a la totalidad de los argumentos esgrimidos entiendo que en supuestos como el de autos – cobro de seguro colectivo de vida modalidad adicional resulta de aplicación el plazo prescriptivo genérico previsto en el art. 2.560 del Código Civil y Comercial y no el plazo anual que prevé el art. 58 de la ley de seguros".

"Resalto que no se me escapa que en la causa "Pinos Irma c/ Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. s/ cobro de seguro por incapacidad" (Ac. de fecha 16 de octubre de 2.019, del registro de la OAPyG de la ciudad de Zapala) sostuve, adhiriendo al voto de la Dra. Barroso, a una posición distinta a la que propicio en el presente, pero cierto es que un nuevo análisis de la cuestión a la luz de las razones expuestas por el impugnante, la totalidad de los fundamentos esgrimidos por el Máximo Órgano Judicial (con integraciones parcialmente disímiles a la actual) en los precedentes antes referidos y que fueron ratificados recientemente en el fallo emitido en la causa "Alasino" (Ac. 19/2019, 22-11-2019) y los lúcidos argumentos brindados por Diego Sebastián González Vila en el trabajo doctrinario anteriormente mencionado, cuya lectura integral propicio por ser sumamente pedagógico, me lleva a

modificar mi postura toda vez que me he convencido que la misma resulta acorde con la normativa constitucional, convencional, lo previsto en el Código Civil y Comercial y lo reglado en la Ley de Defensa del Consumidor.”.

“C.- Conforme lo indicado y toda vez que de las constancias de autos se desprende que a la fecha de interposición de la demanda (18 de octubre de 2017, cfr. cargo de fs. 48) no se encontraban cumplidos el plazo prescriptivo referido precedentemente (5 años) … corresponde hacer lugar a la queja deducida y, en consecuencia, desestimar la defensa de prescripción intentada por la parte accionada” (Acuerdo del 16 de Marzo de 2020).

En consecuencia, conforme criterio de Alzada precedentemente citado, que aplicado por la suscripta en la sentencia de la causa “VOLK JOSE SEGUNDO C/SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA”, (Expte. N° 40621, Año 2018), SEC. DOS, ha sido confirmada por la Excma. Cámara Provincial de Apelaciones en Acuerdo de fecha 23 de octubre de 2020-, dándose en autos una situación sustancialmente análoga a la allí tratada, toda vez que de las constancias de autos se desprende que a la fecha de interposición de

la demanda (18 de abril de 2018, cfr. cargo de fs. 53 y vta.) no se encontraba cumplido el plazo prescriptivo de cinco -5- años, aún computado desde la fecha que pretende la excepcionante como de conocimiento de la incapacidad, la que resulta mas favorable a su pretensión- corresponde desestimar la defensa de prescripción intentada por la parte accionada-

Resuelto lo expuesto e ingresando al análisis de la improponibilidad de la demanda por omisión de la asegurada en suministrar documentación e información complementaria requerida por la aseguradora, -planteo que en esos términos entiendo enmarcado en la caducidad del derecho prevista en el art.48 de la Ley de Seguros-, me remito a lo sostenido en otros pronunciamientos respecto de tal caducidad, señalando que no obstante que la asegurada no ha invocado ni justificado, razón alguna para no cumplir el requerimiento que le efectuara la aseguradora, el que recibiera con fecha posterior al inicio de esta causa, no se advierte de esa mera circunstancia, que tal incumplimiento revista el carácter de malicioso, recaudo exigido por la norma citada.

A partir de lo expuesto, entiendo improcedente

la improponibilidad planteada, máxime cuando trasladada la presente demanda con documentación que adjuntara el accionante, la aseguradora al contestar la acción plantea prescripción y exclusión de cobertura, expidiéndose así respecto del siniestro, con lo que en definitiva ha ejercido su legítimo e incuestionable derecho al respecto.

En orden a la cuestión señalo que similar planteo fue resuelto por la suscripta, en los mismos términos en la causa "Volk", recientemente confirmada por la Alzada en acuerdo citado al tratar el planteo de prescripción.

Entonces, ingresando a la cuestión de fondo, corresponde analizar si se ha acreditado la configuración del riesgo cubierto, extremo que la accionada niega expresamente y con respecto a ambos seguros, con fundamento en que la incapacidad del actor no es igual o superior al 66%, y además –en relación al adicional- porque las afecciones denunciadas no se hallan cubiertas en póliza, otras están expresamente excluidas y su sumatoria no alcanza el mínimo establecido para configurar una incapacidad total, permanente y absoluta; y que la actora no se ha jubilado, estando activa.

En autos se han producido periciales médica y psicológica.

Así, el perito médico en dictamen presentado a fs. 243/247, señala que la Sra. Jara trabajó durante un período prolongado de tiempo en tareas que la obligaban a laborar en posición forzada (semiflexión) de su región lumbar, varias horas diarias, como así también levantando pesos o arrastrándolos (mesas, sillas), lo que provocó sintomatología dolorosa lumbar por producción de lesiones discales que fue diagnosticada por especialista y que repercutieron sobre sus nervios periféricos (ciatalgias a repetición con EMG +) y que requirieron cirugía reparadora. Que agregado presenta hipotiroidismo crónico en tratamiento especializado y diabetes Tipo II en tratamiento medicamentoso asociada a trastorno metabólico con obesidad mórbida. Asimismo presenta insuficiencia venosa periférica con producción de várices en ambos miembros inferiores. Sostiene que estas patologías repercutieron sobre su esfera psicológica provocando un trastorno depresivo mayor que requirió internación. Conforme pautas del Decreto 478/98, determina incapacidad por cada una de las afecciones diagnosticadas, con aplicación del método de capacidad restante, fijándola en 55,68%.

En tanto, la pericia psicológica, cuyas conclusiones corren agregadas a fs. 220/225, concluye que la Sra. Julia Ester Jara presenta indicadores de daño psíquico, citando los elementos constitutivos que permiten diagnosticarlo. Señala que del material analizado se desprende que la peritada padece una patología invalidante compatible con Trastorno de Depresión Mayor, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (F 32.3). Que a su vez dicho cuadro se encuentra en comorbilidad con un trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico (F 29). Sostiene en lo que respecta a las proyecciones laborales de la actora, que la sintomatología psicológica no sólo es crónica sino que además es sumamente invalidante, razón por la que no existe un pronóstico favorable que permita el rearmado de recursos psíquicos para adaptarse de manera funcional tanto a sus limitaciones físicas como a los estresores psicosociales que se le presentan. Utilizando el Decreto N° 478/98 de la Ley 24.241, por cuadro de Depresión Psicótica fija 50% de incapacidad. Considera factor complementario por nivel de educación formal: 7,5%.

Las pericias reseñadas no han merecido objeciones de las partes, sin que se adviertan motivos para ignorar sus conclusiones.

En consecuencia, considerando los dictaminado por los expertos médico y psicóloga, consideradas conjuntamente y conforme método de capacidad restante, se concluye que la Sr. Julia Ester Jara presenta incapacidad psicofísica, aún sin inclusión de los factores complementarios merituados por la psicóloga, del 77,84%, que en esa entidad cebe considerarla total y permanente.

En este estado cabe señalar que sin perjuicio de no haber accedido la actora al beneficio de la jubilación, las pericias producidas en autos acreditan que la misma se halla incapacitada totalmente, siendo tales pericias, conforme criterio de Alzada en el precedente "Méndez c/SMG Life Seguros s/Cobro de Seguro por Incapacidad", (17-04-2015), el medio de confirmación específico para el supuesto de incapacidades laborativas, sin que pueda ser reemplazado por un informe técnico extraprocesal (junta médica previsional), máxime cuando ese informe no existe, como en el caso de autos.-

Establecido ello, corresponde analizar si la

incapacidad referida puede considerarse amparada por los seguros reclamados. A tales fines procede resolver el planteo de inoponibilidad que con sustento en precedentes que se citan en la demanda, se formula al promover la acción en relación a cláusulas limitativas de responsabilidad de la aseguradora accionada y pautas de interpretación conforme normativa de protección al consumidor.

Sobre tal aspecto destaco, tal como ya lo hiciera en la causa "Morales Artemio" con la misma aseguradora aquí demandada, que la suscripta desde el precedente "Vazquez c/Caja de Seguros", ha venido pronunciándose por la inoponibilidad al beneficiario de seguros como el que se reclama en autos, de tipo social, de aquellas cláusulas que tiendan a limitar la cobertura contratada; y a cuyas consideraciones por razones de brevedad me remito, en tanto han sido citadas in extenso en las actuaciones mencionadas y en otras similares, con la misma accionada.

En el mismo precedente, la Alzada 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.

Similar criterio fue también sostenido por nuestro Máximo Tribunal Provincial en los precedentes "Camargo" y "Geliz", reiteradamente citados por la suscripta en otras causas análogas, entre ellas la referida "Morales", a cuyas consideraciones me remito en honor a la brevedad; precedentes que también se invocan por la actora en su presentación inicial.

A ello cabe agregar que con posterioridad a los antecedentes citados, el Tribunal Superior de Justicia se ha expedido en el mismo sentido en la causa "Muñoz c/Mapfre" (Acuerdo N° 18 del 26 de agosto de 2014), conforme consideraciones citadas en extenso en la causa "Espinoza c/Sancor" (Registro N° 92/2015 de esta mismo Juzgado) y a las que remito por las mismas razones de brevedad. Esos mismos conceptos fueron luego también citados por la Excma. Cámara Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, de Minería y Familia, con competencia en la II, III, IV y V Circunscripciones Judiciales, Sala II, en la causa "Méndez c/SMG Life" (Acuerdo N° 13, Año 2015 del 17-04-15), a los que también remito por las razones ya citadas; y han sido nuevamente reiterados por la Alzada en pronunciamientos posteriores, entre ellos "Rivas c/Sancor" (sentencia

del 28-12-15) y “Mena Bertha c/Sancor Coop. de Seguros S.A.” (sentencia del 01-04-16).

Y mas próximo en el tiempo en la causa “Almeida c/Sancor”, la Excma. Cámara Provincial de Apelaciones, Sala II, en orden a la aplicación a reclamos como el presente de las normas de defensa del consumidor y consecuente rechazo por esa aplicación de la exclusión de cobertura que opone la accionada, por resultar inoponibles al asegurado los limites establecidos en la misma en tanto desnaturalizan el seguro contratado, ha efectuado las siguientes consideraciones: “1.- Primer agravio: a.- En primer lugar y por una cuestión lógica, me detendré en analizar el marco normativo aplicado al caso por la a quo, el que también viene cuestionado a esta Alzada, esto es la aplicación al contrato de seguro de la LDC.”.

“En este aspecto, y conforme ya se expresara en numerosos precedentes de esta Cámara Provincial de Apelaciones y del TSJ local, considero que al contrato de seguro le son aplicables, según el caso por cierto, las normas de la LDC, y hoy, las normas contenidas en el Código Civil y Comercial.”.

“Es un contrato de seguro, indudablemente y nadie lo discute, pero se trata en este caso de una

relación de consumo a tenor de lo dispuesto por el art. 1092 del CCyC.”.

“Con la sanción del CCyC se ha regulado la relación de consumo con amplitud y la figura del contrato de consumo como “una fragmentación del tipo general de contratos” (Fundamentos del Código Civil y Comercial, Título III, “Contratos de consumo”) para generar un piso mínimo de protección.”.

“Se expresa textualmente en los Fundamentos que: “…El Anteproyecto regula tanto los contratos civiles como los comerciales, siguiendo los lineamientos de los proyectos anteriores. El aspecto más discutido es la regulación de los contratos de consumo en el ámbito del Código Civil y su grado de extensión… En el ordenamiento jurídico argentino hay que considerar el rango constitucional de los derechos del consumidor, la amplia aplicación de estas normas en los casos judiciales y la opinión de la mayoría de la doctrina. Siguiendo estos lineamientos, es necesario no sólo avanzar en cuanto a la unificación de los contratos civiles y comerciales, sino también incorporar a los contratos de consumo…”.

“Se agrega que: “…En la jurisprudencia, el principal problema es que se terminan aplicando

principios protectorios propios de la tutela del consumidor a los contratos de empresas, con deterioro de la seguridad jurídica. En la doctrina, hay muchos debates derivados de la falta de una división clara en la legislación. Los autores más proclives al principio protectorio hacen críticas teniendo en mente al contrato de consumo que pretenden generalizar, mientras que aquéllos inclinados a la autonomía de la voluntad, principalmente en materia comercial, ven una afectación de la seguridad jurídica. El problema es que hablan de objetos diferentes. En virtud de todo ello, corresponde regular los contratos de consumo atendiendo a que no son un tipo especial más (ejemplo: la compraventa), sino una fragmentación del tipo general de contratos, que influye sobre los tipos especiales (ejemplo: compraventa de consumo), y de allí la necesidad de incorporar su regulación en la parte general. Esta solución es consistente con la Constitución Nacional que considera al consumidor como un sujeto de derechos fundamentales, así como con la legislación especial y la voluminosa jurisprudencia y doctrina existentes en la materia. Es necesario, entonces, regular tanto los contratos civiles, como los comerciales y de consumo, distinguiendo el tipo general del contrato de

consumo…". (Fundamentos… Libro Tercero, Título II, Contratos en General)".

"Asimismo: "…De conformidad con la posición asumida en el punto primero del Título II, hemos decidido incorporar la regulación de los contratos de consumo. Hemos asumido que constituyen una fragmentación del tipo general de contratos, que influye sobre los tipos especiales, y de allí la necesidad de incorporar su regulación en la parte general…" (Fundamentos… Libro Tercero, Título III, Contrato de Consumo).

"Se sostiene que: "…Las razones para incluir la regulación normativa del contrato de consumo en el marco normativo general, pese a que existe una ley especial en la materia (ley 24.240 desde 1993), es la creación de un núcleo duro de protección que subsistiría en el caso de derogación de la ley especial… como así también extender ciertas reglas generales contenidas en el CCyC… "que complementa la legislación especial proveyendo un lenguaje normativo común". Ello nos lleva a concluir que ha sido intención del legislador, que cuanto menos estas materias suplan los aspectos no contemplados por la ley especial o se integren con la misma cuando se superpongan o regulen

las mismas situaciones…". (Schvartz, Liliana; Derecho del Consumidor…, pág. 18)".

"Es decir, no se optó por reproducir la legislación especial del consumidor sino sólo principios y normas generales dada la dinámica de las relaciones de consumo. En este aspecto una ley especial puede introducir condiciones superiores, pero no puede derogar mínimos sin afectar el sistema.".

"Así cabe tener en cuenta que: "…En el campo de la interpretación, se establece un "dialogo de fuentes" de manera que el Código recupera una centralidad para iluminar a las demás fuentes. El intérprete de una ley especial recurrirá al Código para el lenguaje común de lo no regulado en la ley especial y, además, para determinar los pisos mínimos de tutela conforme con el principio de interpretación más favorable al consumidor…" (Fundamentos…)".

"Por su parte, tengo en cuenta que, de acuerdo al art. 163 de las Disposiciones Finales y Transitorias de la ley 17.418, la misma se encuentra incorporada al Código de Comercio (hoy CCyC)".

"Entiendo que no existe ninguna razón para excluir al contrato de seguro de las disposiciones generales del CCyC en la medida en que resulten

compatibles realizando una interpretación integral de la normativa (arts. 1092 y sig. y otras contenidas en el CCyC, ley 17.418 y LDC)".

"Agrego que, conforme lo expuesto precedentemente, además de considerar que las circunstancias fácticas del caso de la CSJN en "Buffoni" difieren del presente, entiendo que el debate entre la "norma general" y la "norma especial" ha quedado al menos, desactualizada, teniendo en cuenta las nuevas disposiciones y el método del CCyC, sin perjuicio de remitir a los extensos fundamentos desarrollados por la Dra. Barrese en el precedente "Jerez", por compartirlos.".

"Es decir, continúa vigente también sin lugar a dudas la protección constitucional del art. 42 de la CN, conforme desarrollara la Dra. Barrese en su voto en la causa "Jerez": "…Además, al ser la Constitución Nacional la fuente principal, el derecho de los consumidores tiene carácter de ius fundamental. En consecuencia, el sistema de solución de conflictos normativos no está guiado por las pautas de las antinomias legales tradicionales. (Conf. Federico R. MOEYKENS, EN PICASSO- VÁSQUEZ FERREYRA Ley de Defensa del Consumidor, Comentada y Anotada, Editorial La Ley,

T°II, pág. 545, Buenos Aires 2009)".

"En igual sentido Ricardo Luis Lorenzetti, al hacer un análisis comparativo de la Ley 24.240 con las leyes especiales, se inclina a favor de la aplicación de aquélla, en virtud de poseer el carácter de norma iusfundamental (Conf. aut. cit., Consumidores, Edit. Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2009, págs. 44/45, 50, 136/137) …. ("Jerez Hugo Luis C/Sancor Cooperativa de Seguros s/Cobro de Seguro de Vida" (Expte. N° 20043/ 2013).".

"A ello cabe agregar el cumplimiento de las directivas establecidas en los arts. 1 y 2 del CCyC, que receptan la constitucionalización del derecho privado.".

"A mayor abundamiento, remito a los precedentes citados extensamente por la a quo en su sentencia ("Jerez", voto de la Dra. Barrese; precedentes "Géliz", "Camargo", "Muñoz" y otros del TSJ local), ampliamente citados en numerosos pronunciamientos de esta Alzada en sus dos Salas y con diferentes integraciones, incluso en causas con la misma demandada, a cuyos fundamentos, como dije, remito en honor a la brevedad".

"Atento lo expuesto, considero que resultan aplicables al seguro de vida colectivo contratado en

autos, las normas relativas a la relación de consumo, al contrato de consumo del CCyC y la LDC.”.

“b.- Con respecto a la inoponibilidad de las cláusulas limitativas del riesgo previstas en el contrato, considero que cabe confirmar lo decidido en la sentencia que se cuestiona. En forma preliminar he de considerar el último argumento introducido por el quejoso por una cuestión de orden lógico. Cabe recordar que el art. 37 de la LDC dispone en lo pertinente: “ARTICULO 37. — Interpretación. Sin perjuicio de la validez del contrato, se tendrán por no convenidas: a) Las cláusulas que desnaturalicen las obligaciones o limiten la responsabilidad por daños…”. Esta norma a su vez, debe interpretarse y aplicarse conjunta y armónicamente con los arts. 988, 1117, 1118, 1119, 1122 y conc. del CCyC, mediante los cuales dichas cláusulas por ser abusivas, es decir que desnaturalizan el contrato o provocan un grave desequilibrio entre las prestaciones, se tienen por no escritas o por no convenidas, esto es que no pueden oponerse en este caso a la actora, en cuanto a ella, resultan ineficaces. Las cláusulas abusivas se tienen por no escritas o no convenidas (conf. arts. 988 y 1122 del CCyC y art. 37 de la LDC), pudiendo el contrato ser integrado por el

juez en caso de que no pueda subsistir sin comprometer su finalidad, es decir, en caso de ser necesario. En función de toda la normativa indicada, he de rechazar el planteo del apelante en cuanto sostiene que no existe norma legal que habilite a la jueza a restarle eficacia a estas cláusulas del contrato. Por su parte, el planteo ha sido formulado por la actora al iniciar su demanda y de esa forma configuró su pretensión (conf. fs. 45).”.

“Sentado lo anterior, destaco que no se discute, y llega firme, la naturaleza social y laboral del seguro colectivo de vida como el de autos. Cabe citar aquí nuevamente el precedente “Jerez”, que comparto, en lo pertinente:”… por citar un fallo de los múltiples que emitiera el Máximo Tribunal local que abordara la cuestión inherente a la interpretación de las cláusulas de exclusión de cobertura insertadas en los contratos de seguros de vida colectivos y adicionales y a las pautas constitucionales y legales que deben regir en la materia, en el precedente "FERREYRA MARÍA SILVANA C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD” (Acuerdo Nro 38/2012) el alto Cuerpo expresó: “...debe tenerse presente que la Ley 17.418 no contiene directivas de interpretación.

Sólo consagró en su Art. 11,2° párrafo, lo siguiente: "El asegurador entregará al tomador una póliza debidamente firmada y fácilmente legible {...}". Sin embargo, a partir de la sanción de la Ley 24.240 se cuenta con dos directrices específicas para interpretar los contratos por adhesión, como los que estamos analizando. En su Art. 37, la citada ley establece que la exégesis del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor. Este enunciado, en una indisimulable finalidad tuitiva del polo débil de la relación, dispone imperativamente que la decisión debe favorecer la posición contractual del consumidor (cfr. Aut. cit., Derecho de seguros, Tomo I, Editorial Abeledo Perrot, Bs. As., 1998, pág. 609). Por otra parte, debe tenerse en cuenta el carácter de orden público que tiene la Ley de Defensa del Consumidor (Art. 65). Ella impuso un orden imperativo que excede y sobrevuela las convenciones privadas, mucho más en el caso de las contrataciones en masa con cláusulas predispuestas. De ello surge que los contratos de seguros 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 previstas en la póliza, se estaría negando la propia

existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional, con la consiguiente lesión a dicho ámbito normativo, más que su salvaguarda. Y esto se agrava aún más en el caso, porque el seguro colectivo se celebra entre el tomador y el asegurador. El asegurado, a pesar de su condición de destinatario final de la prestación a cargo del asegurador, no interviene ni influye en el contenido contractual, en sus condiciones particulares, ya que, dada la formación del contrato del seguro, jamás participa en la creación de las condiciones generales. Esta nota distintiva de los seguros bajo examen hace que el asegurado sea ajeno a la discusión del alcance de la cobertura, su determinación, su delimitación y, por consecuencia, de las exclusiones de ella"…" (Voto de la Dra. Barrese en autos: "Jerez Hugo Luis C/Sancor Cooperativa de Seguros s/Cobro de Seguro de Vida", Expte. N° 20043/ 2013, de la OAPyG de Zapala)".

"Adelanto que considero que las cláusulas limitativas insertas en el contrato de seguro de vida adicional u optativo (fs. 73/75), resultan abusivas en la medida en que desnaturalizan las obligaciones de la demandada, resultando aplicable al presente caso lo dispuesto en los arts. 1117, sig. y conc. del CCyC, de

conformidad con lo dispuesto igualmente por el art. 7 último párrafo del mismo ordenamiento. El riesgo cubierto en el contrato motivo de autos debe interpretarse que es la incapacidad total, permanente e irreversible, que le impide al actor continuar con sus tareas habituales, esto es que supera el 66% de la TO, definida en la Cláusula Riesgo Cubierto (fs. 73). De otra forma, el riesgo en realidad sería inexistente, o de casi imposible o muy poco probable ocurrencia. Si bien en dicha cláusula se expone lo que se entiende por incapacidad total, permanente e irreversible en forma separada (condiciones que cumple el actor y llegan firmes), sin embargo, seguidamente, se consigna lo que se entiende por incapacidad total, permanente e irreversible, efectuando un listado taxativo y exclusivo que, verdaderamente, describe situaciones muy poco probables de ocurrir, además de incluir excepciones a esas situaciones excepcionales. Y más allá de este número cerrado y taxativo de afecciones cubiertas, ellas en sí mismas implican un riesgo improbable. … En estos términos, entiendo que, de admitirse estas cláusulas limitativas, se produciría un desequilibrio significativo entre los derechos y las obligaciones de las partes, en perjuicio del

consumidor, además de desnaturalizar el contrato, es decir el fin perseguido por el contrato. En este sentido se sostiene que: "…La definición de cláusula abusiva es más extensa, ya que comprende los concluidos por adhesión y los que, aunque no están celebrados por adhesión, contienen cláusulas predispuestas. La razón de esta extensión es que no se trata de un control de incorporación, sino de contenido, en el que no importa si hubo adhesión o consentimiento. Además, como lo indicamos arriba, hemos incorporado reglas sobre las cláusulas predispuestas. Son abusivas las cláusulas que desnaturalizan las obligaciones del predisponente; importan renuncia o restricción a los derechos del adherente o amplían derechos del predisponente que resulten de normas supletorias; o las que, por su contenido, redacción o presentación, no sean razonablemente previsibles. Las cláusulas abusivas se tienen por no convenidas…. La aprobación administrativa de las cláusulas generales no obsta a su control judicial…". (Fundamentos…).

"Asimismo: "…Por esta razón, en los contratos de consumo hay un control de incorporación y de contenido de la cláusula abusiva. Esta característica hace que pueda ser declarada abusiva aun cuando el

consumidor la apruebe; lo mismo ocurre con la aprobación administrativa; nada impide la declaración de abuso. Esta regla se aplica aunque el contrato de consumo sea de adhesión o no, porque la adhesión (que es un problema de incorporación de la cláusula) es indiferente; lo que importa es que sea de consumo…". (Fundamentos…)".

"Teniendo en cuenta las consideraciones vertidas por el apelante en orden a la aprobación administrativa de este tipo de contratos, cabe señalar lo dispuesto expresamente en el art. 1122 del CCyC, textual: "Control judicial. El control judicial de las cláusulas abusivas se rige, sin perjuicio de lo dispuesto en la ley especial, por las siguientes reglas: a. la aprobación administrativa de los contratos o de sus cláusulas no obsta al control…".

"Considero que lo argumentado precedentemente resulta suficiente para rechazar el recurso interpuesto, sin perjuicio de lo cual realizaré alguna consideración en orden a la información brindada a la actora con respecto a estas limitaciones de cobertura. Con respecto al derecho a la información, se destaca que la que debe recibir el consumidor debe ser veraz, adecuada, detallada, suficiente y eficaz, y no es

sinónimo de publicidad; debe proveerse información sobre las circunstancias relevantes para el contrato (art. 42 de la CN y art. 1100 del CCyC)".

"… 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 de los alcances del contrato. Es la protección del consentimiento en este tipo de contratos para que éste pueda ser eficaz. En este aspecto se sostiene que: "…La exigencia de inteligibilidad resulta tanto más necesaria cuanto más compleja y de difícil cualificación resulta la operación proyectada, a fin de evitar cualquier error sobre la naturaleza del contrato…" (Lorenzetti, Ricardo Luis; Código Civil y Comercial de la Nación, comentado, T VI, pág. 257)" (Acuerdo de fecha 26 de abril de 2018, voto de la Dra. Barroso).

El criterio indicado, fue ratificado con posterioridad por la misma Cámara, en autos "Bravo c/Sancor" y "Salazar c/Sancor", en Acuerdos de fecha 24 de mayo de 2018, y también en "Cayul c/Sancor" (Acuerdo del 26-06-18), y en la causa "Rodriguez Nélida c/Sancor" (Acuerdo del 13 de Agosto del 2019), a cuya

lectura remito por razones de brevedad.

De lo expuesto y precedentes citados, mas los que he invocado en otras causas similares con la misma aseguradora, en el contexto interpretativo de nuestro Máximo Tribunal Provincial, seguido por la Alzada local, y el propio que viene sosteniendo la suscripta desde la causa “Vazquez”, entiendo en el caso no resulta oponible al beneficiario de los seguros aquí reclamado, 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 mas favorable para el consumidor.

De todo lo considerado, frente al reclamo indemnizatorio del asegurado, siendo la incapacidad total y permanente una de las contingencias cubiertas por el tipo de seguros reclamados, acreditada tal incapacidad en los términos que surgen de las pericias analizadas mas arriba (médica y psicológica), considerando la inoponibilidad de las limitaciones de cobertura invocadas por la aseguradora, encuentro acreditado el riesgo cubierto, y en consecuencia procedente la acción intentada.

Establecido ello, corresponde fijar los montos por cada uno de los seguros, los que conforme pólizas

pertinentes asciende para el obligatorio a la suma de $ 20.000,00, y para el adicional la suma equivale al múltiplo de 25 sueldos, sin tope a partir del 01-01-16 (ver fs.49, Punto 2, Capitales asegurados), monto que conforme recibo del mes de febrero de 2018 (fs.236), asciende a la suma reclamada de $ 578.990,00.

En consecuencia la acción prospera por la suma total de $ 598.990,00 con más intereses a la tasa activa del Banco de la Provincia del Neuquén, los que sin perjuicio de lo decidido por la suscripta en otros pronunciamiento análogos y con la finalidad de evitar inútil dispendio que se originará de mantenerlo, se computaran –conforme criterio de Cámara en autos Volk c/Sancor, Acuerdo del 23/10/2020- desde el 06-04-2018, fecha en que la empleadora tomadora del seguro tomó conocimiento de la munusvalia de la actora (fs.6) y correrán hasta su efectivo pago.

Que atento el resultado del presente pronunciamiento y lo dispuesto por el art.68 del C.P.C.C., las costas deberán ser soportadas por la demandada vencida, teniendo presente para su oportunidad y respecto de la demandada, el límite previsto en el art.277 de la LCT.

Que corresponde regular honorarios a los

profesionales actuantes, Dr. Guillermo Ortiz Guiñazu, apoderado de la parte actora; al Dr. Luis Ángel Quiles, apoderado de la demandada, conforme las pautas previstas en los arts.6, 7 (15%), 10 (40%), 20 (monto de condena con intereses hasta la fecha de la presente, $ 1.303.050,00) y 39 (dos etapas) de la Ley 1.594.-

Que igualmente corresponde regular los honorarios de los peritos médico Dr. Norberto Oscar Zambelli, y psicóloga Lic. María Fernanda Gatti, teniendo en cuenta a esos fines la calidad y extensión de los informes presentados y su utilidad en la resolución de la causa.

Por todo ello y disposiciones legales citadas;

FALLO: I) Rechazar las defensas opuestas y HACER lugar a la demanda promovida por **JULIA ESTER JARA** contra **SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA,** condenando a esta última a pagar a la actora, dentro del plazo de DIEZ (10) días de quedar firme la presente, la suma de **PESOS QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA ($ 598.990,00),** en concepto de capital, con más los intereses establecidos en los considerandos desde la fecha allí indicada y hasta el efectivo pago.- **II)** Imponer las costas a la parte demandada vencida.- **III)** Regular los honorarios del Dr.

Guillermo Ortiz Guiñazú, en la suma de PESOS DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA ($ 273.640,00); al D. Luis Ángel Quiles en la suma de PESOS CIENTO NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO ($ 191.548,00); al perito Dr. Norberto Oscar Zambelli en la suma de PESOS CINCUENTA MIL ($ 50.000,00) y a la Lic. María Fernanda Gatti en la suma de PESOS CINCUENTA MIL ($ 50.000,00), mas alícuota de IVA a quien corresponda y conforme las pautas señaladas en los considerandos, teniendo presente para su oportunidad y respecto de la demandada, el límite previsto en el art.277 de la LCT..- **IV)** Protocolícese en forma digital y notifíquese por medios electrónicos.-

Dra. Ivonne San Martín
Juez

En misma fecha se protocoliza. CONSTE.-

Digitally signed by BARROSO Alejandra
Date: 2021.06.09 09:43:37 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by CALACCIO Gabriela Belma
Date: 2021.06.09 11:19:03 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by FUENTES Norma Alicia
Date: 2021.06.09 11:27:11 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

ACUERDO: En la Ciudad de Zapala, Provincia del Neuquén, a nueve -9- días del mes de Junio del año 2021, se reúne en Acuerdo la Sala II de la Cámara Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, Minería y Familia, con competencia en la II, III, IV y V Circunscripciones Judiciales, integrada con los Vocales, doctoras Gabriela B. Calaccio y Alejandra Barroso, con la intervención de la Secretaria de Cámara Dra. Norma Alicia Fuentes, para dictar sentencia en estos autos caratulados: **"JARA JULIA ESTER C/SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expte. N° 39592 Año 2018)**, del Registro del Juzgado de Primera Instancia Civil, Comercial, Laboral, Minería y Juicios Ejecutivos de la III Circunscripción Judicial, con asiento en Zapala.

De acuerdo al orden de votos sorteado, la **Dra. Alejandra Barroso**, dijo:

I.- A fs. 267/283vta. luce sentencia definitiva de primera instancia de fecha 3 de Febrero de 2021 mediante la cual se hace lugar a la demanda interpuesta por la actora Julia Ester Jara contra Sancor Cooperativa de Seguros Limitada, condenando a ésta al pago de la suma allí establecida, con más intereses devengados conforme tasa activa del Banco de la Provincia del Neuquén.

Impone costas y regula honorarios.

Este pronunciamiento es recurrido por la parte demandada quien expresa agravios mediante ingreso web de fecha 08/02/2021 (fs. 287/310), los cuales son contestados por la actora por ingreso web de fecha 22/02/2021 (fs. 313/319).

II.- Agravios.

1.- En primer término la recurrente se queja de

la fecha en que la a quo consideró acaecido el siniestro, atento que tal elemento fáctico tiene incidencia en la forma en que se resolvió el presente caso.

Entiende que si bien ese tema no fue tratado certeramente cuando se expidió sobre la defensa de prescripción, si lo hizo cuando se refirió a la determinación de las sumas aseguradas.

Resalta, tal cual lo planteó al contestar la demanda, que el hecho considerado indemnizable acaeció el 29/04/2015 fecha en la cual la actora tomó conocimiento de padecer una incapacidad total y permanente del 76,24%, por lo que remitió telegrama a su mandante en fecha 28/05/2015.

Luego, y más allá de que años después realizara otra consulta médica que le otorga incapacidad del 72,28%, (similar a la anterior) lo cierto es que la actora desde el 29/04/2015 ya presentaba incapacidad total y permanente, habiendo reclamado en el 2015 el pago de los seguros objeto de autos.

Indica que teniendo en cuenta los términos de la demanda, la fecha del siniestro no le resultaba indiferente a la actora, estaba en juego la prescripción de la acción y la suma asegurada, pretendiendo hacer torcer la realidad procesal.

Resalta que la actora no puede afirmar por un lado, estar incapacitada desde una fecha y por el otro; según su conveniencia, desde otra; más aún cuando las patologías son las mismas y los porcentajes de invalidez también. Por ello, entiende que la fecha del siniestro debe ser situada el 29/4/2015, lo cual incide en la defensa de prescripción y en el capital asegurado.

2.- Respecto al agravio referido al rechazo de la

defensa de prescripción, en forma preliminar hace referencia al precedente de la Alzada "Godoy" en el que se funda la magistrada –luego de dejar a salvo su criterio-, y trae a colación el criterio esbozado en esta Alzada en autos "Aranda" que con sólidos argumentos considera el plazo anual de prescripción previsto en el art. 58 LS, en igual sentido cita precedentes de la Cámara de Apelaciones de Neuquén, y jurisprudencia nacional que avala su postura.

Por ello considera que la solución dada al caso es irrazonable por cuanto la circunstancia en que fija un plazo de prescripción de cinco (5) años para el reclamo de una prestación que se dice alimentaria, que requería de una rápida satisfacción, imprimiéndole el trámite sumarísimo al proceso, por lo que concluye que el derecho sustancial no es ni alimentario, ni requiere rápida satisfacción o no existe como tal.

Refiere a la pretensión principal ejercida, esto es el seguro de vida colectivo y adicional contratado, cuyo contrato está regido por la Ley de Seguros siendo su contenido predeterminado por el tomador. Seguidamente, entiende que el instituto en debate es el de la prescripción: es decir determinar el tiempo de inacción del acreedor que el legislador considera razonable tolerar para la consolidación de una determinada relación o situación jurídica. Por ello, resulta válido aceptar que el fundamento principal del instituto de la prescripción es la seguridad jurídica, es dar certeza y por ende previsibilidad en las relaciones jurídicas.

Que en este caso particular, debe ponderarse que se trata de un derecho, que en función de las directrices del fuero, requeriría de una rápida satisfacción, con lo cual prima facie ello sería compatible con la vigencia de plazos de prescripción especiales. Realiza cita parcial a

su postura del voto de la Dra. Calaccio en autos “ARANDA”.

Realiza cita de las normas legales involucradas en la cuestión, según su aparición histórica. Con lo cual concluye que de acuerdo al art. 2537 del CCyC, teniendo en cuenta la consolidación del daño -29/07/2015-, por aplicación de tal norma, corresponde computar el nuevo plazo de prescripción anual desde el 01/08/2015, ya que es menor al de tres años antes existente.

Se explaya en explicar el método del Código Civil y Comercial de la Nación, en cuanto a la recodificación, cita doctrina al respecto para fundar su posición en la presente Litis. Sintetiza que en la lógica del CCyC, la norma especial y la general no entran en conflicto ni pueden generar duda interpretativa alguna en orden a cuál ha de aplicarse al caso concreto: la ley especial prevalece sobre la general. Nunca una norma general podrá generar controversia con la particular, dado que se sitúan en planos diferentes, gozando la segunda (LS) de una preferencia en su aplicación por sobre la primera.

De lo expuesto infiere, que la misma lógica se sitúa la regulación de prescripción en el CCyC. Así, el carácter genérico del plazo de cinco años, previsto en el art. 2560 del CCyC denota que su aplicación queda condicionada a la inexistencia de plazos especiales.

Con lo cual, expresa que si la ley de seguros señala un plazo de prescripción específico y ya no hay un plazo expreso señalado en materia de acciones ejercitadas por consumidores, entiende que no hay duda de que el plazo del art. 58 de la LS es el que corresponde considerar en el caso.

Explica y se explaya respecto de la regulación general de la relación y del contrato de consumo, que se

inserta en el CCyC en la misma lógica del cuerpo normativo. De ello entiende que se deriva que el micro sistema de consumo inserto en el CCyC responde a la lógica de la recodificación y el principio de respeto por la especialidad, pautas rectoras del Código. Por ello, resalta que el estatuto consumeril no escapa a las reglas de selección de normas aplicables del ordenamiento jurídico.

Luego de citar jurisprudencia, agrega que a la fecha en que se consolidó el daño y teniendo en cuenta la manda del artículo 2537, correspondía aplicar el plazo anual de prescripción, ya que esta norma de transición impone que debe regir el menor plazo entre los dos comparativos.

Señala que acudir al plazo genérico de cinco (5) resulta irrazonable en cuanto al tiempo con el que se cuenta para accionar judicialmente.

Procede a explicar seis supuestos que prevé el CCyC de prescripción anual en el art. 2564.

Entiende que el plazo anual de prescripción en materia de seguros resulta acorde a la técnica asegurativa y al objeto del derecho involucrado en esta causa, mientras que uno de 5 años se presenta totalmente desproporcionado.

Afirma que en casos como este, la actora debe probar que estaba incapacitada total, absoluta y permanentemente para trabajar al momento del cese de la relación laboral, con lo cual la prueba de ello debe hacerse en un lapso de tiempo acorde al hecho que se pretende probar. Tal es así que en esta jurisdicción se le imprime el trámite sumarísimo al proceso, abreviando plazos para procurar una rápida solución al conflicto dada la naturaleza del derecho.

Considera un contra sentido afirmar por un lado que el derecho sustancial en juego necesita una rápida satisfacción y por el otro otorgar un plazo de 5 años para accionar en procura de su reconocimiento. Entiende que esa forma de aplicar el instituto de la prescripción va en contra no sólo de razones filosóficas que lo inspiran sino atenta contra la propia esencia del derecho del actor.

Indica que es necesario resguardar al sistema de un marco de coherencia respecto de la declaración jurisdiccional que requiere el caso concreto. Que no se trata de priorizar al sistema por sobre el asegurado y sus derechos o viceversa, sino de encontrar un equilibrio que al mismo tiempo, ampare los derechos y garantías de aquél con los de la aseguradora. Equilibrio que no se debe buscar en soluciones forzadas o desnaturalizadas de los derechos de las partes.

Señala que el plazo anual es el que siempre tuvo a su disposición el asegurado desde la entrada en vigencia de la Ley de Seguros, con lo cual mal puede considerarse que el CCyC lo coloca en peor situación a la que tuvo desde un inicio.

Expone fundamentos de su posición, expresando que la doctrina sentada en el art. 1094 y CCyC no resulta un argumento convincente en absoluto.

Indica que la pauta interpretativa de pro consumidor no se extiende o aplica a normas que regulan otros institutos que no son propios de las relaciones de consumo, como ser la prescripción. Se explaya ampliamente aunando argumentos de la queja, a los que me remito en honor a la brevedad, cita doctrina y jurisprudencia.

Concluye el agravio, refiriéndose a que el legislador se ha manifestado efectiva y concretamente con

el dictado de la Ley 26.994 al modificar el art. 50 de la Ley 24.240, y establecer en el art. 2532 una regla de orden público y prelación normativa, cual es que el CCyC no se aplica en materia de prescripción habiendo normas específicas, ratificando así la validez y vigencia del art. 58 LCS.

3.- Con relación a esta queja, se agravia en tanto la a quo desestima la defensa de exclusión de cobertura respecto del seguro de vida colectivo adicional, dado que esa parte ha probado que el suceso indemnizable respecto del mismo no ha sucedido, razón por la cual se imponía su rechazo.

Refiere a la cláusula especial de "incapacidad total por enfermedad o accidente" del seguro adicional o facultativo, estableciendo concretamente el baremo que se utilizará, detallando exhaustivamente las incapacidades parciales físicas permanentes e irreversibles en porcentajes que se computarán en forma taxativa, debiendo interpretarse las afecciones aseguradas en el marco de la póliza adicional que en su último párrafo considera dichas incapacidades sólo a las definidas en los arts. 2 y 3.

Asimismo indica que dicha póliza prevé exclusiones específicas de cobertura previstas en la cláusula 7° entre las que se encuentra la afección psicológica y/o psiquiátrica, estableciendo además un baremo propio para ponderar la incapacidad.

Cita jurisprudencia de la Cámara de Apelaciones de Neuquén a tal fin refiere los autos "Russo", "Bastías", luego refiere al criterio sentado por el TSJ en autos "Cid Rosa".

Por ello, expresa que la patología psicológica/psiquiátrica dictaminada en la pericia

psicológica de autos, se encuentra expresamente excluida de cobertura (art. 7 inc. b) póliza pertinente), agregando que la cláusula se halla redactada en forma clara y sencilla.

Efectúa citas parciales de los fallos dictados en los expedientes señalados precedentemente, y otros.

4.- Respecto al monto de condena por fecha del siniestro, en forma subsidiaria manifiesta que teniendo en cuenta la fecha del siniestro -29/04/2015- conforme los términos de las pólizas las sumas aseguradas eran de $12.000 seguro obligatorio y $300.000 adicional (cláusulas capitales asegurados), por ello pide se reduzcan los montos de condena de dichos valores con costas.

A tal fin indica que para casos previos al 31/12/2015 regían aquellos topes de sumas aseguradas.

Asimismo y en forma subsidiaria de desestimarse el agravio anterior, critica lo resuelto por la a quo en la medida que la sentencia es arbitraria en orden a la fecha de siniestro determinada. Reitera que la suma asegurada, respeto del seguro adicional era de $300.000, siendo el límite de la responsabilidad que asume el asegurador de un siniestro (arts. 11 y 12 LS, contrato fuente principal de las obligaciones).

Que pretender una indemnización mayor a la pactada resulta lesivo, de los términos del contrato celebrado y violatorio de garantías constitucionales en juego, estando obligados a responder en la medida del seguro (art. 118 LS).

Transcribe parcialmente un párrafo de la sentencia que cuestiona y que hace al agravio esgrimido. Expresa que la jueza reconoce el seguro adicional contratado con tope de suma asegurada en $300.000, la

póliza y la normativa (Decreto 541/17), y que la actora siempre pagó la misma prima fija que venía abonando con la suma asegurada referenciada.

Resalta que desde la contratación de su mandante (desde el 1/1/12 hasta el 31/12/15) en el seguro adicional existía un tope máximo de suma asegurada de $300.000. Ello surge del pliego de licitación pública y, consecuentemente del texto de la póliza, lo que a su vez se ve reflejado en el recibo de sueldo de la trabajadora, emitido por su empleador y jamás cuestionado por aquella.

Refiere a la modificación de la suma asegurada (sin tope) que se estableció por decreto 541/17 del 17/04/17.

Que la magistrada al respecto, argumentó la falta de notificación por parte de la aseguradora respecto de las modificaciones del Decreto 541/17 e inoponibilidad de cláusulas contractuales.

Entiende que con ello, la jueza modifica el contrato y la ecuación económica del mismo por la supuesta pérdida de la chance de haber accedido la actora a la posibilidad de liberar el tope de suma asegurada, lo cual lo considera inadmisible. Así entonces, expresa que al no haber acto ilícito alguno u omisión imputable a la demandada en tal sentido, mal puede reputarse que ha incumplido con el deber de informar. Ergo, el presupuesto fáctico de la sentencia luce ausente, de allí su arbitrariedad.

Insiste en manifestar que en autos se discute el cumplimiento y alcance de una prestación con base en un contrato, no es un caso de daños y perjuicios. Por lo que, remarca que no es lo mismo el análisis de la cláusula de delimitación del riesgo que la referida a sumas aseguradas.

Asimismo, expresa que la a quo termina trasladando las consideraciones efectuadas en orden a las

cláusulas que restringen la cobertura del hecho previsto como riesgo asegurado al caso de sumas liberadas, concluyendo que deben interpretarse a favor de la parte actora.

Que más grave aún es que a merced a esa declaración de inoponibilidad, se le reconozca un derecho a la actora, respecto del cual la propia jueza admite que no están dados los recaudos para ser acreedor del mismo y manteniendo el mismo precio que la asegurada pagaba por un beneficio mucho menor al que le es reconocido; condenando a su mandante a pagar una indemnización 192% mayor a la que tenía contratada la actora. Efectúa cálculos aritméticos. Cita jurisprudencia.

Agrega que en nada incide la cláusula de determinación de sumas aseguradas que siempre estuvo presente, ya que la misma determina que el cálculo de la indemnización será con base en el salario y explica la forma en que los incrementos, ya sea por ascenso o por normativa general, repercutirán en la suma asegurada, se incrementa así la suma asegurada, pero de todas maneras, para los asegurados al 31/12/15, si dicha cuenta daba más de $ 300.000, el capital asegurado quedaba fijado en ese importe.

Realiza otras consideraciones a las que me remito en honor a la brevedad y solicita se haga lugar al recurso interpuesto, con costas.

Formula reserva del caso federal.

III.- Contestación de los agravios:

La actora en su contestación preliminarmente, denuncia incumplimiento de lo normado por el artículo 265 del CPCC, requiriendo expresamente se declare desierto el recurso interpuesto.

En subsidio, contesta los agravios de la contraria. En relación a la fecha del siniestro, indica que la recurrente toma como fecha de ocurrencia del siniestro el día 29/04/2015 a los fines de interponer su defensa de prescripción, no como lo pretende ahora en segunda instancia, como que en esa fecha debe calcularse el haber que percibía la demandada a los fines de determinar el monto indemnizable, lo cual resulta inadmisible en virtud de lo dispuesto por el art. 277 del rito, el que prescribe "El Tribunal no podrá fallar sobre capítulo no propuestos a la decisión del juez de primera instancia…".

Sintetiza que la fecha antes indicada la demandada al contestar la acción, no la refirió como fecha que se debía calcular el monto del seguro obligatorio de vida adicional de la actora, por lo que mal puede hacer referencia a esa fecha en segunda instancia para poder fundar su queja.

En relación a la excepción de prescripción, entiende que los agravios manifestados por la contraria no logran derrumbar la base lógica de la decisión por constituir una disconformidad, en base a apreciaciones subjetivas.

Asimismo expone que los fundamentos del recurrente en su queja, cotejados con los términos de contestación de demanda, conculcan el art. 277 del CPCC avasallando el principio de congruencia, el que constituye la columna vertebral del dispositivo del proceso en la medida que liga al juez con las pretensiones que se debaten en aquel.

Entiende que introduce consideraciones que no fueron materia de disputa en la instancia de origen y por lo tanto extraña a la Litis. Cita doctrina y jurisprudencia de esta Alzada ("Godoy Godoy") y del TSJ local ("Alasino Mario" Ac. N°19 del 22/11//2019).

Expresa que el plazo prescriptivo debe ser razonado a la luz de la ley suprema, principios de progresividad, pro homine y de la norma más favorable al consumidor.

Al contestar el agravio referido al monto de condena del seguro de vida colectivo optativo o adicional, expuesto en subsidio por la quejosa indica que no es correcto considerar que el monto es con tope, toda vez que a partir del 1 de enero del año 2016 el pago de la suma de dinero respecto al seguro adicional lo es sin tope, conforme lo indica la propia póliza. Por ello el planteo en torno a que únicamente debía pagar como suma máxima $300.000 debe ser rechazado, toda vez que no se hace cargo de poder derrumbar el principio columnario de los derechos de los consumidores donde impera un criterio amplio favorable a los mismos e inoponible cuando se trata de retacear derechos.

Asimismo no pasa por alto, con respecto al "tope", que la propia demandada al momento de contestar demanda acompaña la póliza N° 286991 con vigencia del 01/01/2018 al 01/01/2019 en lo referente al seguro de vida colectivo optativo, donde en el endoso N° 3 in fine expresamente prescribe: "…Toda alta que se produzca a partir del 1-3-2016 se emitirá sin tope de suma asegurada".

Así, conforme documental acompañada por la propia demandada consistente en "SOLICITUD-SEGURO-COLECTIVO", documental que no fuese desconocida por la parte actora, ésta ingresó al seguro colectivo de vida optativo con fecha 16 de enero de 2017, ergo le corresponde la suma asegurada sin tope. Con lo cual pide se rechace el agravio. No obstante, recuerda que se trata de un contrato por adhesión con cláusulas predispuestas donde expresiones oscuras, ambiguas deben interpretarse en contra de quien las redactó.

Hace referencia al amparo y protección de orden público de la ley 24.240 en la que se haya el actor, como así también la finalidad tuitiva y protectora que le asiste a los derechos del actor por la función social y alimentaria de este tipo de seguros objeto del juicio, y lo que hace a la interpretación de sus cláusulas (art. 37 LDC).

Cita los precedentes "Bruna", "Volk", "Sepúlveda", todos contra la misma demandada y los que tuvo en cuenta la sentenciante al fundar la decisión, en relación a la inoponibilidad al asegurado de cláusulas para liberar el tope máximo.

Realiza otras consideraciones a las que me remito en honor a la brevedad y solicita se rechace el recurso, con costas.

IV.- Análisis de los agravios.

1.- Entiendo que las quejas traídas por los recurrentes cumplen con la exigencia legal del art. 265 del CPCyC.

He realizado la ponderación con un criterio favorable a la apertura de los recursos, en miras de armonizar adecuadamente las prescripciones legales, esto es, la garantía de la defensa en juicio y el derecho al doble conforme (art. 8 ap. 2 inc. h) del Pacto de San José de Costa Rica), en el marco del principio de congruencia.

En este aspecto, entiendo que el derecho al recurso integra las garantías del debido proceso, conforme se establecen en el art. 8 de la CADH, las cuales son aplicables en todos los procesos sin importar la materia de que se trate, conforme jurisprudencia de la CorteIDH (OC N°18/03 del 17/9/2003, "Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados", párr. 123-124; entre varios otros).

Estas garantías procesales deben servir como pautas interpretativas de lo dispuesto en los códigos de procedimiento, entre ellos los arts. 265 y 266, en tanto estas normativas cumplen la función de reglamentación de esas garantías constitucionales.

En ese orden de ideas es que entiendo debe tenerse en cuenta esta dimensión constitucional del procedimiento civil con fundamento en las garantías del debido proceso (arts. 18 y 75 inc. 22 de la Constitución Nacional; arts. 27 y 58 de la Constitución de la Provincia de Neuquén).

También, puntualizo que procederé a analizar la totalidad de los agravios vertidos sin seguir a los apelantes en todas y cada una de las argumentaciones y razonamientos que exponen sino sólo tomando en consideración aquellos que resulten dirimentes o decisivos en orden a las cuestiones que se plantean.

V.- Sentadas las consideraciones anteriores, corresponde ingresar al tratamiento de los agravios planteados.

a) PRIMER AGRAVIO.

En su primer cuestionamiento la demandada apelante cuestiona la fecha que se fijara como de ocurrencia del siniestro, manifestando, por las razones que expresa y que desarrollé precedentemente, que el hecho indemnizable acaeció el 29/4/2015. Le asiste razón en cuanto a que esta circunstancia fáctica tiene incidencia en la forma en que se resolvió el caso, y también resulta dirimente en cuanto a alguno de los restantes agravios, por lo cual he de tratar esta queja en primer lugar.

Advierto que la magistrada no ha precisado

concretamente esta cuestión, pero ello puede deducirse de la liquidación que practica, al tomar la remuneración correspondiente al mes de febrero de 2018 y al computar los intereses desde el 6 de abril de 2018 (fs. 282vta.), por lo que considero que ha entendido que el hecho indemnizable se produjo en dicha fecha y que es la denunciada por el actor y comunicada oportunamente a la aseguradora con fecha 9 de abril de 2018 (fs. 40).

La recurrente, tanto en su contestación de demanda (fs. 104vta.) como en esta instancia, afirma que el siniestro sucedió el 29 de abril de 2015 conforme telegrama remitido por la actora y recibido por la demandada con fecha 28 de mayo de 2015 donde la actora afirmaba padecer de un 76,24% de IPP.

Sin embargo, he de señalar que, conforme formulario de adhesión suscripto por la actora, así como también, atendiendo a lo que resulta de la póliza de seguro de vida optativo N° 286991, documentación acompañada tanto por la actora como por la demandada (fs. 34/37vta. y fs. 73/86vta.), la actora ingresó al mencionado seguro optativo con fecha 16 de enero de 2017.

En estos términos, y en forma conteste con lo resuelto por esta Alzada en un caso similar al presente, en autos "HUANI CANDIDO C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (JZA1S1, Expte. 40991, Año: 2018), Sala I, Acuerdo de fecha 14 de abril de 2021 (voto del Dr. Furlotti al que adhiriera la Dra. Calaccio), considero que la fecha alegada por la demandada se contradice con la propia actitud de la aseguradora, que, como dije, el 16 de enero de 2017 da de alta a la actora en el seguro de vida colectivo modalidad adicional, teniendo en cuenta que en la póliza consta que son personas asegurables las que se encuentran "…en servicio activo y

relación de dependencia con la contratante…” y se establece que por servicio activo se deben entender “…la concurrencia normal al trabajo, con desempeño de las tareas habituales en el lugar o lugares establecidos, dentro del horario respectivo y cumpliendo además el horario de labor…”.

Esta circunstancia en modo alguno se condice con la actitud asumida por la aseguradora en este proceso, ya que si a la fecha en que se firmó la solicitud referida la actora hubiera contado con una incapacidad igual o superior al 66% como ahora pretende la aseguradora, no hubiera revestido el carácter de sujeto asegurable, y no habría podido ser incorporado al seguro, circunstancia que por otro lado, a estar a sus propios dichos, la demandada no podía desconocer.

Por estas razones, entiendo que este agravio debe ser rechazado, fijando como fecha de ocurrencia del siniestro el mes de febrero de 2018, como así también lo ha considerado la magistrada en la sentencia recurrida.

b) SEGUNDO AGRAVIO. Plazo de prescripción de la acción.

Ingresando en el análisis de esta crítica, advierto que el conflicto versa acerca de cuál es el plazo de prescripción de la acción intentada: mientras que la sentenciante juzgó adecuado el plazo de cinco años previsto en el art. 2560 del CCyC, fundando su decisión en los resuelto por esta Alzada en autos “Godoy Godoy” y “Baldes Nuria c/ Sancor” (entre otros), la apelante considera que cabe estar al plazo anual contemplado en el art. 58 de la LS.

Teniendo en cuenta la forma en que he resuelto el agravio precedente, y sin perjuicio de compartir las consideraciones teóricas vertidas en la sentencia de

primera instancia, incluso habiendo invocado la sentenciante precedentes de esta Alzada, considero que la cuestión no amerita mayor análisis en tanto la fecha del siniestro la he fijado precedentemente en el mes de febrero de 2018 y la demanda fue interpuesta el 18 de abril de 2018, con lo cual no ha transcurrido siquiera el plazo anual de un año fijado por el art. 58 de la LS.

Sin perjuicio de ello, y aun tomando la fecha invocada por el recurrente, esto es el 29/4/2015, la acción no se encontraba prescripta conforme postura de la suscripta en los precedentes invocados por la sentenciante.

Efectivamente, en el precedente "GODOY GODOY JOSE DOMINGO C/ SMG LIFE SEGUROS DE VIDA S.A. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expte. n° 37174/2017, Acuerdo del 16/03/2020), con el voto preopinante del Dr. Furlotti (al cual adhiriera la suscripta, variando el criterio anterior asumido en autos "CASTILLO" y "PINOS"), tuvimos oportunidad de pronunciarnos sobre la cuestión, inclinándonos por la postura que sostiene que en supuestos como el de autos, ante la falta de regulación en el art. 50 del régimen consumeril (modificado por ley 26.994) del plazo de prescripción para el inicio de acciones judiciales por parte del consumidor (acciones de consumo), corresponde estar al plazo prescriptivo genérico de cinco años previsto en el art. 2560 del CCyC, y no al término anual que prevé el art. 58 de la LS.

Por estas razones, concretamente al no haber siquiera transcurrido el plazo anual invocado por la apelante conforme lo analizado, propondré al Acuerdo la desestimación de este agravio.

3.- TERCER AGRAVIO. Defensa de exclusión de cobertura.

Señalo que llega firme a esta instancia que la actora padece una incapacidad de más del 66% de la TO, no siendo ésta 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. En el caso se determinó conforme pericias médica (124/247) y psicológica (220/225) incapacidad de la Sra. Jara es del 77,48% de la total obrera (ver fs. 273 de la sentencia).

Tal como lo reseña la magistrada, esta Alzada ha sentado criterio en favor de lo resuelto, particularmente, se ha expedido in re "ALMEIDA JORGE OMAR C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expte. 33608, Año 2016), sentencia del 26 de abril del año 2018, Sala II, OAPG de Zapala, que ha sido transcripto en la sentencia en crisis y a cuyos fundamentos en su totalidad he de remitirme en homenaje a la brevedad, siendo que, además se trata de la misma codemandada que en dicho precedente.

Por su parte, y con expresa referencia a las patologías psiquiátricas y psicológicas, es también la postura del TSJ local en autos "Ferreyra c/ Caja de Seguros" del año 2012, precedente en el cual el máximo tribunal local sostiene que cabe tener en cuenta la incapacidad psiquiátrica al momento de determinar el porcentaje de incapacidad necesario para hacerse acreedor de la indemnización y reitera que este tipo de contratos deben ser interpretados siguiendo el principio de progresividad y no regresividad, teniendo 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, en "Cifuentes c/ Caja de Seguros S.A." también del año 2012, señaló el TSJ que los contratos de seguros de vida colectivo no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su función social, toda vez que, de ampararse las pretensiones de aplicar las limitaciones y exclusiones de cobertura previstas en la póliza, se estaría negando la propia existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional, sosteniendo que, en concreto, es la incapacidad laborativa el presupuesto fáctico que debe concurrir para que el beneficiario tenga derecho a las prestaciones previstas en un seguro de vida por incapacidad.

En este último precedente, expresó textualmente que: "1.- Corresponde declarar procedente el recurso de Inaplicabilidad de Ley deducido contra la sentencia de Cámara que, confirmando su similar de Primera Instancia, rechaza la demanda tendiente a obtener el cobro de un seguro de vida colectivo - obligatorio y adicional - por incapacidad total y permanente, pues el Ad-quem no sólo no consideró prueba que indicaba claramente que la actora está incapacitada en forma total para llevar a cabo cualquier tarea laboral remunerada, sino que, al analizar y valorar el dictamen pericial con absoluto apego a la literalidad de las cláusulas contractuales, omitió considerar la finalidad tuitiva y de naturaleza alimentaria de esta clase de seguros, y tampoco hizo 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. 2.- La incapacidad laborativa es el presupuesto fáctico que debe concurrir para que el beneficiario tenga derecho a las prestaciones previstas en un seguro de vida por incapacidad. 3.- Los contratos de seguros de vida colectivo no pueden ser reglados de modo

tal que desnaturalicen y contraríen su función social, toda vez que, de ampararse las pretensiones de aplicar las limitaciones y exclusiones de cobertura previstas en la póliza, se estaría negando la propia existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional. 4.- 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 Constitución Nacional (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." ("CIFUENTES ERNESTO CARLOS C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGUROS POR INCAPACIDAD", Expte. Nro. 142 - año 2010, sentencia de fecha 1 de octubre del 2012, http://www.jusneuquen.gov.ar/busqueda-de-fallos).

Señalo que los precedentes que cita el recurrente el del TSJ CID ROSA, no resulta trasladable sin más al presente caso ya que no resultan similares las circunstancias fácticas ni las cuestiones resueltas, sin perjuicio de lo cual también considero que no se ha modificado la doctrina que he citado precedentemente.

Por el contrario, entiendo que la postura que excluye las cláusulas limitativas de responsabilidad que importan denegar o reducir la cobertura, ha sido ratificada recientemente en el precedente del TSJ "BRUNA", Acuerdo N° 17 de fecha 12 de mayo de 2021, en el cual el Máximo Tribunal local expuso: "… Este Tribunal Superior de Justicia ha remarcado la importancia de observar el deber de información en los seguros colectivos como el de autos, dado que se trata de contratos celebrados entre tomador y asegurador, permaneciendo el asegurado ajeno a la

negociación de las cláusulas… Ello se sostuvo en supuestos en que se invocaban cláusulas de exclusión o limitativas de garantía, que lógicamente importaban denegar o reducir la cobertura, con consecuente afectación de los asegurados…" (Del voto del Dr. Moya al que adhiriera el Dr. Busamia).

Por los argumentos desarrollados entiendo que corresponde rechazar el agravio en análisis.

4.- CUARTO AGRAVIO. Monto de condena correspondiente al seguro de vida colectivo adicional.

La apelante cuestiona el monto de condena de este seguro, y para ello destaca la falta de congruencia en la decisión de grado, al tiempo que se pronuncia sobre la vigencia de la cláusula que contempla la "opción" y su oponibilidad a la actora, destacando que al tiempo de consolidarse la incapacidad de la Sra. Jara no estaba operativa la opción consagrada en el Decreto N° 541/2017.

Recientemente el TSJ local se ha expedido sobre esta cuestión en los autos BRUNA, que cité precedentemente, revocando la decisión de la Sala I de esta Cámara Provincial de Apelaciones con competencia en la II a la V Circunscripciones Judiciales, en orden puntualmente a esta cuestión.

Sin perjuicio de ello, considero que la situación fáctica de estas actuaciones resulta disímil a la resuelta en dicho precedente, con lo cual la solución allí brindada no resulta trasladable a este caso, conforme seguidamente expongo.

Señalo especialmente que al momento de ocurrencia del siniestro (Febrero/2018) la póliza que regía la relación contractual entre las partes en orden al seguro de vida optativo, contempla una suma asegurada de 25 sueldos sin tope (Cláusula 2° de las Condiciones Particulares, fs.

73).

De la Póliza N° 286991 acompañada por la propia demandada surge que a partir del 1 de enero de 2016 la suma asegurada es de 25 sueldos sin tope, y que el tope de $ 300.000,00 está previsto para las pólizas con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2015, todo lo cual por otra parte es reconocido expresamente por la recurrente conforme surge del escrito de contestación de demanda.

De la solicitud de adhesión y de la póliza acompañada por la propia demandada, surge que la actora suscribió la solicitud de adhesión al seguro optativo con fecha 16 de enero de 2017, y la póliza acusa una vigencia del 1 de enero de 2018 al 1 de enero de 2019 (fs. 73/82, Póliza N° 286991), es decir cuando ya se habían modificado las condiciones de contratación y se había suprimido el monto de suma máxima asegurada en el contrato optativo, y se había dictado el Decreto 541/17, tal como también lo afirma la recurrente en su escrito de contestación de demanda y en los agravios, y surge expresamente de las constancias de autos.

No dejo de advertir que de dicha póliza también resulta que se consigna "Renovación" (fs. 73), sin embargo, y siguiendo las pautas dadas por el TSJ en BRUNA, del recibo de haberes obrante a fs. 236 surge que la actora abonaba una prima de $ 555,83 al mes de febrero de 2018 y no de $ 288 como afirma la recurrente, y también se observa en el cuadrante del margen izquierdo de dicho recibo que se indica "capital asegurado $ 578.989,56".

El Endoso N° 3 de la Póliza expresa: "… Toda alta que se produzca a partir del 1-3-2016 se emitirá sin tope de suma asegurada…".

En el presente caso, la solicitud de adhesión

tiene fecha del 17 de enero de 2017, y la Póliza tiene una vigencia del 1 de enero de 2018 hasta el 1 de enero de 2019. Entiendo entonces que se trata de un alta dada con posterioridad al 1 de marzo de 2016, sin perjuicio de que la póliza consigna "Renovación", ya que podría tratarse de la renovación del año 2017, y por otro lado ninguna otra consideración ha expresado la demandada al respecto.

Incluso en este caso el aumento de la prestación dineraria está relacionado con el aumento de la prima que pagó la asegurada, ya que a mayor riesgo, mayor prima.

Sin perjuicio de ello, y en el hipotético e improbable caso de que se entendiera que al expresar "Renovación" (sin indicar nada más), pudiera entenderse que la actora venía asegurada de fecha anterior al mes de marzo de 2016, y si bien tampoco surge el relevamiento que debía realizar la aseguradora, ni el consentimiento de la asegurada firmando el formulario (conforme Endoso 1, 2 y 3 de la póliza), entiendo que este consentimiento se encontraría implícito en tanto se pagó una suma mayor como prima.

Reitero que en el propio recibo de sueldo obrante a fs. 236 se consignó una suma asegurada que corresponde a 25 sueldos sin tope. Cabe hacer notar que, en este caso concreto, la renovación es posterior al mes de abril de 2017 (concretamente enero de 2018), es decir posterior al dictado del Decreto N° 541/17, que, conforme surge del precedente BRUNA, influyó en la postergación del encuestamiento respectivo, con lo cual en este caso, tampoco cabría dicha excusa para no haber realizado el encuestamiento.

Advierto sin embargo, que la aseguradora al contestar demanda, no acompaña ningún encuestamiento, ni

relevamiento, ni formulario de consentimiento suscripto por la actora, e insiste con que pagaba una prima de $ 288, afirmación que ha sido desvirtuada con la prueba producida y además, la aseguradora demandada no podía desconocer que la actora abonaba ya una prima superior.

Por otro lado, aplicar el tope de $300.000,00 cuando a la asegurada se le cobró una prima por una prestación sin tope, afectaría la ecuación económica financiera del contrato convalidando un enriquecimiento sin causa en cabeza de la aseguradora y en perjuicio de la parte especialmente protegida. Ello en tanto la aseguradora pretende abonar una suma inferior de dinero, disminuyendo el capital asegurado, cuando la actora pagó una prima superior.

En este sentido, en el precedente BRUNA citado el TSJ expresó: "… No debe olvidarse que el correlato del riesgo asumido, de su delimitación y del límite pecuniario de la prestación que el asegurador promete para el caso de ocurrencia del siniestro, es el precio que cobra… Juega aquí un principio cardinal en materia contractual: el de buena fe (artículo 1061, Código Civil y Comercial de la Nación)…".

Es decir que en este caso, a mi criterio, estamos ante un alta posterior al 1 de marzo de 2016, con lo cual se aplica lo dispuesto en el Endoso N° 3.

Para el caso en que así no se considere, en la opción más favorable para la apelante, es decir que la actora venía asegurada con anterioridad a esa fecha, nos encontramos ante la excepción de la eliminación del tope a cambio de un incremento de prima mensual y la previa aceptación debo presumirla en tanto la actora abonó esa prima mayor y en su recibo de sueldo figura un capital

asegurado superior a $ 300.000,00.

Por lo expuesto entiendo que el agravio debe rechazarse.

V.- Atento la forma en la que propongo sea resuelto el recurso, estimo que las costas de esta etapa procesal cabe imponerlas a la aseguradora recurrente en su carácter de vencida, por aplicación del principio objetivo de la derrota (cfr. art. 17 ley 921 y 68 del C.P.C. y C.).

VI.- Teniendo en cuenta el mérito, extensión, calidad del trabajo desarrollado, conformidad de la base regulatoria sobre la cual la judicante fijó los emolumentos en la instancia de origen y el resultado final de la contienda, considero que los honorarios de segunda instancia deben ser regulados de conformidad a las disposiciones del Art. 15 de la ley de aranceles profesionales (30%).

VII.- Por lo expuesto he de proponer al Acuerdo: **a)** Rechazar el recurso de apelación deducido por la parte demandada y confirmar la decisión de grado en todo lo que fuera motivo de agravio para esa parte; **b)** Imponer las costas de esta etapa procesal a la aseguradora recurrente en su carácter de vencida, por aplicación del principio objetivo de la derrota (cfr. arts. 17 y 54 de la ley 921 y 68 del CPCyC); **c)** Llegando firme la base regulatoria estimada por la a quo, corresponde regular los honorarios de los profesionales intervinientes en esta instancia, los que se fijan de la siguiente manera: a favor del Dr. Guillermo Ortiz Guiñazú -letrado apoderado de la parte actora- en la suma de pesos ochenta y dos mil ($82.000,00) y los del Dr. Luis Ángel Quiles –letrado apoderado de la incoada- en la suma de pesos cincuenta y siete mil cuatrocientos sesenta y cuatro ($57.464,00), ambos con más

IVA en caso de corresponder (cfr. arts. 6, 7, 10, 15 y concordantes de la ley 1594 modificada por ley 2933).

Mi voto.

La Dra. **Gabriela B. Calaccio** dijo:

Que por compartir los fundamentos y conclusiones a que arriba en su voto la colega preopinante, adhiere al mismo expidiéndose en idéntico sentido.

Así voto.

Por lo expuesto, constancias de autos, de conformidad con la doctrina y jurisprudencia citadas, y la legislación aplicable, esta Sala II de la Cámara Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, Minería y Familia, con competencia en la II, III, IV y V Circunscripciones Judiciales,

RESUELVE:_

I.- Rechazar el recurso de apelación deducido por la parte demandada y confirmar la decisión de grado en todo lo que fuera motivo de agravio para esa parte, conforme a lo considerado.

II.- Imponer las costas de esta etapa procesal a la aseguradora recurrente en su carácter de vencida, de acuerdo a lo expresado.

III.- Regular los honorarios de los profesionales intervinientes en esta instancia: del Dr. Guillermo Ortiz Guiñazú en la suma de pesos ochenta y dos mil ($82.000,00) y los del Dr. Luis Ángel Quiles en la suma de pesos cincuenta y siete mil cuatrocientos sesenta y cuatro ($57.464,00), ambos con más IVA en caso de corresponder, de acuerdo a lo considerado.

IV.- Protocolícese digitalmente, notifíquese electrónicamente. Oportunamente remítanse al Juzgado de Origen.

Dra. Gabriela B. Calaccio
Jueza de Cámara

Dra. Alejandra Barroso
Jueza de Cámara

Se deja constancia que la presente sentencia ha sido firmada digitalmente por las Dras. Alejandra Barroso y Gabriela Calaccio, como así también por la suscripta, y conforme surge del margen superior izquierdo de fs. y constancia del sistema informático Dextra. Asimismo se protocolizó conforme a lo ordenado. Conste.

Digitally signed by SUAREZ Analia Gladis Valeria
Date: 2021.07.01 08:47:32 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Expte.: (JZA1S2-EXP-39592/2018) "JARA JULIA ESTER C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA", PROCAS, 8438/2021.-

ZAPALA, 29 de Junio del año 2021

Del recurso de casación interpuesto por la parte demandada, dése traslado a la contraparte por el término de 10 días (arts. 1°, 2° y 3° Ley 1406). Notifíquese.

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

AUTOS: **"JARA JULIA ESTER C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA"** (Expte. Nº 39592/18). Cámara de Apelaciones del Interior. Sala II.

OBJETO: Interpone Recurso de Casación por Inaplicabilidad de ley. Formula reserva del Caso Federal.

SEÑOR JUEZ:

LUIS ANGEL QUILES, M.P.N 1889, por la participación acordada en autos, con mi propio patrocinio letrado, con domicilio constituido en calle Namuncurá 21 de esta Ciudad y electrónico en nq 1889, a V.S. me presento y digo:

I) OBJETO.

En el carácter invocado vengo, en tiempo y forma, a interponer Recurso de Casación por Inaplicabilidad de ley fundado en las causales previstas por el art. 15 de la ley 1406, incisos a) y b).

Tal remedio se incoa contra la sentencia definitiva emanada de la Sala II de la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, de Minería y Familia, con competencia en la I Circunscripción Judicial, en fecha 9 de junio del corriente, por la cual se confirma la sentencia de primera instancia que hiciera lugar a la demanda impetrada por la actora contra Sancor Cooperativa de Seguros LTDA, condenando a ésta última al pago de la suma de $ 598.990 en concepto de indemnización prevista en los seguros de vida colectivos obligatorio ($20.000) y adicional ($578.990), mas costas e intereses, con costas.

Solicito en consecuencia, se declare la admisibilidad del recurso de inaplicabilidad de ley aquí intentado y se case la sentencia impugnada respecto al seguro de vida colectivo optativo, disponiéndose el rechazo de la demanda, con costas.

II) RECAUDOS DE ADMISIBILIDAD FORMAL.

A efectos de acreditar fehacientemente la concurrencia de los recaudos de admisibilidad formal del presente remedio se deja constancia de los siguientes extremos.

1º) Sentencia definitiva:

Tal como preceptúa el art. 1º de la ley 1406 se interpone recurso de casación contra la sentencia definitiva emanada de la Excma. Cámara de Apelaciones del Interior Sala II en cuanto a través de la misma se finiquita el litigio.

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

2º) Aptitud procesal:

El presente recurso es interpuesto por la parte demandada, la cual se ha visto agraviada en sus derechos como resultado de la sentencia impugnada.

3º) Temporaneidad:

Este recurso se interpone dentro de los diez (10) días hábiles de efectuada la notificación electrónica (14/6/2021) de la resolución recurrida, ello de acuerdo al art. 2º de la ley 1406.

4º) Tribunal receptor:

Se presenta el remedio ante la Sala II de la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, de Minería y Familia, con competencia en la II, III, IV y V Circunscripciones Judiciales, como tribunal emisor de la sentencia recurrida, tal como indica el art. 2º de la ley 1406.

5º) Constituye domicilio:

Esta parte actora constituye domicilio procesal a los fines del presente, en calle San Martín 249 de la ciudad de Neuquén y ratifica el electrónico en NQ1889, solicitando se tenga presente a sus efectos.

6º) Acredita depósito previo:

Adjunto al presente recibo del Banco Provincia de Neuquén S.A, respetando los importes establecidos por la ley casatoria local y constancia de saldo de cuenta judicial.

7º) Monto del litigio:

Conforme surge de las constancias de autos la presente resulta una litis en donde se supera el valor exigido por el art. 14 de la ley 1406.

8º) Copias para traslado:

Se anexan las mismas de conformidad con el art. 3º de la ley 1406.

III) ANTECEDENTES.

Con el objeto de cumplir con el recaudo de autonomía previsto en la ley casatoria para la procedencia formal del recurso de casación por inaplicabilidad de ley, haré mención de las cuestiones debatidas y de los aspectos fundamentales de la decisión final que permiten la comprensión integral del recurso que se deduce

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas virtual
PROVINCIA DE NEUQUEN

a) <u>Demanda</u>

Que a fs. 42/54 se presenta la Sra. Julia Ester Jara, por apoderado, promoviendo demanda por la vía del proceso sumarísimo contra Sancor Cooperativa de Seguros Limitada, reclamando el pago de los seguros colectivos, en sus modalidades obligatorio y adicional, por incapacidad psicofísica total y permanente de los que se considera beneficiario por desempeñarse en relación de dependencia respecto del Ente Provincial de Termas de la Provincia de Neuquén, quien ha actuado como tomador de tales seguros. Reclama la suma de $ 598.989,50 o lo que en más o en menos resulte de autos, con intereses. Señala que desde el 01-01-16 en lo concerniente al capital asegurado, la suma asegurada máxima es sin tope, respecto del adicional y que por el obligatorio, su monto es de $ 20.000,00.

Relata que ingresó a trabajar en óptimas condiciones psicofísicas como dependiente del EPROTEN, en el mes de febrero de 1996, como personal de maestranza del Complejo Turístico Copahue y que con fundamento en tal relación resultó asegurada en la contratación llevada por su empleadora con la demandada, cubriéndose los riesgos por incapacidad total y permanente. Sostiene que el 01 de febrero de 2018 el Dr. Alejandro González confecciona informe médico previsional, donde determinó que padece una incapacidad física del 72,38%, por distintas afecciones, de carácter irreversibles y progresivas que le impiden realizar cualquier actividad remunerativa en relación de dependencia o por su cuenta. Señala que además es poseedora de un certificado de discapacidad otorgado por el Jucaid.

Denuncia que a la fecha de la consolidación jurídica del daño la cobertura asegurativa era la contratada con la demandada desde el 16/01/2017 conforme suscripción de formulario de solicitud de seguro que adjunta, y que una vez que su mandante tomó debido conocimiento de su incapacidad, remite carta documento el 09-04-18 mediante la cual pone en conocimiento su incapacidad e intima el pago de los seguros. Sostiene que pese a que la demandada recibió la indicada epistolar, no la contestó, por lo que invoca aplicación de aceptación tácita. Asevera que a su parte jamás se le entregó copia de las pólizas, conforme era carga de la accionada.

Formula consideraciones respecto de la cobertura, naturaleza de la relación contractual, alcance de la cobertura, inoponibilidad de cláusulas que limiten la responsabilidad de la aseguradora. Invoca aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor.

Sostiene a este respecto que las cláusulas delimitativas del riesgo asegurado son abusivas e inoponibles en la medida en que restringen el presupuesto fáctico asegurado, esto es la incapacidad total, permanente y absoluta. De igual forma se explaya respecto a la cláusula que excluye expresamente a las afecciones psicológicas de la cobertura dada por la póliza adicional, sosteniendo que sostenido que la cláusula de

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

invalidez total no puede quedar limitada sólo al aspecto físico, ni debe entenderse que la persona haya quedado reducida al nivel una planta. De allí que debe entenderse que la minoración físico - psíquica prive al actor de la posibilidad de continuar sus tareas o de obtener otro empleo apropiado a sus circunstancias

Funda en derecho. Ofrece pruebas. Peticiona.

Documental adjuntada a la demanda: se acompaña informe médico previsional del cual se desprende que la actora presenta una incapacidad psicofísica mayor al 66% por afecciones psicológicas (Síndrome depresivo mayor, lo que la hace una persona inestable con crisis de angustia y ansiedad recurrente; mas otras patologías físicas que describe). También acompaña certificado del JUCAID; Nota de fecha 10 abril año 2018 presentada por ante EPROTEN en la que denuncia invalidez; diversos certificados y estudios médicos en los que constan las patologías por las que reclama; informe psiquiátrico; formulario de solicitud de seguro individual firmado en fecha 16/01/2021; telegrama remitido por la actora a la demandada intimando de pago por padecer el siniestro incapacidad; carta documental remitida por la demandada en la que solicita información complementaria para expedirse; recibo de sueldo en el que consta suma asegurada y pago de prima.

b) <u>Contestación de demanda</u>

A fs.97/113 se presenta la demandada, por apoderado, a contestar demanda y solicita su rechazo. Formula negativas de rigor.

Se reconoce expresamente el contrato de seguro de vida obligatorio (Póliza Nro. 286955, Ref. 301929, Certificado 1824) y otro adicional (Póliza Nro. 286991, Ref. 301928, Certificado 1149), celebrado con la empleadora de la Sra. Jara.

Denunciamos como capital asegurado a la fecha en que la actora denunció consolidado el daño, la suma de $20.000 para el seguro de vida obligatorio y $300.000 para el adicional, siendo esta última el tope de suma asegurada respecto del seguro optativo, lo que resulta conteste con los términos de la póliza y la prima abonada por la actora.

Sostenemos que la carga de la prueba en orden al acaecimiento del riesgo asegurado le asiste a la actora.

Agregamos, que la actora se encontraba en conocimiento del contenido de las pólizas, dado que suscribió formulario de solicitud de incorporación al seguro en fecha 16/01/2017, en el que constan todas las cláusulas del contrato en cuestión, haciéndosele entrega de una copia de los anexos correspondientes, también suscripta por la actora, tal y como además reconoce ella en su demanda.

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Argumentamos sobre la inaplicabilidad de la Ley de Defensa del Consumidor, en atención a la naturaleza especial del contrato de seguro y la doctrina de la CSJN “Buffoni” y “Flores”.

Planteamos prescripción de la acción por cuanto previamente 28 de mayo de 2015 telegrama remitido por la actora en el cual le hacía saber que con fecha 29-4-15, según informe médico previsional, la Sra. Jara padecía una incapacidad total y permanente del 76,24%. Ante dicho reclamo, se remitió CD solicitando información complementaria, la que nunca fue cumplida.

Alegamos improponibilidad de la demanda por incumplimiento de cargas informativas, dado que la sra. Jara omitió acompañar la documental que se le requirió por carta documento.

Afirmamos, además, que la supuesta incapacidad que alega la parte actora no alcanza el grado necesario (sumatoria igual o superior al 66%) para motivar la procedencia de la cobertura de las pólizas, y además, respecto del seguro adicional, las afecciones físicas detectadas no se hallan tipificadas ni cuadran en la cláusula de taxatividad prevista en la póliza, presentando otras expresamente excluidas de cobertura -psicológica y/o psiquiátrica- con lo cual correspondía desestimar el reclamo, dado que excluidas éstas última del cómputo final, las físicas no llegan a constituir una invalidez total, permanente y absoluta.

Sostenemos 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. Tampoco pueden ser declaradas inoponibles dado que la ley no prevé tal sanción de ineficacia respecto de estas normas contractuales.

En función de ello, afirmamos que el planteo de inoponibilidad debe ser rechazado, debiendo estarse al contenido del contrato, el cual conforme hemos referido, no puede ser declarado abusivo en lo referente al riesgo asegurado (art. 1121 CCyC) ni modificado su contenido en los términos en que ha quedado trabada la litis

Hacemos reserva del caso federal, ofrecemos prueba y peticionamos

Documental adjuntada a la contestación de demanda:

Resultan de utilidad mencionar: 4 cartas documento remitidas por la demandada al tomador y actora solicitando información complementaria de fechas 3-6-15 (2), 19-4-18 (2), con sus acuses de recibo y telegramas remitidos por la actora de fecha 29-4-15 y 9-4-18 (copia con sello original de recepción); original acta de solicitud de ingreso al seguro (por la cual la actora solicita la cobertura del seguro adicional, acepta los términos y condiciones de la póliza en sus distintos anexos y suscribe cada una de sus hojas prestando conformidad), y copia de las pólizas de seguro de vida colectivo obligatorio y

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

adicional. En esta última póliza consta la cláusula 7° de exclusiones específicas, en la cual se excluye de cobertura a las patologías psiquiátricas y/o psicológicas, en los siguientes términos:

"…7º - EXCLUSIONES ESPECIFICAS Además de las exclusiones que establece el Artículo 5° Riesgos no cubiertos - Exclusiones, de las Condiciones Generales de la cobertura básica, quedan excluidas de la cobertura que otorga esta cláusula las consecuencias de: a) Enfermedades Profesionales. b) Patologías Psiquiátricas y/o Psicológicas…"

c) <u>Prueba</u>

A fs.124/130 el actor contesta defensas de prescripción y de límite de responsabilidad por costas. Asimismo reconoce la autenticidad de la documental adjuntada a la contestación de demanda y se opone a la prueba ofrecida que tenía por finalidad certificar dicha autenticidad.

A fs.144/145 se abre la causa a prueba.

A fs.177/205 se recibe documental del Banco Provincia de Neuquén, mediante la cual se agrega copia del pliego licitatorio correspondiente a la Licitación Pública N° 044-2011 "Contratación de Seguro de Vida". Allí surgen las condiciones del llamado y contenido del pliego el cual describe la propuesta de seguro que la Provincia propone contratar, con redacción de las cláusulas que contendrá el contrato a suscribir, entre las que se hallan las siguientes insertas en el Anexo D: "*…7° Exclusiones específicas: Además de las exclusiones que establece el artículo 5° Riesgos no cubiertos – Exclusiones de las condiciones generales de cobertura básica, quedan excluidas de la cobertura que otorga esta cláusula las consecuencias de: …c) Patologías psiquiátricas y/o psicológicas…".*

A fs.220/225 se presenta pericia psicológica mediante la cual se informa que concluye que la Sra. Julia Ester Jara presenta indicadores de daño psíquico, citando los elementos constitutivos que permiten diagnosticarlo. Señala que del material analizado se desprende que la peritada padece una patología invalidante compatible con Trastorno de Depresión Mayor, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (F 32.3). Que a su vez dicho cuadro se encuentra en comorbilidad con un trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico (F 29). Sostiene en lo que respecta a las proyecciones laborales de la actora, que la sintomatología psicológica no sólo es crónica sino que además es sumamente invalidante, razón por la que no existe un pronóstico favorable que permita el rearmado de recursos psíquicos para adaptarse de manera funcional tanto a sus limitaciones físicas como a los estresores psicosociales que se le presentan. Utilizando el Decreto N° 478/98 de la Ley 24.241, por

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

cuadro de Depresión Psicótica fija 50% de incapacidad. Considera factor complementario por nivel de educación formal: 7,5%.

A fs.232/235 se recibe informe del EPROTE remitiendo copia de recibos de haberes.

A fs. 233 la actora adjunta copia de recibo de haberes.

A fs.243/247 se presenta pericia médica mediante la cual señala que la Sra. Jara trabajó durante un período prolongado de tiempo en tareas que la obligaban a laborar en posición forzada (semiflexión) de su región lumbar, varias horas diarias, como así también levantando pesos o arrastrándolos (mesas, sillas), lo que provocó sintomatología dolorosa lumbar por producción de lesiones discales que fue diagnosticada por especialista y que repercutieron sobre sus nervios periféricos (ciatalgias a repetición con EMG +) y que requirieron cirugía reparadora. Que agregado presenta hipotiroidismo crónico en tratamiento especializado y diabetes Tipo II en tratamiento medicamentoso asociada a trastorno metabólico con obesidad mórbida. Asimismo presenta insuficiencia venosa periférica con producción de várices en ambos miembros inferiores. Sostiene que estas patologías repercutieron sobre su esfera psicológica provocando un trastorno depresivo mayor que requirió internación. Conforme pautas del Decreto 478/98, determina incapacidad por cada una de las afecciones diagnosticadas, con aplicación del método de capacidad restante, fijándola en 55,68%.

A fs. 251/252 la parte actora presenta control de prueba. A fs. 255 se recibe informe del Dr. Alejandro González. A fs. 257/258 se certifican pruebas y se ponen autos para alegar.

A fs. 259/263 se agrega el alegato presentado por la parte actora mediante el cual se explaya en orden al rechazo de la defensa de prescripción, suma asegurada y sostiene que se acreditó, con las pericia psicológica y médica presentadas, el presupuesto fáctico cubierto en los seguros objeto del presente.

A fs. 266 se llaman autos para dictar sentencia

d) <u>Sentencia de primera instancia</u>

A fs. 267/283 obra sentencia de primera instancia por medio de la cual se hizo lugar a la demanda por la suma de $598.990 en concepto de capital por seguro de vida colectivo obligatorio ($20.000) y adicional ($578.990) contratado con su empleador, más intereses, con costas.

Para así resolver la jueza de origen, luego de sintetizar las posturas de las partes y narrar las pruebas producidas, comenzó por tratar la defensa de prescripción opuesta por la demandada con sustento en la Ley de Seguros.

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL PROVINCIA DE NEUQUÉN Recibido Mesa de entradas virtual

En este sentido, dejando a salvo su criterio al respecto, se remite -transcribiendo- a una sentencia emitida por la Cámara del Interior en la causa "Godoy Godoy Expte 37174/17 Acuerdo del 16-3-2020" en la cual–revirtiendo su anterior postura evidenciada en autos "Castillo" y "Pinos"- que, con la entrada en vigencia del CCyC, el plazo de prescripción aplicable al contrato de seguros objeto del presente es de cinco años (art. 2560 CCyC).

Resuelto ello, pasa al análisis de la configuración del riesgo y su tipificación en los contratos de seguros objeto de litis, todo ello en el marco de la Ley de Defensa del Consumidor, dado que la jueza considera aplicable dicha normativa protectoria a los contratos de seguros reclamados.

Así, primero afirma que la circunstancia de que la actora no se halla jubilada por invalidez en modo alguno impide la procedencia del reclamo en la medida en que el riesgo asegurado es la incapacidad.

En segundo término, dice que el riesgo asegurado es la incapacidad total, permanente y absoluta igual o superior al 66%, razón por la cual considera probado el presupuesto fáctico cubierto en las pólizas dado que al sumar la incapacidad física mas la psicológica dictaminada por peritos, se arriba a un porcentaje superior a aquel referido. Declara, a estos fines, inoponible la cláusula delimitativa (taxatividad de afecciones) y de exclusión expresa de la afección psicológica opuestas por la demandada, por restringir indebidamente el presupuesto fáctico cubierto por los seguros y además por no haber sido notificado de ella en debida forma a la actora, todo con en el contexto del estatuto consumeril que considera aplicable al caso.

Establecido ello, fija los montos por cada uno de los seguros, los que conforme pólizas pertinentes asciende para el obligatorio a la suma de $ 20.000,00, y para el adicional la suma equivale al múltiplo de 25 sueldos, sin tope a partir del 01-01-16 (ver fs.49, Punto 2, Capitales asegurados), monto que conforme recibo del mes de febrero de 2018 (fs.236), asciende a la suma reclamada de $ 578.990,00.

Por ello, hace lugar a la demanda por la suma indicada, con costas e intereses.

e) <u>Apelación fundada de la demandada</u>

En primer término impugnamos la fecha en que se consideró acaecido el siniestro, atento que tal elemento fáctico tiene incidencia en la forma en que se resolvió el presente caso.

Entendemos que si bien ese tema no fue tratado certeramente cuando se expidió sobre la defensa de prescripción, si lo hizo cuando se refirió a la determinación de las sumas aseguradas.

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Resaltamos, que el hecho considerado indemnizable acaeció el 29/04/2015 fecha en la cual la actora tomó conocimiento de padecer una incapacidad total y permanente del 76,24%, por lo que remitió telegrama a su mandante en fecha 28/05/2015.

Luego, y más allá de que años después realizara otra consulta médica que le otorga incapacidad del 72,28%, (similar a la anterior) lo cierto es que la actora desde el 29/04/2015 ya presentaba incapacidad total y permanente, habiendo reclamado en el 2015 el pago de los seguros objeto de autos.

Indicamos que teniendo en cuenta los términos de la demanda, la fecha del siniestro no le resultaba indiferente a la actora, estaba en juego la prescripción de la acción y la suma asegurada, pretendiendo hacer torcer la realidad procesal.

Resaltamos que la actora no puede afirmar por un lado, estar incapacitada desde una fecha y por el otro; según su conveniencia, desde otra; más aún cuando las patologías son las mismas y los porcentajes de invalidez también. Por ello, entiende que la fecha del siniestro debe ser situada el 29/4/2015, lo cual incide en la defensa de prescripción y en el capital asegurado.

En segundo términos nos agraviamos del plazo de prescripción aplicable por considerar que rige el de la ley de seguros y no el quinquenal del CCyC.

En tercer orden recurrimos el fallo de origen por cuanto tanto la a quo desestimó incorrectamente la defensa de exclusión de cobertura respecto del seguro de vida colectivo adicional, dado que esta parte ha probado que el suceso indemnizable respecto del mismo no ha sucedido, razón por la cual se imponía su rechazo.

Referimos a la cláusula especial de “incapacidad total por enfermedad o accidente” del seguro adicional o facultativo, estableciendo concretamente el baremo que se utilizará, detallando exhaustivamente las incapacidades parciales físicas permanentes e irreversibles en porcentajes que se computarán en forma taxativa, debiendo interpretarse las afecciones aseguradas en el marco de la póliza adicional que en su último párrafo considera dichas incapacidades sólo a las definidas en los arts. 2 y 3.

Asimismo indicamos que dicha póliza prevé exclusiones específicas de cobertura previstas en la cláusula 7° entre las que se encuentra la afección psicológica y/o psiquiátrica, estableciendo además un baremo propio para ponderar la incapacidad.

Citamos jurisprudencia de la Cámara de Apelaciones de Neuquén a tal fin refiere los autos “Russo”, “Bastías”, luego refeimose al criterio sentado por el TSJ en autos “Cid Rosa”.

Por ello, expresamos que la patología psicológica/psiquiátrica dictaminada en la pericia psicológica de autos, se encuentra expresamente excluida de

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

cobertura (art. 7 inc. b) póliza pertinente), agregando que la cláusula se halla redactada en forma clara y sencilla.

Por último nos agraviamos del monto de codena..

f) <u>Contestación de agravios del actor.</u>

La actora en su contestación preliminarmente, denuncia incumplimiento de lo normado por el artículo 265 del CPCC, requiriendo expresamente se declare desierto el recurso interpuesto.

En subsidio, contesta los agravios de la contraria. En relación a la fecha del siniestro, indica que la recurrente toma como fecha de ocurrencia del siniestro el día 29/04/2015 a los fines de interponer su defensa de prescripción, no como lo pretende ahora en segunda instancia, como que en esa fecha debe calcularse el haber que percibía la demandada a los fines de determinar el monto indemnizable, lo cual resulta inadmisible en virtud de lo dispuesto por el art. 277 del rito, el que prescribe "El Tribunal no podrá fallar sobre capítulo no propuestos a la decisión del juez de primera instancia…".

Sintetiza que la fecha antes indicada la demandada al contestar la acción, no la refirió como fecha que se debía calcular el monto del seguro obligatorio de vida adicional de la actora, por lo que mal puede hacer referencia a esa fecha en segunda instancia para poder fundar su queja.

En relación a la excepción de prescripción, entiende que los agravios manifestados por la contraria no logran derrumbar la base lógica de la decisión por constituir una disconformidad, en base a apreciaciones subjetivas.

Asimismo expone que los fundamentos del recurrente en su queja, cotejados con los términos de contestación de demanda, conculcan el art. 277 del CPCC avasallando el principio de congruencia, el que constituye la columna vertebral del dispositivo del proceso en la medida que liga al juez con las pretensiones que se debaten en aquel.

Entiende que introduce consideraciones que no fueron materia de disputa en la instancia de origen y por lo tanto extraña a la Litis. Cita doctrina y jurisprudencia de esta Alzada ("Godoy Godoy") y del TSJ local ("Alasino Mario" Ac. N°19 del 22/11//2019).

Expresa que el plazo prescriptivo debe ser razonado a la luz de la ley suprema, principios de progresividad, pro homine y de la norma más favorable a consumidor.

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

Al contestar el agravio referido al monto de condena del seguro de vida colectivo optativo o adicional, expuesto en subsidio por la quejosa indica que no es correcto considerar que el monto es con tope, toda vez que a partir del 1 de enero del año 2016 el pago de la suma de dinero respecto al seguro adicional lo es sin tope, conforme lo indica la propia póliza. Por ello el planteo en torno a que únicamente debía pagar como suma máxima $300.000 debe ser rechazado, toda vez que no se hace cargo de poder derrumbar el principio columnario de los derechos de los consumidores donde impera un criterio amplio favorable a los mismos e inoponible cuando se trata de retacear derechos.

Asimismo no pasa por alto, con respecto al "tope", que la propia demandada al momento de contestar demanda acompaña la póliza N° 286991 con vigencia del 01/01/2018 al 01/01/2019 en lo referente al seguro de vida colectivo optativo, donde en el endoso N° 3 in fine expresamente prescribe: "…Toda alta que se produzca a partir del 1-3-2016 se emitirá sin tope de suma asegurada".

Así, conforme documental acompañada por la propia demandada consistente en "SOLICITUD-SEGURO-COLECTIVO", documental que no fuese desconocida por la parte actora, ésta ingresó al seguro colectivo de vida optativo con fecha 16 de enero de 2017, ergo le corresponde la suma asegurada sin tope. Con lo cual pide se rechace el agravio. No obstante, recuerda que se trata de un contrato por adhesión con cláusulas predispuestas donde expresiones oscuras, ambiguas deben interpretarse en contra de quien las redactó.

Hace referencia al amparo y protección de orden público de la ley 24.240 en la que se haya el actor, como así también la finalidad tuitiva y protectora que le asiste a los derechos del actor por la función social y alimentaria de este tipo de seguros objeto del juicio, y lo que hace a la interpretación de sus cláusulas (art. 37 LDC).

Solicita se rechace el recurso, con costas.

g) <u>Sentencia de Cámara</u>

En fecha 9 de junio de 2021 la Sala II de la Cámara de Apelaciones del Interior local, desestimó el recurso de apelación incoado por la demandada, con costas a la recurrente.

<u>Voto de la Dra. Barroso</u>

La vocal preopinante consideró que el recurso resultaba admisible, por lo que seguidamente pasó a tratar los agravios incoados por la recurrente.

Así al expuesto en primer término consideró que conforme formulario de adhesión suscripto por la actora, así como también, atendiendo a lo que resulta de la póliza de seguro de vida optativo N° 286991, documentación acompañada

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

tanto por la actora como por la demandada (fs. 34/37vta. y fs. 73/86vta.), la actora ingresó al mencionado seguro optativo con fecha 16 de enero de 2017, razón por la cual el siniestro no pudo haber acaecido con anterioridad.

Posteriormente se expidió sobre el segundo agravio, refiriendo que en función de la fecha de siniestro –febrero 2018- la demanda había sido promovida en término, sin perjuicio de lo cual ratificó la aplicación al caso del plazo quinquenal del CCyC.

Respecto al tercer agravio, si bien la jueza no lo trató directamente ya que se centró en la cláusula de delimitación taxtativa de afecciones físicas cubiertas, lo cierto es que sostuvo el rechazo del recurso por considerar que el presupuesto fáctico asegurado es la incapacidad total, absoluta y permanente, independientemente de las afecciones que la causan o generen.

Además agregó que:

"*…Por su parte, y con expresa referencia a las patologías psiquiátricas y psicológicas, es también la postura del TSJ local en autos "Ferreyra c/ Caja de Seguros" del año 2012, precedente en el cual el máximo tribunal local sostiene que cabe tener en cuenta la incapacidad psiquiátrica al momento de determinar el porcentaje de incapacidad necesario para hacerse acreedor de la indemnización y reitera que este tipo de contratos deben ser interpretados siguiendo el principio de progresividad y no regresividad, teniendo 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…*"

Agregó que la cláusula que excluye de cobertura a las afecciones psicológicas y/o psiquiátricas desnaturaliza al seguro y por tanto resulta ineficaz, concluyendo:

"*…Señalo que los precedentes que cita el recurrente el del TSJ CID ROSA, no resulta trasladable sin más al presente caso ya que no resultan similares las circunstancias fácticas ni las cuestiones resueltas, sin perjuicio de lo cual también considero que no se ha modificado la doctrina que he citado precedentemente. Por el contrario, entiendo que la postura que excluye las cláusulas limitativas de responsabilidad que importan denegar o reducir la cobertura, ha sido ratificada recientemente en el precedente del TSJ "BRUNA", Acuerdo N° 17 de fecha 12 de mayo de 2021, en el cual el Máximo Tribunal local expuso: "… Este Tribunal Superior de Justicia ha remarcado la importancia de observar el deber de información en los seguros colectivos como el de autos, dado que se trata de contratos celebrados entre tomador y asegurador, permaneciendo el asegurado ajeno a la negociación de las cláusulas… Ello se sostuvo en supuestos en que se invocaban cláusulas de exclusión o limitativas de garantía, que*

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

lógicamente importaban denegar o reducir la cobertura, con consecuente afectación de los asegurados…" (Del voto del Dr. Moya al que adhiriera el Dr. Busamia).

Por último trató el agravio referido a la suma asegurada en la póliza optativa y concluyó que conforme surge del recibo de sueldo de febrero de 2018, la actora pagaba prima de 2.4% sobre remuneración y tenía, en consecuencia, pactada suma liberada equivalente al múltiplo de 25 sueldos, siendo el importe de condena coincidente con el informado en aquel recibo, por lo que desestima la queja.

Voto de la Dra. Gabriela B. Calaccio:

Por compartir los fundamentos y conclusiones a que arriba en su voto la colega preopinante, adhiere al mismo expidiéndose en idéntico sentido.

IV) FUNDAMENTACION DEL RECURSO DE CASACIÓN POR INAPLICABILIDAD DE LEY.

En este sentido las causales en virtud de las cuales se promueve el presente recurso será la siguiente: art. 15 inc. a. y b de la ley casatoria local, violación y errónea aplicación de ley: Vicio referido a la condena correspondiente al seguro de vida colectivo adicional, violación artículos 1, 11, 12 y 118 y concordantes Ley de seguros por condenar a pagar indemnizar un siniestro fuera de cobertura, en desmedro de cláusulas contractuales claramente previstas y determinadas.

Explica Palacio que las causales de violación y errónea aplicación de ley previstas en la legislación procesal "pueden englobarse bajo la simple denominación de "errónea aplicación de ley", pues la circunstancia que en definitiva autoriza el recurso es el error en la selección de la norma que da el sentido del caso sometido a decisión. Ese rótulo cubre tanto la prescindencia absoluta de la norma aplicable, como la circunstancia de que se haya restringido o ampliado, en forma errónea el significado de cualquier disposición legal.[1].

Sostenemos la configuración de los vicios denunciados toda vez que *el a quo ha prescindido de dar un tratamiento adecuado a la controversia de conformidad con las normas aplicables y las circunstancias de la causa*[2]; con lo cual V.E. deberá casar la sentencia en los temas propuestos.

[1] PALACIO, LINO ENRIQUE "Manual de Derecho Procesal Civil", ed. Abeledo-Perrot, p. 618, 13 edición.
[2] CSJN, Fallos: 324:3618; 325:329; 327:5082; 333:203, entre muchos otros.

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

IV.1.) LOS MOTIVOS DEL RECURSO CORRESPONDIENTES AL INCISO "A" y "B)" ART. 15 LEY PROVINCIAL N° 1406. AGRAVIO SUBSIDIARIO REFERIDO AL SEGURO ADICIONAL. CONDENA POR AFECCIÓN EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE COBERTURA.

Este carril impugnatorio es subsidiario del anterior en la medida en se cuestiona solamente respecto al seguro de vida colectivo adicional que se hubiera incluido en el cómputo final de incapacidad a la afección psiquiátrica cuando la misma estaba expresamente excluida de cobertura con lo cual no debía sumarse en la cuenta global de incapacidad, ya que la sentencia violenta los límites contractuales y legales aplicables en la materia, imponiendo a mi mandante el cumplimiento de una obligación carente de causa, situación que implica una clara afrenta a su derecho de propiedad de rango constitucional.

A todo evento y en el supuesto de que se considerar que la pericia médica incluyó correctamente a la afección psicológica en el porcentaje aludido, diremos que igualmente la sentencia recurrida debe ser dejada sin efecto atento a que aquella patología se encuentra excluida expresamente de cobertura (cláusula 7 de póliza adicional), con lo cual no debía ser ponderada a los fines de determinar la incapacidad de la actora en el marco del presente pleito (art. 1, 11, 12 y concordantes ley de seguros).

Dicha cláusula dice "…*Exclusiones especificas: …quedan excluidas de la cobertura…patologías psiquiátricas y/o psicológicas…*".

En este punto la Cámara invoca diversos argumentos para considerar que la afección psiquiátrica/psicológica debe ser ponderada a los fines de determinar el estado de invalidez de la actora, mas allá de que el contrato de seguro de vida colectivo adicional diga lo contrario.

1) <u>Primer argumento: rige la doctrina "Ferreira" y "Cifuentes" del TSJ.</u>

Mi mandante no desconoce la existencia de los precedentes citados por la Alzada, pero consideramos que los mismos no son aplicables al presente caso dado que la base fáctica es diferente.

En efecto, conforme reconoce la actora en su demanda con la documental que adjuntó –solicitud de incorporación al seguro- y con el planteo de inoponibilidad de la cláusula contractual que excluye expresamente de cobertura a las afecciones psicológicas y/o psiquiátricas –situación que demuestra que conocía el contenido de la póliza adicional-; junto con la instrumental aportada por la demandada –solicitud de incorporación al seguro y sus anexos donde se detallan las cláusulas contractuales dentro de las cuales se encuentra la aquí invocada, firmados en todas sus hojas por la actora- cuya autenticidad no fue desconocida, aquella conocía o estaba

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

debidamente informada con antelación al acaecimiento del siniestro (la documental fue firmada el 16/1/2017 y el hecho por el que se reclama es de febrero de 2018) del contenido del seguro optativo que pidió contratar y por el cual se comprometió a pagar una determinada prima.

Es más, nótese que la firma insertada en la página N° 2 del Anexo correspondiente al seguro optativo, la Sra. Jara firmó al final, estampando su firma sobre la cláusula 7° exclusiones especificas, cuyo título está redactado en mayúscula y negrita, es decir resulta fácilmente legible y entendible su significación,

De esta forma, resulta incorrecto afirmar que la actora no sabía lo que estaba contratando o que ella creía que contrataba una determinada cobertura cuando en realidad era otra. No, esto es falso. La Sra. Jara, **sabiendo que**:

a) Presentaba según sus médicos tratantes (conforme documental agregada a la demanda: informes de salud mental del Instituto Austral e informe psiquiátrico del Dr. Gramajo; mas lo que afirma la perito psicóloga en su pericia en los antecedentes clínicos que dan cuenta de afección de aquella naturaleza de larga data, habiendo estado en tratamiento psiquiátrico, con intentos de suicidios en 2013 -5 años antes del examen psicológico realizado en 2018-) antes de solicitar la incorporación al seguro adicional, afección o padecimiento psicológico y/o psiquiátrico, y…

b) Que aquella afección estaba clara y expresamente excluida de cobertura en el seguro optativo…

Igualmente accedió a contratar el seguro pagano una prima que resultaba acorde a la cobertura pactada. No puede ahora sostenerse que esa contratación es ineficaz en los términos de la póliza, ya que ello sería un premio a la mala fe actoral.

En “Cifuentes” y “Ferreyra” esto no había acontecido, la actora desconocía los términos de la póliza y se había efectuado un traspaso de cartera de una cobertura mayor a una más restringida. Esto no es lo que sucede en el caso de marras.

En este sentido, se probó en autos con la suscripción de la solicitud individual de seguro, que la actora sabía el seguro que estaba contratando y como resulta optativo, pudo rehusar de contratar el mismo, con lo cual ahora mal puede venir a sostener que las cláusulas le son inoponibles o ineficaces, máxime cuando la que aquí respecta-exclusión de la afección psicológica y límite del 66%- está redactadas clara y fácilmente legible.

Sobre este aspecto, recientemente los juzgados de Neuquén capital, resolvieron:

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

"…**Refuerza lo expuesto la oponibilidad de las estipulaciones contractual**es, que inexorablemente habrá de concluirse en el sub lite a tenor de los argumentos que se exponen infra. Del análisis de la prueba obrante en autos, se advierte que a fs. 144/147 **se adjuntó la planilla de "solicitud – seguro colectivo" junto con los anexos de condiciones de pólizas, correspondientes a la actora suscriptos en fecha 12/10/2016. En ella se consignó que quien suscribía declaraba conocer y aceptar las condiciones de la póliza (fs. 144), y con respecto al seguro adicional, exactamente, se instituyó lo siguiente:** "Por medio de la presente declaro bajo juramento que he recibido toda la documentación referida a la contratación del seguro, incluyendo el certificado de incorporación. Asimismo, manifiesto en los mismos términos que dicha documentación ha sido complementada por una explicación verbal del funcionamiento y los términos del seguro contratado, habiendo tenido oportunidad de realizar preguntas inherentes al mismo, las que han sido respondidas satisfactoriamente" (sic**.). Las firmas insertas en tales instrumentos, a su vez, fueron declaradas auténticas por la pericial caligráfica practicada en autos (fs. 226/236), la cual no mereció impugnaciones de ninguna de las partes**. **De tal manera, juzgo no sólo que la actora tuvo conocimiento de los términos del contrato de seguro, tanto de las diferentes contingencias alcanzadas por la póliza, como de las condiciones específicas a las que se subordinaba la cobertura del riesgo en cada caso (lo que incluye –naturalmente- las clausulas adicionales en toda su extensión - arts. 2, 3 y 7 citados ut-supra);** …**Ocurre que la accionante no ha producido prueba tendiente a desvirtuar la contundencia de la documental aportada, validada en este proceso por la pericia caligráfica, con lo cual el desconocimiento de las cláusulas de la póliza que fuera invocado en el libelo inicial queda reducido simples manifestaciones**. En este punto **radica la principal diferencia entre el caso de marras y los precedentes resueltos por el Tribunal Superior de Neuquén "Geliz" y "Cifuentes**" (fallados en los años 2010 y 2013 respectivamente). En ellos, la parte accionante había alegado no conocer los términos de las cláusulas contractuales y la demandada no había logrado demostrar lo contrario, por tales motivos aplicando las pautas de interpretación de los contratos de adhesión contenidas en Ley de Defensa del Consumidor (ley 24.242) a los contratos de seguros, a raíz de la inexistencia de lineamientos propios la Ley de Seguros (ley 17.418), y con énfasis en atento la función social de los contratos de seguro, se consideraron inoponibles al asegurado aquellas cláusulas que aplicaran limitaciones o exclusiones que desnaturalizaran la cobertura. **Sin embargo, ese extremo no se verifica en autos tal como explicite antes, razón por la cual debo concluir que, en éste caso en concreto la actora conoció los términos de la póliza cuyo cobro reclama. Cabe marcar, a propósito de lo señalado, la trascendencia que tiene evaluar las particularidades de cada caso, sustentando el decisorio en las constancias de la causa, más que en elaboraciones genéricas o abstractas, ya que se corre el riesgo de caer en dogmatismo**s…"[3] (el resaltado me pertenece)

[3]Juzgado Laboral N° 6, Neuquén capital, "CID ROSA C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

La actora sabía o debía saber que ello era así, con lo cual mal puede ahora venirse a sostener que se aseguró un riesgo diferente al descrito en la documentación referida. Los términos son claros, fácilmente legibles y entendibles para cualquier persona que se desempeña en la función pública (recuérdese que es requisito la "idoneidad" para el desempeño de cargos públicos), siendo por tanto oponible a la actora.

Por su parte, en las causas "Bastia"[4] y "Maluendas Berrios"[5], el <u>Juzgado Laboral N° 3 de Neuquén</u> sostuvo este criterio al referir que "…Ahora bien, a fs. 38 obra agregada la solicitud individual suscripta por la actora para ambos seguros colectivos en la que en carácter de declaración jurada, denuncia antecedentes de salud. Además, a fs. 40/42 se encuentra el anexo de condiciones de póliza para el seguro optativo, también rubricado por la actora. Siendo entonces que la trabajadora estaba en conocimiento de la existencia de especiales condiciones de exclusión de ciertas incapacidades en el ámbito del seguro optativo –como el que nos ocupa-, tal como surge de la documental mencionada y dado que, la mayor invalidez resulta de orden psicológico, aun interpretando las cláusulas del contrato en favor del asegurado-trabajador como sujeto de preferente y especial tutela, resulta insoslayable el límite allí fijado. En su mérito, el reclamo por cobro de seguro facultativo no ha de tener favorable acogida y corresponde el rechazo total de la demanda incoada…" (Bastía)

<u>Por otro lado, ha sido el propio TSJ el que ha confirmado recientemente fallos que hicieron lugar a la defensa de exclusión de cobertura con sustento en la cláusula aquí invocada, por ser la mayor afección incapacitante y estar notificada la actora de su existencia, con lo cual resulta oponible y válida</u>. Esto aconteció, por ejemplo, en los casos "**Bastía**" (N° 507392 - Año 2016) mediante R.I.N° 21 del 17/02/ 2020 y "**Cid Rosa**" (Expte N° 510731 - Año 2017), mediante R.I. N° 83 del 19 de mayo de 2020, a cuyo tenor nos remitimos en honor a la brevedad.

Es del caso señalar que en la causa "Ferreyra", el vocal que se expide en segundo término, señala que el criterio que se sienta tanto relacionado con la naturaleza del seguro como la aplicación de la ley 24.240 a ellos, debe ser "*aplicado analizando cada caso concreto*" (voto del Dr. Moya)

Por ello la invocación de los precedentes de V.E. y sus conclusiones no luce, en este caso, apropiada y adecuada para desestimar la aplicación de una cláusula contractual como la aquí esgrimida.

LIMITADA S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD - Expte. N° 510731/2017", sent. del 8/5/19

[4]"BASTÍAS, Mirta c/ SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD" (Expte. N° 507392/16) del 19.2.19

[5]" MALUENDA BERRIOS MARIA INES C/ SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD" (Expte. nro. 504316/14), sent. del 12.2.19

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUEN

2) <u>Segundo argumento: Rige la doctrina del fallo "Bruna".</u>

Con relación a la argumentación que realiza la Cámara antes transcripta, sostenemos que aquella cita luce desacertada.

Ello por cuanto, conforme antes referimos, la actora estaba informada del contenido de la póliza y porque no toda restricción o limitación al riesgo asegurado resulta ineficaz, sino solo aquella que resulta ilegítima.

Sobre este último punto, cuadra decir que la delimitación del riesgo es inherente a la técnica asegurativa: si o si deben existir limitaciones al presupuesto de hecho que se prevé como suceso indemnizable; ergo mal puede afirmarse que el suceso previsto como riesgo asegurado en esta póliza no puede ser sujeto de limitación o restricción.

Y en este caso no se está discutiendo la limitación correspondiente a las afecciones físicas taxativamente cubiertas. Aquí se trata de la validez de la estipulación contractual que acota el riesgo genérico cubierto mediante la técnica de la exclusión expresa, la cual se halla justificada e inserta en un contrato –voluntario- que contiene otras ventajas para los asegurados, conforme referimos "infra".

Sobre este punto- definición y delimitación del riesgo cubierto en materia de contratos-, V.E. tuvo oportunidad de expedirse en autos "Villagran" (Sala Civil Ac. 45 del 25/10/2015) a cuyo tener nos remitimos por razones de economía procesal.

La exclusión en cuestión está inserta en el seguro optativo, mas no en el obligatorio, con lo cual resulta incorrecto sostener que se está afectando la manda constitucional que obliga al Estado Provincial a contratar un seguro por incapacidad, ya que el seguro obligatorio cumple esa finalidad. El adicional, como su nombre lo indica, implica una opción de mejora (principalmente en suma asegurada) respecto de aquella contratación originara, pero que en modo alguno es necesaria o de ineludible contratación ya sea para el tomador (quien puede en el futuro por ejemplo desistir de contratar esta modalidad) como para los trabajadores, tal y como antes dijimos.

Y en este norte, siguiendo a Carlos Facal[6] en adelante, debe ponderarse que la factibilidad técnica de la celebración de estos contratos radica en la individualización de los riesgos asumidos, en su delimitación y en el establecimiento de límites hasta los cuales se acepta dar cobertura.

[6] Título: ¿Puede declararse abusiva una cláusula de un contrato de seguros que delimita el riesgo asumido por el asegurador? Autor: Facal, Carlos J. M. Publicado en: LA LEY 28/06/2018, 28/06/2018, 6 Cita Online: AR/DOC/1157/2018

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

En este marco y partiendo de la base de que estamos en presencia de un seguro optativo – que podría o no haber contratado por la actora- ¿es aceptable que se considere abusivo dejar fuera de la cobertura un riesgo o una circunstancia que afecta la ocurrencia del riesgo?

El autor citado afirma al respecto: "…*Stiglitz nos ilustra sobre la distinción entre la delimitación del riesgo y la cláusula abusiva, y explica por qué la delimitación del riesgo no puede considerarse abusiva: "...la delimitación del riesgo es tema que integra el objeto del contrato... Las descripciones positivas o los supuestos de exclusión implícita o expresa de cobertura acotan el objeto del contrato...* ***De ello se desprende que la delimitación del riesgo, por ser objeto del contrato, jamás puede ser considerada una cláusula abusiva*** *ya que son las partes quienes acuerdan la materia sobre la que se contrata... Desde otra perspectiva, la limitación del riesgo presupone la carencia de cobertura o no seguro. En cambio, la cláusula abusiva integra el contenido negocial de un riesgo cubierto"…*

Las cláusulas abusivas, conforme el inc. a) del art. 988 del CCyC, son las que desnaturalizan las obligaciones del predisponente. Evidentemente, si un riesgo no fue asumido por un asegurador, quedó fuera de la cobertura, del objeto del contrato. Por ende, no puede plantearse que una cláusula de exclusión es abusiva porque la cláusula abusiva es la que borra en la práctica o en su letra o en su interpretación —es decir desnaturaliza— la obligación asumida…

Lo mismo debe decirse del inc. b) del mismo artículo. Si un riesgo no fue asumido quiere decir que no integra el objeto del contrato. Consecuentemente, es impensable que una cláusula "importe renuncia" a lo que no fue asumido o "restricción" de derechos que no se tienen…

Finalmente, si un riesgo está claramente excluido de la garantía del asegurador, es evidente que no encuadra en el inc. c) de la norma y que no pueda decirse que no sea "razonablemente previsible". Una exclusión de cobertura, en un contrato de seguros, no es "una cláusula insólita, que el adherente no imagina que integraría el contenido del contrato" (7). De hecho, las cláusulas de exclusión de cobertura son cláusulas habituales en los contratos de seguro voluntario y lo son porque, como ya dijimos, lo propio del contrato de seguros es individualizar, delimitar y cuantificar económicamente la extensión de su responsabilidad en caso de siniestro…."

Sobre este último aspecto agregamos que la actora sabía o debía saber que la cláusula de exclusión de cobertura expresa existía, conforme se refirió en el apartado anterior.

Pues bien, independientemente de que el contrato de seguro objeto de autos pueda o no ser tipificado de consumo, ello no echa por tierra con las normas que

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUEN

rigen al mismo – de forma tal de considerar derogado el régimen de seguros o inaplicable- y/o con los derechos constitucionales que le dan sustento.

Es que estando claramente definida en la póliza la exclusión de cobertura en cuestión, ésta debe ser interpretada literalmente y aplicada, ya que de lo contrario se afectarían derechos de rango constitucional como ser el de propiedad, ejercicio de una industria lícita y libertad de contratar.

"…***El contrato debe ser respetado en su redacción, ya que como bien dice el art. 965 del CCyC, los derechos resultantes de los contratos integran el derecho de propiedad de los contratantes. Ni el derecho del consumo, ni el art. 42 de la CN han eliminado las demás garantías constitucionales y un diálogo de fuentes serio y consistente no importa arrasar ni con la libertad contractual ni con el derecho de propiedad***…" (Facal, ob. Op. Cit)

Esta doctrina ha sido rotundamente ratificada por la Corte Suprema en el caso "Buffoni" (Fallos 337:329), dictado el 08/04/2014, donde estableció que el asegurador no debe responder más allá de las condiciones pactadas en la póliza y recordó, enfáticamente, que los contratos son ley para las partes. Dijo la Corte: "...El contrato de seguro rige la relación jurídica entre los otorgantes (arts. 1137 y 1197, Cód. Civil)... Demostrados los presupuestos fácticos y la existencia de la cláusula de exclusión de cobertura, no hay razón legal para limitar los derechos de la aseguradora, por lo que corresponde revocar la decisión sobre el punto".

Esta meridianamente clara doctrina fue nuevamente resaltada en el caso "Flores" (Fallos 340:765), en sentencia dictada el 06/06/2017. Dijo el más alto Tribunal: "La libertad de contratación está protegida constitucionalmente y nadie puede, so pretexto de un perjuicio ético o patrimonial, entrometerse en la esfera de la autonomía de quien ha celebrado un contrato".

En ese fallo, el ministro Rosenkratz, abundando en los argumentos constitucionales, agregó: "La propiedad tiene protección constitucional (art. 17, CN) y ella se extiende a los derechos que nacen de los contratos (Fallos 137:47; 294:152; 304:856; 331:2006, entre otros)... Las consideraciones expuestas se ajustan, asimismo, a los precedentes de esta Corte según los cuales no es posible imponer obligaciones a la aseguradora más allá de los términos pactados en la póliza, pues como se dijo, la ley establece que el contrato es la fuente de las obligaciones y en dicho instrumento se determinan los alcances y límites de la garantía debida (Fallos 319:3489; 322:653)".

Justamente el art. 958 del CCyC establece que las partes son libres para celebrar un contrato y determinar su contenido y si bien los jueces pueden alterar el mismo cuando hay cláusulas abusivas, existen límites a tal potestad como ser el derivado

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

del art. 1121 que establece que no pueden ser reputadas como tales las cláusulas relativas a la relación entre el precio y el servicio procurado.

La delimitación de la cobertura tiene que ver con el grado y la extensión de la protección que se acuerda prestar y con el precio que se promete pagar por la protección acordada: existe relación entre el riesgo asegurado- suma asegurada- prima cuya integralidad se halla resguardada por la Constitución y la ley, sin que pueda ser modificada dicha ecuación en la forma que en se hizo al dictar sentencia en esta causa.

.En este caso, la aseguradora no causa el daño –incapacidad- sino que se comprometió a compensar o indemnizar parte del mismo en los términos de un contrato libremente pactado con el tomador – seguro optativo- a cambio de una prima. Si el juez echa mano a esa convención y altera una de los parámetros de la ecuación, transforma la esencia misma del contrato de seguro.

La exclusión afecciones psicológicas y/o psiquiátricas no vacía de contenido la cobertura contratada. Deja fuera del amparo al contrato una circunstancia que es intensificadora del riesgo.

El asegurador puede declinar cubrir determinadas incapacidades derivadas de ciertas patologías y asegurar otras. O podría cubrir todas las incapacidades, incluidos las derivadas de afecciones psicológicas y/p psiquiátricas. Para cada extensión del riesgo, ciertamente diferente, se pactará un precio de cobertura diferente. Y cualquier decisión que adopte será legítima y amparada por su derecho a ejercer la actividad aseguradora, a negar cobertura, o a excluir algunos riesgos, sin que pueda ser nulificada por los jueces pretextando que alguna de las restricciones es abusiva

Y en esta dirección queda en evidencia- siguiendo el razonamiento del Dr. Facal en la obra citada- que parecería que el a quo considera que mi mandante es causante o responsable del daño sufrido por su la actora más allá de los límites contractualmente asumidos y que con ello se pretende, desde la judicatura, a que no sean excluidos del seguro optativo las afecciones psicológicas y/p psiquiátricas. Desde esta perspectiva, la postura asumida por los jueces inferiores resultan restrictivas del derecho constitucional de celebrar contratos, que integra el derecho de propiedad.

De ello se colige que los jueces pretenden crear un verdadero seguro obligatorio, facultad que sólo tiene el Poder Legislativo o Ejecutivo según el caso, y a sustituir al único organismo con competencia federal para regular el quehacer asegurador (SSN).

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

3) <u>Tercer argumento: función social del seguro, carácter tuitivo, interpretación literal, vigencia de principios pro homine, en materia de derechos humanos</u>.

Resulta oportuno referir que afección psiquiátrica y/o psicológica es perfectamente delimitable, dado que las afecciones psicológicas y/o psiquiátricas tienen autonomía técnica (de hecho de dictaminan por especialistas) y jurídica (están previstas en el baremo ley utilizado como patologías independientemente mensurables y, por ejemplo, el "daño psicológico" tiene recepción expresa en el nuevo CCyC), con lo cual su segmentación resulta lícita.

De allí que perfectamente resulte posible pactar su inclusión o exclusión dentro del ámbito de aplicación del contrato de seguro de vida.

Por otro lado la cláusula que excluye a la patología psiquiátrica y/o psicológica de cobertura, se halla redactada en forma clara y sencilla, fácilmente entendible. La actora pagó una prima acorde al riesgo asegurado, el cual no contempla como objeto contractual a este tipo de afecciones.

Es decir, no estamos en presencia de "duda razonable" en orden a la extensión de la cláusula, su significación o imprecisión conceptual; tampoco hay dudas en orden a su oponibilidad, dado que la Sra. Jara estaba anoticiada de su existencia al contratar. De allí que mal pueda acudirse a los principios hermenéuticos de interpretación que se utilizan en los supuestos de conflicto de derechos cuando estos no se hallan determinados o definidos.

Aquellas mandas constitucionales resultan aplicables cuando hay duda sobre el alcance de una obligación o de un derecho, pero jamás pueden utilizarse válidamente para modificar los términos de un contrato, afectando así otros derechos constitucionales de la contraparte (básicamente propiedad) y más aún en el contexto fáctico antes descripto.

Tampoco puede afirmarse que la actora y su familia se encuentran "desguarnecidos" ante la situación de incapacidad detectada ya que ello no ha sido materia de prueba y además se contrapone con la circunstancia de que la actora percibe ingresos vía jubilación, con lo cual tal afirmación resulta ser meramente dogmática.

Asimismo, en este caso tampoco se comprobó que la actora hubiera tenido contratado originalmente un seguro de vida adicional que le otorgara una cobertura mayor a la que luego le facilitó mi mandante en el marco de la operatoria de seguro de vida colectivo provincial, de forma tal de que se pudiera sostener que la cobertura actual es más restrictiva que la anterior y que ello afecta el principio prohomonine. Acá la cobertura

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

otorgada desde que la actora ingresó al seguro adicional fue siempre la misma, y la Sra. Jara lo sabía.

Pondérese, además, que la actora no tenía impedimento alguno para: rehusar la contratación o para contratar por su cuenta otro seguro que cubra el riesgo que ella quiera -dentro de la legalidad- pagando la prima correspondiente. Pero si eligió contratar la póliza objeto de recurso, debe atenerse a sus términos, ya que ello es lo que corresponde por aplicación del principio de legalidad contractual. Recuérdese que este contrato fue celebrado entre "pares" ya que el tomador es la Provincia y la aseguradora es mi mandante, con lo cual mal podría considerarse que el empleador de la actora se hallaba en inferioridad de condiciones al momento de convenir la póliza, máxima cuando ha sido el propio tomador el que predispuso, en la licitación, el contenido del contrato tal y como antes referimos.

En orden a la **razonabilidad** de la exclusión de la afección en cuestión (justificación suficiente), es oportuno referir que tal previsión contractual tiene sustento en que resultan ser patologías que intensifican el riesgo, razón por la cual de estar cubierto el mismo, debería incrementarse la prima y dada la magnitud de la operatoria, sería muy difícil que una aseguradora acepte cubrir semejante riesgo, salvo que la prima sea de una cuantía tal que permita mantener la ecuación económica del contrato, lo que la tornaría básicamente impagable para los trabajadores. **De allí que se el tomador, ponderando los intereses en juego, predispuso una póliza optativa que cubra invalidez física, la cual además es más certera y verificable su comprobación.**

La cláusula mediante la cual el tomador y el asegurador dejaron fuera del paraguas de protección las incapacidades que derivan de afecciones psicológicas y/o psiquiátricas, fue una delimitación objetiva del riesgo (porque no dependía de una conducta del asegurado, sino que describía puntualmente la situación a la que se negaba cobertura). La cláusula que sólo brinda cobertura a determinados accidentes y no a otros no tiene por objeto ni por efecto provocar un desequilibrio entre los derechos y las obligaciones de las partes, en perjuicio del consumidor (art. 1119, CCyC).

Y, en este punto, aún sin desconocer la función social que posee el contrato de seguro colectivo de vida, esto no configura argumento suficiente para omitir considerar la existencia de una cláusula que determina que una determinada patología se halle fuera de cobertura. Nótese que esta cláusula nada tiene de irrazonable; no es difícil comprender que su comprobación es dificultosa y que las mismas suelen ser invocadas en la mayoría de los casos sin un anclaje científico adecuado, por lo que el riesgo de incapacitarse se eleva significativamente, situación por lo cual es previsible que no pueda ser cubierto por la aseguradora sin debilitar, también significativamente, la ecuación económica del contrato.

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Además, se trata de un seguro con cobertura múltiple, abarcando la incapacidad parcial y permanente, con lo cual la actora pudo reclamar por este último riesgo asegurado. Es decir, dado que su invalidez es parcial conforme los términos de la póliza optativa, tenía la posibilidad de peticionar por este siniestro en la medida en que su invalidez hallara cobertura en dicha hipótesis contractualmente prevista como asegurada. Los términos de la contienda –en caso e que hubiera existido- hubieran sido otros. Pero si optó por actuar como lo hizo, resulta improcedente reconocerle un derecho que no tiene causa alguna.

También nótese que no hay periodo de carencia y preexistencia, con lo cual, por ejemplo, la aseguradora no podía rehusar de contratar por ser la actora portadora de afecciones previas- que de hecho lo era- (siempre y cuando el daño no se hubiera consolidado antes). Esto en una contratación individual, por fuera de la operatoria, no es usual ni accesible sustentablemente.

Véase, entonces, que en el caso no se está ante una situación dudosa que determine que al interpretar el contrato, deba definirse a favor de mantener el amparo del beneficiario. Tampoco la cláusula se presenta como de un contenido abusivo.

Con ello queremos significar que la cláusula que expresamente las excluye de cobertura no es por sí misma irrazonable o abusiva, dado que recae sobre un objeto posible (su delimitación es jurídica, técnica y médicamente factible), tiene su razón de ser en el hecho de que su inclusión en el riesgo asegurado incrementaría la posibilidad de que éste suceda (con el consecuente efecto en la prima) y, más aún cuando la actora estaba anoticiada de su existencia.

Por lo demás, nótese que la exclusión esta prevista en el seguro adicional y no así en el obligatorio, con lo cual resulta incorrecto sostener que el bien jurídico protegido en esta clase de seguros se halla afectado o vulnerado. La naturaleza de "optativo" del seguro adicional, permitía a la actora rehusar su contratación y en todo caso contratar otro seguro en el mercado asegurador. Lo que no puede pretender y resulta un contrasentido jurídico es extender el riesgo asegurado en el seguro de vida colectivo adicional objeto del presente, por el cual se pagaba una prima acorde a aquel riesgo, a hechos que se hallan fuera de su objeto.

Nos preguntamos: ¿donde está la ilegalidad o abusividad al excluir de cobertura expresamente la afección psicológica? La delimitación del riesgo hace a la esencia de este tipo de contrato en particular y de cualquier contrato en general. El límite no es por sí mismo abusivo o ilegal, por el contrario es necesario. Una cosa es cuestionar la taxatividad de la cláusula de incapacidad total y permanente taxativa y otra muy distinta es sostener que es inválido pactar que ciertos sucesos no se encuentran abarcados por el seguro en cuestión. Esto es práctica necesaria y común en materia de contratos de seguro.

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas virtual
PROVINCIA DE NEUQUEN

A ello, corresponde referir que la exclusión expresa de una determinada gama o especie de patologías no implica de por sí mismo un desequilibrio significativo entre los derechos y obligaciones de las partes.

La razonabilidad de la exclusión se evidencia por sí sola y en todo caso se presume, más aún cuando la actora, por ejemplo, no ah demostrado que con anterioridad tuvo esa cobertura y ahora no la tiene más. Es decir que mi mandante primero le brindó cobertura por dichas afecciones y luego fuera restringida. En este caso, la actora jamás tuvo contrato de seguro colectivo que asegurara tal patología, con lo cual no se trata de una situación imprevisible para la Sra. Jara o sorpresiva.

Insistimos el incremento del riesgo en la salud de las personas derivadas de la inclusión como riesgo asegurable de las afecciones psicológicas y/o psiquiátricas, conlleva que el siniestro sea inasegurable o bien, que la prima a cobrar deba ser muy superior. Por lo tanto, la claridad de la cláusula, su razonabilidad junto con su anoticiamiento previo conforme antes referimos, determinan que sea oponible a la actora y que, por lo tanto, la demanda no pueda prosperar, ya que excluida del cómputo final, la invalidez física no llega a ser toral y absoluta.

Sostener que el riesgo asegurado es la incapacidad sin consideración a los términos del contrato, especialmente a aquellas cláusulas que expresamente disponen que ciertos hechos no se indemnicen, resulta una clara afrenta a los derechos de libertad y propiedad de mi mandante, tal y como lo desarrollamos en párrafos anteriores.

Sobre este punto se ha dicho:

"…**Nada permite interpretar que la previsión contractual que fija una cobertura asegurativa para el supuesto de incapacidad total de carácter físico, pueda extenderse al supuesto de incapacidad psíquica, expresamente excluida en la cobertura pactada.** La extensión de la condena decidida en el grado no encuentra amparo en la cláusula particular invocada por la aseguradora…Es cierto que el contrato de seguro constituye un supuesto de contrato de adhesión, figura hoy expresamente reglada por el nuevo CCCN. Si bien el mentado cuerpo normativo no constituye derecho vigente a la fecha de los hechos, resulta una pauta orientadora de la labor interpretativa de dichas convenciones. Siguiendo tales lineamientos argumentales, resulta útil señalar que el art. 985 del mencionado cuerpo normativo prevé que las cláusulas generales predispuestas deben ser comprensibles y autosuficientes, debiendo su redacción ser clara, completa y fácilmente legible. Stiglitz sostiene que "*la consecuencia que, como directiva de interpretación, debe aparejar el defecto de legibilidad de una cláusula restrictiva, leonina, gravosa o abusiva es la de tenerla por no escrita, lo que significa no convenida, o el de su inoponibilidad al adherente/consumidor. Lo expresado constituye el efecto que apareja asumir la*

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

responsabilidad de redactar unilateralmente el documento contractual: la obligación de redactar claro constituye la fuente de la responsabilidad civil en que incurre quien efectúa una defectuosa declaración" (Stiglitz, Rubén, "Contratos por adhesión, contratos de consumo y cláusulas abusivas", RCCyC 2015 (setiembre), 17/09/2015, 125, AR/DOC/2850/2015*). La cláusula de delimitación de la cobertura resulta clara y concreta, no admitiendo interpretación alguna a favor del asegurado, extralimitando su contenido*. Con criterio coincidente se ha dicho que "El contrato de seguro debe interpretarse literalmente en los supuestos que la cobertura está expresada claramente, no siendo posible otorgarle una interpretación extensiva, toda vez que la enumeración de los riesgos y la extensión de la cobertura deben apreciarse restrictivamente" (SCBA, "Quinteros", citado por CCivyComAzul, Sala I, 95/03/2013, "Ferrari, Bernabé Antonio c: La Mercantil Andina S.A. s/ cumplimiento de contrato", RCyS 2013IX, 199, AR/JUR/19706/2013). En el mismo fallo, la Cámara dijo que **"El sólo hecho de que el contrato de seguro participe de las características propias de un contrato de adhesión no significa que en todos los casos se deba resolver a favor de la parte más débil ni que sus cláusulas deban considerarse per se abusivas**…"[7].

Desde esa perspectiva, el Dr. Rosenkrant en su voto en la causa "Diaz"[8] que hemos estado siguiendo, refiere que debe recordarse que la propiedad tiene protección constitucional (art. 17, Constitución Nacional) y que ella se extiende a los derechos que nacen de los contratos (Fallos: 137:47; 294:152; 304:856; 331:2006; entre otros). Por ello, la sentencia de cámara, al obligar a la aseguradora a afrontar el pago de una incapacidad que carece de amparo asegurador, alegando la supuesta desnaturalización de la "función social del seguro", viola su derecho de propiedad. La sentencia apelada avanza sobre los derechos que emergen del contrato sin justificación suficiente y, como consecuencia de ello, impone a la aseguradora una obligación sin fuente legal alguna (doctrina de Fallos: 204:534; voto concurrente de la jueza Argibay en la causa "Flagello", .Fallos: 331: 1873).

Y, en este sentido resulta, siguiendo el voto del Dr. Rosenkantz en la causa "Díaz" y la doctrina de los fallos "Buffoni"[9] y "Flores"[10] antes citada - cuyos términos se invocaran en lo que sigue- que la obligación del asegurador de indemnizar al asegurado por el acaecimiento del riesgo asegurado, nace, no de la ley, sino el contrato de seguro. De manera tal que 'la pretensión de que la aseguradora se haga cargo

[7]Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Minas, de Paz y Tributario, Mendoza, "Segade, Rubén vs. Caja de Seguros S.A. s. Cumplimiento de contrato", sent. del 21/11/16; Fuente: Rubinzal Online Cita: RC J 2757/17

[8]CSJN, "Diaz Graciela Luisa c/ Evangelista Jorge Daniel Pascual y Otros s/ daños y perjuicios ", sent. Del 12-6-18

[9]CSJN, "Recurso de Hecho deducido por La Perseverancia Seguros S.A. en la causa **Buffoni, Osvaldo Omar c. Castro, Ramiro Martín s/ daños y perjuicios-08/04/2014".**

[10]CSJN, "**Flores, Lorena Romina c/ Gimenez, Marcelo Osvaldo y otro s/ daños y perjuicios**", CSJ (678/13), sentencia del 6-6-17

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas virtual
PROVINCIA DE NEUQUEN

del pago de la indemnización "más allá de las limitaciones cuantitativas establecidas en el contrato" carece de fuente jurídica que la justifique y, por tanto, no puede ser el objeto de una obligación civil.

Por otro lado, esta parte considera que la función jurisdiccional en nuestro ordenamiento jurídico tiene como principal objeto **resolver conflictos de interés o derecho, mediante la aplicación de la ley** (Lege Data), más allá de los gustos o preferencias personales del magistrado en orden a cómo debería regularse o legislarse tal o cual cuestión (Lege Ferenda).

Recordamos esta premisa porque estamos convencidos de que la **solución dada al caso resulta irrazonable**, por cuanto no solo es contraria a la ley aplicable –ley de seguros y constitución nacional- y al *método* de interpretación y aplicación del derecho previsto en el Código Civil y Comercial (rige ley especial por sobre general).

Esto ha llevado a crear o generar un conflicto interpretativo allí donde no lo hay (por cuanto la cláusula es clara, sencilla y contundente al excluir expresamente e cobertura a las afecciones psiquiátricas y/o psicológicas, sabiendo o debiendo saber la actora al momento de su contratación no solo que la misma existía –firmó los formularios junto con anexos respectivos- sino que además era la patología en cuestión era la que mayormente la incapacitaba) para de estar forma forzar una interpretación que permita dar cabida a una solución de lege ferenda (con apariencia de lege data).

Recuérdese que en este caso la incapacidad psiquiátrica/psicológica es igualmente invalidante que la física (50% la primera contra 51,80% la segunda), con lo cual se está mandando a indemnizar un hecho manifiestamente carente de cobertura: no puede haber duda alguna que este reclamo carece de amparo asegurador.

En el fallo "Bastía" antes citado y que fue materia de revisión por este TSJ, la Cámara sostuvo:

"*…En estos términos no cabe sino otorgar razón al juez de primera instancia, ya que siendo la enfermedad psiquiátrica un riesgo excluido del seguro adicional con carácter expreso, y encontrándose representada la incapacidad total de la demandante en su mayor parte (70%) por una enfermedad de esta naturaleza; estando tal circunstancia contractual en conocimiento de la demandante, corresponde rechazar la pretensión actoral de cobro del seguro adicional… Sin embargo, la cláusula en que escuda su negativa la aseguradora es clara y fue conocida por la actora al momento de contratar, por lo que tiene plena validez y le es oponible, más allá de la naturaleza social del seguro y la adhesión a condiciones predispuestas. A ello sumo que, tratándose en el caso del seguro adicional, podía la actora negarse a contratarlo ante el conocimiento de la exclusión, y no*

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUEN

lo hizo, por lo que ha prestado su conformidad para que la cobertura asegurativa sea brindada en las condiciones expuestas en la póliza…"

No hay motivo valedero para apartarse del contenido literal de la cláusula en cuestión en este contexto fáctico, ergo mal podría haber duda alguna que motive realizar tarea de interpretación que justifique la solución dada por la Alzada.

Por ello, se solicita se haga lugar al presente agravio, se revoque la sentencia y se rechace la demanda respecto a la pretensión de cobro del seguro de vida colectivo adicional, dado que descontada la afección psicológica/psiquiátrica del cómputo final, la incapacidad física no llega a ser total, permanente y absoluta, con costas.

En función de todo lo expuesto, solicitamos se haga lugar al presente recurso de inaplicabilidad de ley y se ordene el rechazo de la demanda, con costas, dado que excluida la patología psicológica y/o psiquiátrica, la incapacidad de la actora no es absoluta ni total, razón por la cual luce ausente el presupuesto de hecho que daría origen al pago de la indemnización reclamada.

V) MANTIENE RESERVA DEL CASO FEDERAL.

Hago reserva en tal sentido de recurrir al Supremo Tribunal de la República para el caso de una decisión adversa. Ello así por la vía del artículo 14 de la ley 48, o bien a través de la doctrina de la arbitrariedad acuñada por el tribunal, ya que la sentencia cuestionada se ha apartado del derecho positivo vigente sin justificativo alguno, lo cual comportaría a la par, la conculcación de la garantía del debido proceso (art. 18 C.N.) y del Derecho Constitucional de Propiedad (art. 14 CN), legalidad (art. 19 CN) y libertad en los aspectos de ejercicio de industria lícita (art. 14. CN).

Específicamente, en lo relativo a la doctrina de la arbitrariedad acuñada por el tribunal, debe ponderarse que un decisorio adverso al aquí pretendido importaría convalidar el apartamiento de las constancias de autos y del derecho positivo vigente sin justificativo alguno efectuado por la Cámara de Apelaciones, todo lo cual comportaría a la par, la conculcación de la garantía del debido proceso (art. 18 C.N.) y del derecho constitucional de propiedad (art. 17 C.N.)

Es que la confirmación del fallo recurrido implicaría convalidad el tratamiento dado por el a quo al caso prescindiendo de dar al mismo un tratamiento adecuado a la controversia de conformidad con las normas aplicables y las circunstancias comprobadas de la causa (conf. Fallos: 324:3618; 325:329; 327:5082; 333:203, entre muchos otros).

VI) PETITORIO.

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Por todo ello solicito:

A la Excma. Cámara que:

Tenga por interpuesto el recurso de casación por inaplicabilidad de ley, en legal tiempo y forma.

Corra traslado del presente a la contraria, elevando a su turno el presente trámite.

Al Excmo. Tribunal Superior de la Provincia de Neuquén que:

Haga lugar al recurso de casación de inaplicabilidad de ley incoado, revocando en su totalidad la sentencia recurrida, con costas; Tenga presente la reserva del caso federal.

Proveer de conformidad que,

SERA JUSTICIA.

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

Macro

BANCO MACRO S.A. FECHA 10/06/2021

Sarmiento 447 - C1041AAO - CAPITAL FEDERAL

IVA RI: CUIT Nº 30-50001008-4- IIBB: 901-865.589-2

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA

ORIGEN DE LA OPERACIÓN

BANCO: 285 - BANCO MACRO S.A.

AV. INDEPENDENCIA 198 - CP 2322 - Sunchales (SF)

ORDENANTE:

RAZON SOCIAL: SANCOR COOP DE SEGUROS LTDA

DOMICILIO: Ruta 34 km. 257 - Sunchales (SF)

ID TRIBUTARIA: CUIT 30-50004946-0

SITUACION IVA: RESPONSABLE INSCRIPTO

DESTINO DE LA OPERACION

NOMBRE: JARA JULIA

CUIT: 30500014047

CBU 0970043753009371400019

TRAMITE. 0

IMPORTE $ 29949.50

S.E.U.O.

PODER JUDICIAL PROVINCIA DE NEUQUÉN

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

BPN S.A. Judiciales

Consulta de Saldo

Información de la cuenta

Solicitado por: **Luis Angel Quiles**
Condición frente al IVA : **Responsable Monotributo** CUIL/CUIT: **20289457454**
Cuenta : **937140/1**
CBU : **09700437-53009371400019**
Juzgado : **CAM DEL INT PCIAL - ZAPALA**
Expediente : **CZACI-EXP-39592-2018**
Carátula : **JARA JULIA ESTER C/SANCOR COOP**
Sucursal: **DELEG. CIUDAD JUDICIAL**
Fecha y hora de consulta: **25/06/2021 12:13 p.m.**

Información del Saldo

Saldo: $ **29.949,50** al: **25/06/2021**

Nota: Si la consulta es efectuada un día no hábil, el saldo mostrado corresponde al siguiente día hábil

Código de seguridad BPN

564DFC1230E44D64234417E62E3B99F6C0829C37D2D6B9071A7554E5
3CD1E7759CE82A0D65D6B34FFCC583EC43D5E5EEA3F2D66F7702FAD7

Fecha de Ingreso: 25/06/2021 12:28 | Fecha del Cargo: 25/06/2021 12:28 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 685

Digitally signed by BUSAMIA Roberto German
Date: 2021.12.10 12:25:20 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by MOYA Evaldo Dario
Date: 2021.12.10 14:03:59 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by COSENTINO Joaquin Antonio
Date: 2021.12.10 14:21:57 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

RESOLUCIÓN INTERLOCUTORIA N° 223.

NEUQUÉN, 10 de diciembre de 2021.

VISTAS:

Las actuaciones caratuladas **"JARA, JULIA ESTER c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expediente JZA1S2 N° 39.592 - Año 2018),** venidas a conocimiento de la **Sala Laboral** del Tribunal Superior de Justicia, y

CONSIDERANDO:

I. La aseguradora demandada (Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.) interpuso recurso por Inaplicabilidad de Ley (fs. 342/356) contra la sentencia dictada por la Cámara Provincial de Apelaciones –con competencia en el Interior- (Sala II), con asiento en la ciudad de Zapala (fs. 326/339). En ese pronunciamiento, la Alzada rechazó el recurso de apelación interpuesto por idéntica parte y, en consecuencia, confirmó la sentencia de primera instancia que desestimó las defensas opuestas por la accionada y admitió la demanda por la suma de $598.990.-, con costas a la aseguradora vencida.

La recurrente invocó las causales previstas en el artículo 15, incisos "a" y "b", de la Ley N° 1406.

Denunció violación y errónea aplicación de los artículos 1, 11, 12, 118 y concordantes de la Ley de Seguros (LS), porque la sentencia recurrida condenaría a indemnizar un siniestro fuera de cobertura, en desmedro de cláusulas contractuales claramente previstas y determinadas.

Agregó, al respecto, que el fallo recurrido vulneraría los límites contractuales y legales aplicables en la materia, imponiendo a su mandante el cumplimiento de una obligación carente de causa, situación que –a su criterio- implicaría una clara afrenta al derecho

constitucional de propiedad.

Sostuvo que la patología psiquiátrica se encontraría excluida expresamente de la cobertura, conforme la cláusula séptima de la póliza adicional, por lo cual –entendió- no debe ser ponderada a los fines de determinar la incapacidad de la actora en el marco del presente pleito.

Además, sostuvo que no desconoce los precedentes citados por la Cámara de Apelaciones pero que ellos no son aplicables al presente caso, dado que la base fáctica resulta distinta. Explicó que aquí la actora firmó al final del anexo correspondiente al seguro optativo, estampando su firma sobre la cláusula séptima, cuyo texto se encontraría redactado en mayúsculas y negrita, siendo fácilmente legible y entendible su significación. Por ello, concluyó que resultaría incorrecto afirmar que la actora no sabía lo que estaba contratando o que ella creía que contrataba una determinada cobertura cuando en realidad era otra.

También la quejosa hizo referencia a que este Tribunal Superior de Justicia habría confirmado recientemente fallos (“Bastías” y “Cid”) que hicieron lugar a la defensa de exclusión de cobertura con sustento en la cláusula aquí invocada, por ser la mayor afección incapacitante y estar notificada de su existencia.

Consideró, además, que no toda restricción o limitación del riesgo asegurado resulta ineficaz sino solo aquella que es ilegítima. Y –añadió- que la exclusión de afecciones psicológicas y/o psiquiátricas no vacía de contenido la cobertura contratada, en tanto deja fuera del amparo del contrato una circunstancia que es intensificadora del riesgo.

Luego, sostuvo que las mentadas afecciones tienen autonomía técnica y jurídica, pudiendo segmentarse lícitamente y que su exclusión está prevista en el seguro adicional y no así en el obligatorio. Por lo que –a su entender- resultaría incorrecto sostener que el bien jurídico protegido en esta clase de seguros se hallaba vulnerado.

Por último, afirmó que la sentencia en crisis, al obligar a la aseguradora a afrontar el pago de una incapacidad que carecería de amparo asegurador con la alegación de la supuesta desnaturalización de la "función social del seguro", violaría el derecho de propiedad de su parte. Asimismo, razonó que se avanzaría sobre los derechos que emergen del contrato, sin justificación suficiente, imponiéndole a la aseguradora una obligación sin fuente legal.

Culminó su escrito con el mantenimiento de la reserva del caso federal.

II. Una vez conferido el traslado del recurso, contestó la actora y solicitó que se declare la inadmisibilidad del remedio incoado, con costas (fs. 360/372).

III. Luego, se notificó el recurso interpuesto a la Fiscalía General (fs. 375vta.).

IV. Ahora bien, realizada esta breve reseña del recurso, corresponde realizar el análisis de concurrencia de recaudos y exigencias contenidos en la Ley N° 1406 y, en particular, con la guía del artículo 5 del ritual casatorio, se constata que:

a) El escrito recursivo fue presentado tempestivamente, por quien tiene legitimación para ello y ante el mismo Tribunal que dictó la decisión en crisis.

b) Se ha constituido debidamente el domicilio postal y electrónico.

c) La sentencia recurrida cumple con el requisito de definitividad establecido por el artículo 1 de la Ley N° 1406, dado que pone fin al litigio, impidiendo toda posibilidad de reedición.

d) En orden al depósito exigido por el artículo 2 del ritual casatorio, tal requisito se encuentra satisfecho, conforme surge de la solicitud de transferencia y consulta de saldo bancario que lucen a fs. 356vta. y 357.

e) Por otro lado, en cuanto al recaudo de autonomía exigible en los términos del artículo 16 de la Ley Casatoria, extremo relevante en orden al carácter extraordinario de la intervención del Tribunal Superior en esta instancia (cfr. Resoluciones Interlocutorias N° 126/19 "Méndez" y N° 2/20 "Parada", del registro de la Secretaría Civil), se advierten algunas deficiencias técnicas (transcripciones textuales parciales de la sentencia de segunda instancia, tal como surge de fs. 347vta. y 348). Pese a ello, se tiene por cumplida la exigencia analizada, atento a que del relato efectuado por la impugnante surgen con meridiana claridad las cuestiones debatidas en autos.

f) Empero, contrariamente a lo sostenido por la recurrente en el acápite II. 7 de su pieza casatoria (fs. 342vta.), no se verifica satisfecho el recaudo atinente al monto habilitante, previsto por el artículo 14 de la Ley N° 1406 para el recurso por Inaplicabilidad de Ley intentado.

En efecto, conforme surge de las constancias de la causa el monto de condena respecto del seguro

colectivo adicional asciende a $578.990.-, es decir, no supera el piso exigido por la norma en cuestión, que lo fija en el doble de la remuneración total asignada al cargo de Juez de Primera Instancia de la Provincia del Neuquén, y el que, al momento de interponer el recurso extraordinario local, ascendía a la suma de $605.098.- (cfr. Acuerdo N° 6089, punto 9, de este Tribunal Superior de Justicia, del registro de la Secretaría de Superintendencia).

g) Ahora bien, no puede soslayarse que la cuestión a examinar en los presentes –exclusión de la cobertura de las patologías psiquiátricas y/o psicológicas- es similar a la traída a conocimiento de este Cuerpo en otra causa, a cuyo respecto se abrió la instancia extraordinaria local por Resolución Interlocutoria N° 26/21 "Pino", del registro de la Secretaría actuante, correspondiendo dar igual tratamiento a situaciones similares (cfr. Resolución Interlocutoria N° 110/17 "Provincia del Neuquén", del registro de la Secretaría Civil).

Es por ello que considerando la importancia de la función uniformadora de la casación, no obstante observarse ciertas falencias formales, corresponde admitir el recurso impetrado a fin de facilitar la aplicación uniforme del derecho, en tutela de la seguridad jurídica y la igualdad de tratamiento (cfr. Resolución Interlocutoria N° 80/14 "Provincia del Neuquén", de idéntico registro).

Bajo dicha directriz, respecto de la impugnación de la parte demandada, se considera -a primera vista- cumplida la carga que hace a una adecuada fundamentación del recurso por Inaplicabilidad de Ley, en

el marco de las alegadas causales del artículo 15, incisos "a" y "b", del ritual casatorio.

V. Por lo cual, y sin que ello importe anticipo alguno sobre el pronunciamiento de fondo, es que corresponde declarar admisible el remedio incoado por la parte demandada.

Por ello,

SE RESUELVE:

I. Declarar **ADMISIBLE** el recurso por Inaplicabilidad de Ley deducido por la parte demandada –Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.- (fs. 342/356), con sustento en el artículo 15, incisos "a" y "b", de la Ley N° 1406.

II. De conformidad con lo previsto por el artículo 5 de la Ley Casatoria, **VISTA FISCAL.**

III. Ordenar registrar y notificar.

MM

Dr. ROBERTO G. BUSAMIA
Vocal

Dr. EVALDO D. MOYA
Vocal

JOAQUÍN A. COSENTINO
Secretario

Fs.410.-

(EXPTE. JZA1S2 #TIP EXP# 39592/2018) “JARA JULIA ESTER C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA” - #TIP ACT# 20640

Expediente y Actuación

Expediente
JZA1S2EXP395922018
Caratula
JARA JULIA ESTER C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA
Actuación
20629ACUERDO N° 21 RIL PROCEDENTE (07/12/23)
Mail enviado

Fecha Envio Mail
07/12/2023 02:10:22 p.m.
Mail Notificación
Notificación Electrónica Expediente: JZA1S2-EXP-39592/201820629CN=TSJ/O=TSJ_NeuquenDextra-TSJ-Sec-Civil.nsf
Notificación Expediente: JZA1S2-EXP-39592/2018
Actuación :07/12/2023 - 20629 - ACUERDO N° 21 RIL PROCEDENTE (07/12/23) - FIRMADA DIGITAL

Informe de Entrega

Usuario Notificado
GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU ZA90
Fecha Notificación
07/12/2023 02:10 p.m.
Mail de Recepción
Notificación Electrónica Expediente: JZA1S2-EXP-39592/201820629CN=TSJ/O=TSJ_NeuquenDextra-TSJ-Sec-Civil.nsf
Estado Mail
Reporting-MTA: dns;sine.jusneuquen.gov.ar

Final-Recipient: rfc822;ZA90%TSJ_NEUQUEN@jusneuquen.gov.ar
Action: delivered
Status: 2.0.0

Estado Notificación
Mail Entregado

Informe de Entrega

Usuario Notificado
LUIS ANGEL QUILES NQ1889
Fecha Notificación
07/12/2023 02:10 p.m.
Mail de Recepción
Notificación Electrónica Expediente: JZA1S2-EXP-39592/201820629CN=TSJ/O=TSJ_NeuquenDextra-TSJ-Sec-Civil.nsf
Estado Mail
Reporting-MTA: dns;sine.jusneuquen.gov.ar

Final-Recipient: rfc822;LUIS_ANGEL_QUILES_NQ1889%TSJ__NEUQUEN@jusneuquen.gov.ar
Action: delivered
Status: 2.0.0

Estado Notificación
Mail Entregado

Informe de Entrega

Usuario Notificado
CN=Secretaría de superintendencia y recursos extraordinarios -MPFNQ-FD/O=TSJ_Neuquen@TSJ_NEUQUEN
Fecha Notificación
07/12/2023 02:10 p.m.
Mail de Recepción
Notificación Electrónica Expediente: JZA1S2-EXP-39592/201820629CN=TSJ/O=TSJ_NeuquenDextra-TSJ-Sec-Civil.nsf
Estado Mail
Reporting-MTA: dns;mail.jusneuquen.gov.ar

Final-Recipient: rfc822;ssyrempfnqfd@jusneuquen.gov.ar
Action: delivered
Status: 2.0.0

Estado Notificación
Mail Entregado

Digitally signed by BUSAMIA Roberto German
Date: 2023.12.07 14:01:11 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by MOYA Evaldo Dario
Date: 2023.12.07 13:56:42 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by COSENTINO Joaquin Antonio
Date: 2023.12.07 14:08:08 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

ACUERDO N° 21. En la ciudad de Neuquén, capital de la provincia del mismo nombre, a los siete (7) días del mes de diciembre de dos mil veintitrés, en Acuerdo, la Sala Laboral del Tribunal Superior de Justicia integrada por los señores Vocales doctores Roberto Germán Busamia y Evaldo Darío Moya, con la intervención del señor Secretario Joaquín Antonio Cosentino, procede a dictar sentencia en los autos **"JARA, JULIA ESTER c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expediente JZA1S2 N° 39.592 – Año 2018)**, del registro de la Secretaría Civil interviniente.

ANTECEDENTES: La aseguradora demandada -Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.- interpuso recurso por Inaplicabilidad de Ley (fs. 342/356) contra la sentencia dictada por la Sala II de la Cámara Provincial de Apelaciones –con competencia en el Interior- (fs. 326/339). En ese pronunciamiento, la Alzada rechazó el recurso de apelación interpuesto por idéntica parte y, en consecuencia, confirmó la sentencia de primera instancia que desestimó las defensas opuestas por la accionada y admitió la demanda por la suma de $598.990.-, con costas a la aseguradora vencida.

Corrido traslado, la actora contestó a fs. 360/372.

A través de la Resolución Interlocutoria N° 223/21, se declaró admisible el recurso por Inaplicabilidad de Ley.

A su turno, la Fiscalía General propició la improcedencia del remedio casatorio interpuesto (fs. 381/384).

Efectuado el pertinente sorteo, este Cuerpo resolvió plantear y votar las siguientes:

CUESTIONES: a) ¿Resulta procedente el recurso

por Inaplicabilidad de Ley?; b) En caso afirmativo, ¿qué pronunciamiento corresponde dictar?; c) Costas.

VOTACIÓN: Conforme el orden del sorteo realizado, a las cuestiones planteadas el **Dr. Roberto G. Busamia**, dijo:

I. Para comenzar el análisis, es necesario resumir los aspectos relevantes de la causa, de cara a los motivos que sustentan la impugnación extraordinaria planteada por la demandada.

1. La Sra. Julia Ester Jara promovió demanda contra Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. por la suma de $598.989,56.-.

Reclamó el pago de los seguros colectivos obligatorio y adicional, por incapacidad total y permanente, de los que resultaba beneficiaria por desempeñarse desde 1996 en las tareas de maestranza en relación de dependencia respecto del Ente Provincial de Termas de la Provincia de Neuquén, que actuó como tomadora de tales seguros.

Señaló que el 01/02/18 el Dr. Alejandro González confeccionó informe médico previsional donde determinó que ella padece una incapacidad física del 72,38% por diferentes afecciones de carácter irreversibles y progresivas que le impiden realizar cualquier actividad lucrativa. Dijo que una vez que tomó conocimiento de su incapacidad, remitió carta documento el 09/04/18 mediante la cual puso en conocimiento su incapacidad e intimó al pago de los seguros. Agregó que la demandada guardó silencio al respecto, requiriendo la aplicación de la doctrina de la aceptación tácita. Adujo que nunca se le entregaron copias de las pólizas e invocó la aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor (LDC).

2. La aseguradora demandada se pronunció en

relación al seguro contratado, carga de la prueba y monto ($300.000.-). Sostuvo que la contratación de su mandante es originaria. Planteó oponibilidad del contenido de las pólizas porque la trabajadora suscribió el contenido de estas últimas con sus anexos.

Denunció la inaplicabilidad de la Ley de Defensa del Consumidor (LDC). Opuso la prescripción de un año como defensa de fondo tomada desde la carta documento del 28/05/15 enviada por la actora a la aseguradora en la que se ponía en conocimiento que padecía una incapacidad total y permanente del 76,24%.

Sostuvo la improponibilidad de la demanda porque la actora no contestó la documentación complementaria solicitada por la aseguradora.

Planteó exclusión de cobertura de ambos seguros por no presentar la actora una incapacidad total, permanente y absoluta, y en tanto las patologías invalidantes no estaban previstas como riesgo asegurado en el seguro adicional.

Consideró la inexistencia de cláusulas inoponibles y/o abusivas y bregó por la improcedencia del planteo de inoponibilidad. Por último, planteó el límite de responsabilidad por costas.

3. Contestó la actora la documental y defensas opuestas. Dijo que si se toma como punto de partida la misiva mencionada en la demanda (2015), se encontraba en curso el plazo de prescripción del artículo 50 de la LDC, que disponía tres años. A todo evento, planteó la inconstitucionalidad de la modificación efectuada al artículo 50 de la Ley N° 24240 por la Ley N° 26361. Se opuso también al límite de responsabilidad por costas. Planteó la inconstitucionalidad del artículo 277 de la

Ley de Contrato de Trabajo (LCT).

4. La sentencia de primera instancia resolvió -con transcripción del precedente "Godoy Godoy"- rechazar la excepción de prescripción articulada por la demandada, en el entendimiento de que resultaba aplicable el plazo de cinco años previsto en el Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC) y no el plazo anual contemplado en la Ley de Seguros (LS).

También desestimó la defensa de improponibilidad de la demanda por falta de información del asegurado, al considerar que el incumplimiento de aquella carga no fue malicioso.

Seguidamente, abordó lo referido a la configuración del riesgo cubierto. Señaló que, con el informe pericial médico, se acreditó una incapacidad física de la Sra. Jara del 55,68%, y que con el informe pericial psicológico se fijó una incapacidad del 50%, y 7,4% más de factor complementario por nivel de educación formal. Por lo que tuvo por probado que la actora padecía una incapacidad del 77,84% siendo total y permanente.

Agregó que, sin perjuicio de no haber accedido la actora al beneficio de la jubilación, las pericias acreditan que la misma se halla incapacitada totalmente.

Luego, con sustento en la Ley N° 24240 (LDC), en el Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC) y con remisión a precedentes jurisprudenciales, consideró que las cláusulas que tienden a limitar la cobertura contratada en este seguro de tipo social resultan abusivas por desnaturalizar las obligaciones de la aseguradora y el seguro contratado, siendo inoponibles al beneficiario. Por lo que decidió admitir la acción.

Consideró que, en el caso, no resultaba oponible a la beneficiaria 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 más favorable para el consumidor.

Enfatizó que al ser la incapacidad total y permanente una de las contingencias cubiertas por el tipo de seguros reclamados, acreditada tal incapacidad en los términos que surgen de las pericias analizadas (médica y psicológica), y teniendo en cuenta la inoponibilidad de las limitaciones de cobertura invocadas por la aseguradora, se estaría acreditado el riesgo cubierto y, en consecuencia, entendió procedente la acción intentada.

En lo que respecta al monto de condena, fijó los importes para cada uno de los seguros, los que conforme pólizas pertinentes ascendían para el obligatorio a la suma de $20.000.-, y para el adicional a la suma equivalente al múltiplo de 25 sueldos, sin tope a partir del 01/01/16, monto que conforme recibo del mes de febrero de 2018 ascendía a la suma reclamada de $578.990.-.

Finalmente, al capital de condena le reconoció intereses a la tasa activa del Banco de la Provincia del Neuquén, a computarse desde el 06/04/18, fecha en que la empleadora -tomadora del seguro- tomó conocimiento de la minusvalía de la actora y dispuso que correrían hasta su efectivo pago.

Impuso las costas a la demandada vencida y tuvo presente para su oportunidad el límite previsto por el artículo 277 de la LCT.

5. La demandada se agravió del rechazo de la excepción de prescripción, defendiendo el plazo anual previsto en la Ley de Seguros (LS) y fecha de inicio en

el año 2015.

También cuestionó que la Jueza de grado desestimó la defensa de exclusión de cobertura respecto del seguro de vida colectivo adicional, dado que su parte había probado que el suceso indemnizable respecto del mismo no había acaecido, razón por la cual se imponía su rechazo.

Refirió que la póliza contratada preveía exclusiones específicas de cobertura previstas en la cláusula 7°, entre las que se encontraba la afección psicológica y/o psiquiátrica, estableciendo además un baremo propio para ponderar la incapacidad.

Citó jurisprudencia de la Cámara de Apelaciones de Neuquén. A tal fin, refirió los autos "Russo" y "Bastías"; luego citó al criterio sentado por este Tribunal Superior de Justicia en "Cid Rosa".

Por ello, expresó que la patología psicológica/psiquiátrica dictaminada en la pericia de autos se encuentra expresamente excluida de la cobertura (artículo 7, inciso "b", póliza pertinente). Agregó que la cláusula se halla redactada en forma clara y sencilla.

Respecto al monto de condena, en forma subsidiaria manifestó que teniendo en cuenta la fecha del siniestro -29/04/15-, conforme los términos de las pólizas, las sumas aseguradas eran de $12.000.- seguro obligatorio y $300.000.- adicional (capitales asegurados). De ahí que pidió se reduzcan los montos de condena a dichos valores, con costas. A tal fin, indicó que para casos previos al 31/12/15 regían aquellos topes de sumas aseguradas.

Asimismo, y en forma subsidiaria, alegó arbitrariedad de la sentencia en orden a la fecha del siniestro determinada. Reiteró que la suma asegurada,

respecto del seguro adicional era de $300.000.-, siendo el límite de la responsabilidad que asume el asegurador de un siniestro (artículos 11 y 12 de la LS, y el contrato, fuente principal de las obligaciones).

6. La actora, en su réplica, denunció que la fecha indicada por la demandada al contestar la acción, no fue invocada como aquélla en que se debía calcular el monto del seguro de vida adicional. Por lo que consideró que mal puede hacer referencia a esa fecha en segunda instancia para poder fundar su queja.

Al contestar el agravio referido al monto de condena del seguro de vida colectivo optativo o adicional, expuesto en subsidio por la quejosa, indicó que no sería correcto considerar que el monto es con tope, toda vez que a partir del 01/01/16 el pago de la suma de dinero respecto al seguro adicional lo es sin tope, conforme lo indica la propia póliza. Por ello, el planteo en torno a que únicamente debía pagar como suma máxima $300.000.- debía ser rechazado, toda vez que –dijo- la demandada no se hizo cargo de poder derrumbar el principio columnario de los derechos de los consumidores donde impera un criterio amplio favorable a los mismos e inoponible cuando se trata de retacear derechos. Asimismo, agregó que la propia demandada al momento de contestar demanda acompañó la póliza N° 286991 con vigencia del 01/01/18 al 01/01/19 en lo referente al seguro de vida colectivo optativo, consignándose en el endoso N° 3 *in fine* expresamente que "... *Toda alta que se produzca a partir del 1-3-2016 se emitirá sin tope de suma asegurada* ...". Así, conforme documental acompañada por la propia demandada consistente en "SOLICITUD-SEGURO-COLECTIVO", documental que no fuese desconocida por la

actora, ésta ingresó al seguro colectivo de vida optativo con fecha 16 de enero de 2017, ergo, le corresponde la suma asegurada sin tope.

7. La sentencia de la Cámara Provincial de Apelaciones –con competencia en el Interior- confirmó el fallo apelado.

Como primer punto, señaló que conforme el formulario de adhesión suscripto por la actora, así como también atendiendo a lo que resulta de la póliza de seguro de vida optativo N° 286991 -documentación acompañada por las partes litigantes-, la actora ingresó al mencionado seguro optativo con fecha 16 de enero de 2017. Tomó un caso similar en autos "Huani" en el que se consideró que la fecha alegada por la demandada se contradice con la propia actitud de la aseguradora, que, como dijo, el 16 de enero de 2017 dio de alta a la actora en el seguro de vida colectivo modalidad adicional, teniendo en cuenta que en la póliza consta que son personas asegurables las que se encuentran "... *en servicio activo y relación de dependencia con la contratante* ..." y se establece que por servicio activo se deben entender "... *la concurrencia normal al trabajo, con desempeño de las tareas habituales en el lugar o lugares establecidos, dentro del horario respectivo y cumpliendo además el horario de labor* ...". Esta circunstancia –añadió- en modo alguno se condice con la actitud asumida por la aseguradora en este proceso, ya que si a la fecha en que se firmó la solicitud referida la actora hubiera contado con una incapacidad igual o superior al 66% como ahora pretende la aseguradora, no hubiera revestido el carácter de sujeto asegurable, y no habría podido ser incorporado al seguro, circunstancia que, por otro lado, al estar a sus propios dichos, la

demandada no podía desconocer. Por estas razones, entendió que este agravio debía ser rechazado, fijando como fecha de ocurrencia del siniestro el mes de febrero de 2018.

Respecto de la prescripción, como fue fijada la fecha del siniestro en el mes de febrero de 2018 y la demanda fue interpuesta el 18 de abril de 2018, la Alzada consideró que no había transcurrido siquiera el plazo anual de un año fijado por el artículo 58 de la Ley de Seguros (LS).

Añadió que, sin perjuicio de ello, y aun tomando la fecha invocada por la recurrente, esto es el 29 de abril de 2015, la acción no se encontraba prescripta conforme postura de la Cámara de Apelaciones en los precedentes invocados por la sentenciante de grado.

En punto a la exclusión de cobertura, afirmó que en el caso se determinó, conforme pericias médica (fs. 243/247) y psicológica (fs. 220/225), la incapacidad de la Sra. Julia Jara en un 77,48% de la total obrera.

Expuso que esa Alzada había sentado criterio en favor de lo resuelto en autos "Almeida". Con expresa referencia a las patologías psiquiátricas y psicológicas, citó la postura de este Tribunal Superior de Justicia en autos "Ferreyra c/ Caja de Seguros" y "Cifuentes c/ Caja de Seguros S.A." del año 2012.

Luego, señaló que el precedente "Cid, Rosa" que invoca la recurrente no resultaba trasladable sin más al presente caso, ya que no eran similares las circunstancias fácticas ni las cuestiones resueltas. Entendió que la postura que excluye las cláusulas limitativas de responsabilidad que importan denegar o

reducir la cobertura, habría sido ratificada recientemente en el precedente "Bruna" de este Cuerpo. Por los argumentos desarrollados, entendió que correspondía rechazar el agravio en análisis.

Por último, en referencia al monto de condena correspondiente al seguro de vida colectivo adicional, expresó que la situación fáctica de estas actuaciones resultaba disímil a la resuelta en el precedente "Bruna" del Tribunal Superior de Justicia, con lo cual la solución allí brindada –a su criterio- no resultaba trasladable a este caso.

Sobre el punto, señaló que al momento de ocurrencia del siniestro (febrero 2018) la póliza que regía la relación contractual entre las partes en orden al seguro de vida optativo, contemplaba una suma asegurada de 25 sueldos sin tope (Cláusula 2 de las Condiciones Particulares, fs. 73). Agregó que de la Póliza N° 286991 acompañada por la propia demandada surge que a partir del 1 de enero de 2016 la suma asegurada es de 25 sueldos sin tope, y que el tope de $300.000.- estaba previsto para las pólizas con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2015, todo lo cual por otra parte es reconocido expresamente por la recurrente conforme surge del escrito de contestación de demanda. Añadió también que de la solicitud de adhesión y de la póliza acompañada por la propia demandada, surgía que la actora suscribió la solicitud de adhesión al seguro optativo con fecha 16/01/17, y la póliza acusa una vigencia del 01/01/18 al 01/01/19 (fs. 73/82, Póliza N° 286991), es decir, cuando ya se habían modificado las condiciones de contratación, se había suprimido el monto de suma máxima asegurada en el contrato optativo, y se había dictado el Decreto N° 541/17. No dejó de advertir que en dicha póliza se

consignaba "Renovación" (fs. 73), sin embargo, y siguiendo las pautas dadas por el Tribunal Superior de Justicia en el precedente "Bruna", del recibo de haberes obrante a fs. 236 surgía que la actora abonaba una prima de $555,83.- al mes de febrero de 2018 y no de $288.- como afirmaba la recurrente, y también se observaba en el cuadrante del margen izquierdo de dicho recibo se indicó "capital asegurado $578.989,56.-". El Endoso N° 3 de la Póliza expresaba que "... *Toda alta que se produzca a partir del 1/3/2016 se emitirá sin tope de suma asegurada* ...".

Asimismo, advirtió que la solicitud de adhesión tenía fecha del 17/01/17 y la póliza tenía una vigencia del 01/01/18 hasta el 01/01/19. Por ello, concluyó que se trataba de un alta dada con posterioridad al 1 de marzo de 2016, sin perjuicio de que la póliza consignaba "Renovación", ya que podría tratarse de la renovación del año 2017 y, por otro lado, ninguna otra consideración ha expresado la demandada al respecto. Incluso entendió que, en este caso, el aumento de la prestación dineraria estaba relacionado con el aumento de la prima que pagó la asegurada, ya que, a mayor riesgo, mayor prima. Sin perjuicio de ello, consideró que este consentimiento se encontraría implícito en tanto se pagó una suma mayor como prima. Reiteró que en el propio recibo de sueldo obrante a fs. 236 se consignó una suma asegurada que correspondía a 25 sueldos sin tope. Observó que, en este caso concreto, la renovación es posterior al mes de abril de 2017 (concretamente enero de 2018), es decir posterior al dictado del Decreto N° 541/17, que, conforme surge del precedente "Bruna", influyó en la postergación del encuestamiento respectivo. Advirtió, sin embargo, que la

aseguradora al contestar demanda, no acompañó ningún encuestamiento, ni relevamiento, ni formulario de consentimiento suscripto por la actora, e insistió con que pagaba una prima de $288.-, afirmación que ha sido desvirtuada con la prueba producida y además, la aseguradora demandada no podía desconocer que la actora abonaba ya una prima superior.

Por otro lado, sostuvo que aplicar el tope de $300.000.- cuando a la asegurada se le cobró una prima por una prestación sin tope, afectaría la ecuación económica financiera del contrato convalidando un enriquecimiento sin causa en cabeza de la aseguradora y en perjuicio de la parte especialmente protegida. Ello, en tanto, -dijo- la aseguradora pretendía abonar una suma inferior de dinero, disminuyendo el capital asegurado, cuando la actora pagó una prima superior.

Para el caso en que así no se considere, en la opción más favorable para la apelante, es decir que la actora venía asegurada con anterioridad a esa fecha, expuso que nos encontrábamos ante la excepción de la eliminación del tope a cambio de un incremento de prima mensual y la previa aceptación la presumió, en tanto la actora abonó esa prima mayor y en su recibo de sueldo figura un capital asegurado superior a $300.000.-. Por lo expuesto entendió que el agravio debía rechazarse.

8. Disconforme con el acogimiento del seguro de vida colectivo optativo, la parte demandada dedujo recurso por Inaplicabilidad de Ley, fundado en las causales de los incisos “a” y “b” del artículo 15 de la Ley Casatoria.

Denunció violación y errónea aplicación de los artículos 1, 11, 12, 118 y concordantes de la Ley de Seguros (LS), porque la sentencia recurrida condenaría a

indemnizar un siniestro fuera de cobertura, en desmedro de cláusulas contractuales claramente previstas y determinadas.

Agregó, al respecto, que el fallo recurrido vulneraría los límites contractuales y legales aplicables en la materia, imponiendo a su mandante el cumplimiento de una obligación carente de causa, situación que –a su criterio- implicaría una clara afrenta al derecho constitucional de propiedad.

Sostuvo que la patología psiquiátrica se encontraría excluida expresamente de la cobertura, conforme la cláusula séptima de la póliza adicional, por lo cual –entendió- no debe ser ponderada a los fines de determinar la incapacidad de la actora en el marco del presente pleito.

Además, sostuvo que no desconocía los precedentes citados por la Cámara de Apelaciones pero que ellos no son aplicables al presente caso, dado que la base fáctica resulta distinta. Explicó que aquí la actora firmó al final del anexo correspondiente al seguro optativo, estampando su firma sobre la cláusula séptima, cuyo texto se encontraría redactado en mayúsculas y negrita, siendo fácilmente legible y entendible su significación. Por ello, concluyó que resultaría incorrecto afirmar que la actora no sabía lo que estaba contratando o que ella creía que contrataba una determinada cobertura cuando en realidad era otra.

También la quejosa hizo referencia a que este Tribunal Superior de Justicia habría confirmado recientemente los fallos (“Bastías” y “Cid”) que hicieron lugar a la defensa de exclusión de cobertura con sustento en la cláusula aquí invocada, por ser la mayor afección

incapacitante y estar notificada de su existencia.

Consideró, además, que no toda restricción o limitación del riesgo asegurado resulta ineficaz sino solo aquella que es ilegítima. Y –añadió- que la exclusión de afecciones psicológicas y/o psiquiátricas no vacía de contenido la cobertura contratada, en tanto deja fuera del amparo del contrato una circunstancia que es intensificadora del riesgo.

Luego, sostuvo que las mentadas afecciones tienen autonomía técnica y jurídica, pudiendo segmentarse lícitamente y que su exclusión está prevista en el seguro adicional y no así en el obligatorio. Por lo que –a su entender- resultaría incorrecto sostener que el bien jurídico protegido en esta clase de seguros se hallaba vulnerado.

Por último, afirmó que la sentencia en crisis, al obligar a la aseguradora a afrontar el pago de una incapacidad que carecería de amparo asegurador con la alegación de la supuesta desnaturalización de la "función social del seguro", violaría el derecho de propiedad de su parte. Asimismo, razonó que se avanzaría sobre los derechos que emergen del contrato, sin justificación suficiente, imponiéndole a la aseguradora una obligación sin fuente legal.

9. La parte actora contestó y manifestó que desde el precedente "Camargo" a la fecha han transcurrido casi once años y todavía la recurrente continúa debatiendo circunstancias (exclusión de cobertura) que se encuentran totalmente superadas.

Luego, expuso que la demandada no habría confrontado ni mucho menos habría derrumbado el deber de información que mantenía con la actora consumidora antes, durante o con posterioridad a la celebración del

contrato. Y agregó que la falta de cumplimiento de dicha obligación traería como consecuencia directa que las cláusulas sean abusivas.

Entrando a los agravios vertidos por la recurrente, expuso que la cláusula contractual inserta en una póliza de seguro de vida adicional no puede ser considerada una ley en el sentido que le imprime la Ley Casatoria. Por lo que –a su entender- debe rechazarse la vía casatoria así intentada.

Posteriormente, sostuvo que la quejosa se limitó a reiterar los agravios ante la Alzada y que los precedentes de la Corte Suprema de Justicia que cita tienen diferencias ostensibles con el caso que nos ocupa. Tampoco –dijo- resultaba trasladable el fallo "Bastías" porque no tiene una plataforma fáctica similar.

Por ello sostuvo que el fallo en crisis resulta inconmovible en su fundamentación toda vez que la actora es asegurada y consumidora y, por tal motivo, merece la protección constitucional que le dispensa el artículo 42 de la Constitución nacional como así los Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

II. Hecho este recuento de las circunstancias relevantes del caso y conforme el orden de las cuestiones planteadas al iniciar este Acuerdo, cabe ingresar al estudio del recurso.

1. En el caso que nos ocupa, la vía fue declarada admisible por las causales del artículo 15, incisos "a" y "b", de la Ley N° 1406, a saber: violación e interpretación errónea de la ley y doctrina legal.

Como es sabido, el carril antedicho, constituye una de las principales funciones de la casación y consiste en el control del estricto

cumplimiento de la ley y de la doctrina legal. Es la más antigua misión que lleva a cabo dicho instituto, e implica cuidar que los Tribunales de grado apliquen las disposiciones normativas, sin violarlas ni desinterpretarlas (cfr. Acuerdos N° 4/22 "Suarez" y N° 33/22 "Pino", entre tantos otros, del registro de la Secretaría Civil).

En este orden de ideas, una norma jurídica puede ser infringida de diversos modos o maneras, ya sea aplicándola a casos que no están subsumidos en ella; sea dejando de aplicarla a los supuestos que la misma abarca; o estableciendo erróneamente los elementos fácticos, es decir, diversamente a como aparecen en el proceso. Todos estos defectos quedan englobados en el concepto genérico de infracción, en tanto cada uno de ellos constituye una especie dentro del género (cfr. Hitters, Juan Carlos, *Técnicas de los recursos extraordinarios y de la casación*, La Plata, Librería Editora Platense, 2ª Edición, 1998, p. 200).

En síntesis, la ley se viola cuando media desconocimiento de una norma jurídica, sea en su existencia, en su validez o en su significado (cfr. Acuerdo 5/22 "Botto", de idéntico registro actuarial).

Por lo expuesto, para la procedencia del recurso de Inaplicabilidad de la Ley por dicho motivo, es deber ineludible de la recurrente impugnar idóneamente los elementos que sustentan el fallo, explicando, sobre la base de los presupuestos del pronunciamiento, en qué ha consistido la infracción de las normas jurídicas que alega.

Es que, la potestad revisora en esta etapa está circunscripta, por un lado, al contenido de la sentencia y por otro, a la concreta impugnación contra

ella formulada.

De ese modo, deberá examinarse en autos si a través del recurso incoado ha logrado acreditarse que la Cámara sentenciante ha incurrido en la violación legal y/o errónea aplicación de las normas de la Ley de Seguros que denuncia la recurrente.

2. El punto central del seguro lo constituye el riesgo, evento alrededor del cual giran todos los aspectos de la relación asegurada, toda vez que la responsabilidad del asegurador depende de la realización del siniestro que ampara.

Éste ha sido caracterizado como la contingencia o probabilidad de provocar el acaecimiento de un daño a tercero y su fundamento radica en la incorporación al medio social de un elemento dotado de peligrosidad. Por ello, el riesgo debe ser cuidadosamente individualizado y precisado.

La exclusión de cobertura –o no seguro, o no garantía- importa la limitación o exclusión del riesgo. Esto significa que al no entrar la hipótesis en las previsiones contenidas en el contrato, el asegurador no se halla obligado a garantizarlo. Como correlato de ello, el asegurado carece de derecho a exigir el pago de las consecuencias dañosas de un siniestro porque el evento no se halla cubierto contractualmente, no ha sido tomado a su cargo por el asegurador ni ha percibido prima por garantizarlo.

La exclusión de cobertura es tema que atiende a la "*materia de que trata*" el contrato. Son supuestos que forman parte de la determinación del riesgo, lo que significa que, al momento del perfeccionamiento del contrato deben identificarse los hechos que puedan

realizar el riesgo y, con ello, generar la obligación principal a cargo del asegurador.

En este punto, la buena fe negocial aparece aquí en toda su magnitud. Más allá de los límites temporales y territoriales, el asegurador exige la existencia de determinadas situaciones para brindar la cobertura. Éstas se relacionan en forma directa con la limitación del riesgo amparado (cfr. Acuerdo N° 14/16 "Vázquez", del registro de la Secretaría Civil).

A su vez, las exclusiones de cobertura pueden tener fuente normativa o convencional, es decir, pueden estar formalmente establecidas por ley o estipuladas expresamente en la póliza (cfr. Rubén Stiglitz, Derecho de seguros, Bs. As, La Ley, 6ta edición actualizada y ampliada, 2016, T.I, p. 320).

En el supuesto de base convencional, se trata de hipótesis en que, formal y expresamente, se han excluido de la garantía los siniestros verificados en los casos negocialmente previstos. Esto último es aceptado doctrinariamente como exclusión directa: son aquellos casos en que el asegurador, explícitamente y a través de una fórmula negativa declara no cubrir el siniestro.

Además, la cláusula de exclusión de cobertura o de no seguro o no garantía no atribuye directamente derechos ni impone obligaciones, sino que su función consiste en describir el ámbito dentro del cual el seguro brindará su amparo. Dichas cláusulas son esencialmente descriptivas, marcando el área de aseguramiento mediante la mención de inclusiones y exclusiones, definiendo el ámbito operativo del contrato.

En suma, se trata de un concepto íntimamente ligado a la individualización y delimitación del riesgo, como etapas de un mismo proceso, el de su determinación.

3. En la especie, el seguro de vida colectivo se encuentra instrumentado en dos modalidades: 1) Seguro de Vida Colectivo obligatorio (Póliza N° 286955) y 2) Seguro de Vida Colectivo optativo (Póliza N° 286991).

Para el obligatorio la cobertura es: -cobertura básica: muerte por cualquier causa y -coberturas adicionales: Incapacidad total y permanente por enfermedad y/o accidente. Incapacidad parcial y permanente por accidente. Muerte accidental e indemnizaciones por pérdidas parciales por accidente (anatómicas y/o funcionales).

Para el optativo se establece: -cobertura básica: muerte por cualquier causa y –coberturas adicionales: Incapacidad física total permanente e irreversible taxativa y muerte accidental e indemnizaciones por pérdidas parciales por accidente (anatómicas y/o funcionales).

Como se puede apreciar, son dos pólizas instrumentadas con coberturas parcialmente diferentes y la aseguradora recurrente solo cuestiona en esta etapa extraordinaria local el alcance del riesgo cubierto en el seguro de vida colectivo con modalidad voluntaria, quedando al margen de la discusión -y, en consecuencia, firme- la condena dispuesta en la anterior instancia respecto del seguro de vida colectivo obligatorio.

Ahora bien, como se dijo anteriormente, la Póliza N° 286991 fija como *coberturas adicionales:* *"... la "incapacidad física, total, permanente e irreversible taxativa" y la "muerte accidental e indemnizaciones por pérdidas parciales por accidentes (anatómicas y/o funcionales)..."*

Dentro de las cláusulas de incapacidad total y permanente taxativa se delimita el riesgo cubierto (cláusula 1°) circunscribiéndolo como *"... un estado de incapacidad física total permanente e irreversible no pasible de ser revertido por tratamientos médicos y/o quirúrgicos con prescindencia de su ocupación y/o profesión y que deba manifestarse en forma ininterrumpida por seis meses como mínimo y haberse instalado durante la vigencia de la cláusula adicional y antes de que el asegurado exceda la edad establecida ...".* A continuación, se definen las incapacidades totales y parciales y los porcentuales cubiertos (cláusulas 2° y 3°). A partir de la cláusula 6° se delimitan los riesgos no cubiertos por el presente contrato, puntualizándose en la cláusula 7° como exclusiones específicas*: "... además de las exclusiones que establece el artículo 5 [en rigor, 6] Riesgos no Cubiertos – Exclusiones, de las Condiciones Generales de la Cobertura Básica, quedan excluidas de la cobertura que otorga esta cláusula las consecuencias de:*

a) enfermedades profesionales

b) patologías psiquiátricas y/o psicológicas ...".

4. En razón de que el seguro colectivo se celebra entre el tomador y el asegurador, el asegurado a pesar de su condición de destinatario final de la prestación a cargo del asegurador no participa ni le es factible influir en el contenido contractual de las condiciones particulares, ya que resulta innegable, dada la formación del contrato de seguro, jamás participará en la creación del contenido de las condiciones generales ni podrá influir en su texto. Ello significa que es ajeno a la discusión sobre el alcance de la cobertura, su determinación, su delimitación y, por ende, de las

exclusiones de cobertura. Por esta razón, resulta imperioso que, como mínimo, conozca el contenido del contrato –y las posibles modificaciones que se produzcan- todo ello a través de una información clara y precisa (cfr. Stile Enrique M., "Seguro colectivo de vida", RCyS 2006, 107, LALEY AR/DOC/1634/2006).

Lo antedicho pone de resalto que el deber de información cobra, en la especie, una importancia decisiva. Ya que como mínimo, la asegurada/ beneficiaria debe conocer el alcance de la cobertura, los riesgos cubiertos y, especialmente, los excluidos.

5. Este Tribunal Superior de Justicia ha remarcado la importancia de observar el deber de información en los seguros colectivos como el de autos, dado que se trata de contratos celebrados entre tomador y asegurador, permaneciendo el asegurado ajeno a la negociación de las cláusulas. Especialmente, en supuestos en que se invocaban cláusulas de exclusión o limitativas de garantía, que lógicamente importaban denegar o reducir la cobertura, con consecuente afectación de los asegurados (cfr. Acuerdo N° 17/21 "Bruna", del registro de la Secretaría Civil).

6. Conforme este marco y en la exégesis de la cláusula de exclusión (cláusula 7°) antes transcripta, se constata que su redacción ha sido sencilla, clara y precisa, resultando fácilmente entendible que no se encontraban dentro del riesgo cubierto las "*patologías psiquiátricas o psicológicas*". A la claridad también se le suma la legibilidad, ya que se ha dispuesto en una cláusula separada, con un título resaltado en negrita con la denominación de "Exclusiones específicas" y delimitando los dos supuestos en acápites diferenciados

para una más llana lectura. Si bien es una cláusula potencialmente lesiva para la beneficiaria, ella ha sido redactada con una impresión fácilmente advertible en el contexto general del documento negocial.

Al respecto, expresa Rubén S. Stiglitz que "... el principio general dominante en la materia consiste en que, si la exclusión de cobertura es clara y su sentido y alcances no generan dudas, la interpretación de la misma debe ser literal, restrictiva o estricta. El fundamento está dado en que las exclusiones o limitaciones deben hallarse incorporadas expresamente al documento contractual, por lo que, en caso de duda, sobre la extensión del riesgo, habrá de estarse por la obligación del asegurador. Contribuye a la interpretación restrictiva, el hecho de que las exclusiones formales de cobertura deben individualizarse en el texto de las pólizas, de donde la garantía del asegurador solo puede restringirse por cláusulas expresas, siendo no factible la interpretación analógica o extensiva de las mismas" (aut. cit. *Derecho de seguros*, Bs. As, La Ley, 6ta edición actualizada y ampliada, 2016, T.I, ps. 296 y ss.)

La cláusula de exclusión de cobertura analizada responde al principio de especificidad que informa toda la temática de la descripción del riesgo. Como antes lo expliqué, resulta clara en su redacción y en su contenido por lo que no se está en presencia de "duda u oscuridad" que deba ser interpretada en favor de la asegurada.

En efecto, la judicatura no podría 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 aquellos casos expresamente excluidos.

Existe consenso en doctrina en que la extensión del riesgo asegurado y la cobertura, así como los derechos de los beneficiarios, convenidos en el contrato de seguro, deben interpretarse literalmente (cfr. López Saavedra, Domingo M. López, Ley de Seguros –comentada y anotada-, Bs. As, La Ley, 2007, p. 106 y ss.), ya que lo contrario provocaría un grave desequilibro en el conjunto de las operaciones de la compañía.

7. Paralelamente a lo expuesto, debe señalarse que el formulario de solicitud de seguro colectivo (en sus modalidades obligatorio y adicional) fue suscripto por la Sra. Julia E. Jara en la localidad de Copahue el 16/01/17 al pie de cada una de las hojas que conforman el anexo, de acuerdo con la documental adjuntada por la demandada a fs. 83/86vta. Si bien en un principio la parte actora expuso en su demanda que "... *se le entregó una solicitud de seguro de vida colectivo obligatorio y optativo de fecha 16.01.2017, con la salvedad que las páginas 1, 2 y 3 no estaban firmadas* ...", luego, al contestar el traslado de la documental no formuló ninguna objeción al respecto.

La actora se encontraba en conocimiento del tenor y alcance de la mentada cláusula del seguro colectivo opcional que coloca a los supuestos que describen -en el caso, patologías psicológicas y/o psiquiátricas- fuera del amparo del contrato desde el momento mismo de la suscripción de su adhesión. Y el conocimiento del texto presupone el consentimiento, siéndole oponible sus términos.

Repárese que, anoticiada la Sra. Julia Jara de dicha delimitación del riesgo, igualmente suscribió el

contrato y se sometió a sus términos sin reparo alguno. Podría haber ejercido la opción de no adhesión al grupo teniendo en consideración la eminente naturaleza voluntaria del seguro que se examina. Empero, al elegir rubricarlo debe atenerse a la base negocial prefijada.

Al respecto, cabe advertir que, si bien en estos seguros de vida colectivo voluntarios el contratante de la póliza tiene la representación de los asegurados en la negociación de las condiciones del contrato, no ostenta facultades para obligarlos, ya que el asegurado debe ratificar su adhesión al contrato para formar parte de él (cfr. Carlos José María Facal, El Seguro de Vida en la Argentina, Bs. As, LexisNexis, 2007, p. 176).

Por ello, en la presente causa se encuentra acreditado, a mi entender, el conocimiento expreso del contenido del contrato y sus limitaciones. No estamos ante un caso de traspaso de cartera, con modificaciones en los términos de las exclusiones, ni la aseguradora resulta continuadora de otra anterior, ni los términos de la negociación con la empleadora la obligaban a cubrir todos los supuestos de incapacidades.

8. Precisamente, respecto del marco de contratación del presente seguro de vida colectivo, no puede soslayarse que fue la Provincia del Neuquén la que predispuso en el pliego licitatorio N° 044/2011, específicamente en el Anexo I, como "exclusiones específicas", las correspondientes a las patologías psiquiátricas o psicológicas (cfr. fs. 196).

Así, en el procedimiento estatal de contratación fue la propia tomadora la que fijó dentro del pliego de bases y condiciones el objeto del contrato, disponiendo qué protección se acuerda, la delimitación

del riesgo asegurado y el límite de responsabilidad del asegurador. Ello en función de que, en este tipo de seguros colectivos, en la etapa de tratativas, es el tomador quien debe individualizar al asegurador, la operación jurídico-económica que le interesa (riesgos) y las condiciones en que estos se encuentran.

Es propio del contrato de seguros seleccionar los riesgos que se cubren y desechar la cobertura de algunos supuestos que el asegurador o el asegurable no desean amparar para obtener un precio más bajo.

En la generalidad, esa selección de situaciones cuya cobertura se declina está en directa relación con la frecuencia o gravedad de los eventuales siniestros que su inclusión generaría.

Se debe recordar que el asegurador asume voluntariamente riesgos y no está obligado a cumplir todos los supuestos generadores de daños y menos aún en forma ilimitada. Y según sea el riesgo asumido y las prestaciones prometidas en caso de siniestro será el precio que se negocie con el tomador del seguro (artículo 1021 del CCyC).

Como lógica consecuencia de ello, una cobertura podrá ser amplia o limitada, atractiva o poco significativa, conveniente o inadecuada, abundante o escasa. Empero, en estos casos no cabe declarar nulas por abusiva a las cláusulas que limitan el objeto del contrato porque ese alcance es el que definieron el asegurador y el tomador al acordar el objeto del contrato. Ellos dejaron fuera de la cobertura algunos supuestos que ya no serán amparados por el asegurador. Y no hay desvirtuación posible del objeto del contrato porque respecto de esos supuestos excluidos no hay

promesa de cobertura ni tampoco hubo pago de un precio para adquirir la protección (cfr. Facal, Carlos J.M. "Un fallo trascendente de la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires", TR LALEY AR/DOC/832/2021).

9. Entonces, despejado lo atinente a la redacción clara y legible de la cláusula de exclusión de cobertura como, asimismo, al debido anoticiamiento que tenía la parte actora de la misma, resta analizar si -en el supuesto que nos convoca- se encuentra probada la patología incapacitante que daba lugar a exigir la cobertura asegurativa en el seguro de vida colectivo opcional.

Como se expresó anteriormente, de una interpretación integral de los términos de la póliza suscripta surge que el riesgo cubierto en el seguro de vida colectivo optativo se encontraba concretamente delimitado en las incapacidades físicas que padezca la asegurada.

En este escenario, corresponde examinar con especial atención los dictámenes periciales producidos en la causa (médico y psicológico) los cuales resultan concluyentes respecto del tipo de afecciones y porcentajes de incapacidad atribuibles a la actora.

Tales peritajes no han merecido objeciones de las partes y sus conclusiones resultan claras y fundadas, lo que conlleva a dar pleno valor probatorio a tales informes (artículo 476, CPCyC).

Este Tribunal Superior ha dicho que "... cuando la conclusión pericial aparece fundada en principios técnicos y científicos inobjetables, y no existen otros medios probatorios que la desvirtúen, la sana crítica aconseja, frente a la imposibilidad de oponer otras argumentaciones de esa índole de mayor

valor, aceptar aquéllas (cfr. Kielmanovich, Jorge L. "Valoración de la Prueba", en la obra "La prueba en el proceso judicial", Ed. Rubinzal Culzoni, p. 189, citado en Acuerdo N° 14/19 "Álvarez", del registro de la Secretaría Civil).

El perito médico en su dictamen puntualizó que la Sra. Julia Jara presenta patología osteoarticular - hernia discal operada con secuelas clínicas y electromiográficas severas (30%); patología vascular periférica - insuficiencia venosa grado II (10,50%); Patología endócrina, diabetes estadio II (5,95%) y patología cardiovascular - Estadio I-II (5,35%). Ello, arroja un porcentaje de incapacidad física del 51,80% (fs. 243/247).

Por su parte, la licenciada en psicología determinó que la actora sufre de una patología invalidante compatible con trastorno de depresión mayor, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo en comorbilidad con un trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico, determinando la incapacidad psicológica total en un 50% (fs. 220/225).

De la valoración de las pericias antes reseñadas conjuntamente con las cláusulas del seguro de vida colectivo optativo se desprende –tal como expone la demandada- que las dolencias físicas sufridas por la actora no alcanzan el porcentaje de incapacidad mínimo para tener por configurado el daño indemnizable.

Ello en razón de que la patología psiquiátrica y/o psicológica incide decisivamente en la invalidez de la interesada (50%) y, ante la clara exclusión de cobertura que apareja, impide -en el caso-

considerarla como parte integrante del mínimo para tener por configurado el daño indemnizable, esto es el 66%.

Es que –como se dijo-, dichos padecimientos no configuran el riesgo cubierto, en tanto se originaron, en gran medida, en dolencias que fueron excluidas, configurándose en el caso, un supuesto de "no seguro" o "no garantía".

10. En este contexto, la sentencia pronunciada por la Cámara Provincial 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 cobertura.

El asegurador solo se halla obligado a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto (artículo 1, LS) en el marco del riesgo debidamente individualizado y por el cual se pagó un precio determinado.

La existencia de un contrato de seguro de vida colectivo opcional que cubra los supuestos de incapacidad (por accidente o enfermedad) no importa que todos ellos sean riesgos cubiertos, conforme se desprende claramente de las cláusulas de exclusión de la cobertura, ya que el contenido de la póliza es ley para las partes y ello entra dentro de las facultades propias del contratante del seguro.

11. Obligar a las compañías a cubrir un riesgo excluido, sin que se hubiere percibido prima por ello, es ni más ni menos que afectar la solvencia de todo el sistema, produciendo un desequilibrio en el conjunto de las obligaciones.

La prima es determinada en función de cálculos actuariales que tienen en cuenta criterios de

frecuencia (el número de veces que el siniestro se produce) e intensidad siniestral (el daño económico que produce), y que necesitan inexorablemente considerar no sólo un tope indemnizatorio, sino también los riesgos cubiertos con el fin de poder cuantificar la prima y asegurar la suficiencia de la masa para hacer frente a las indemnizaciones.

12. No varía la conclusión a la que se arriba la función social del seguro pues los principios de la seguridad social o los atinentes a la rama consumeril no implican que se deba reparar todo daño sin consideración alguna de las pautas contractuales pactadas como es, en el caso, las exclusiones expresas de cobertura. Pretender que se incluyan en la cobertura asegurativa las patologías psiquiátricas y psicológicas sería predicar un cambio cualitativo esencial de la naturaleza de esa cobertura, con modificación de su operatoria, objeto y efectos sustanciales.

El derecho de seguros cuenta con elementos de convicción suficientes como para evitar la recurrencia analógica a otros terrenos normativos o a otras ramas del derecho. Estas si bien tienen aportes potenciales en la determinación de la incapacidad total y absoluta son solo coherentes con principios propios de cada disciplina. El sistema asegurador tiene también su técnica en la determinación de las primas y en la estimación cuantitativa de las indemnizaciones y este marco referencial es el básico a los fines de la subsistencia del sistema. El seguro supone la aplicación del cálculo actuarial una ponderación de extensión, intensidad, frecuencia del riesgo y la conformación de las reservas técnicas y matemáticas esenciales a fin de hacer frente a

los siniestros. 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 (Cfr. De Diego Julián A., Incapacidad total y permanente en los seguros de vida colectivo y la extensión del concepto, La Ley AR/DOC/357/2001)

13. Este enfoque ha sido desarrollado por la Corte Suprema de justicia de la Nación en el caso "Buffoni" (Fallos 337:329), donde se estableció que el asegurador no debe responder más allá de las condiciones pactadas en la póliza, recordando, enfáticamente, que los contratos son ley para las partes. Dijo la Corte: "... El contrato de seguro rige la relación jurídica entre los otorgantes (artículos 1137 y 1197, Código Civil de Vélez Sarsfield)... Demostrados los presupuestos fácticos y la existencia de la cláusula de exclusión de cobertura, no hay razón legal para limitar los derechos de la aseguradora, por lo que corresponde revocar la decisión sobre el punto ...".

Dicha doctrina fue nuevamente destacada en el caso "Flores" (Fallos 340:765). Indicó el más Alto Tribunal de la Nación "... La libertad de contratación está protegida constitucionalmente y nadie puede, so pretexto de un perjuicio ético o patrimonial, entrometerse en la esfera de la autonomía de quien ha celebrado un contrato...". En ese pronunciamiento, el ministro Rosenkratz, abundando en los argumentos constitucionales, agregó que "… la propiedad tiene protección constitucional (artículo 17, Constitución Nacional) y ella se extiende a los derechos que nacen de los contratos (Fallos 137:47; 294:152; 304:856; 331:2006, entre otros)... Las consideraciones expuestas se ajustan,

asimismo, a los precedentes de esta Corte según los cuales no es posible imponer obligaciones a la aseguradora más allá de los términos pactados en la póliza, pues como se dijo, la ley establece que el contrato es la fuente de las obligaciones y en dicho instrumento se determinan los alcances y límites de la garantía debida ...” (Fallos 319:3489; 322:653).

14. Por todo lo expuesto, si la cláusula exonerativa del riesgo es clara y fue debidamente conocida por la asegurada deberá ser aceptada y acatada. El contrato debe ser respetado en su redacción ya que los derechos resultantes de los contratos integran el derecho de propiedad de los contratantes (artículo 965, CCyC). Ni el derecho consumeril ni el fin social han suprimido las demás garantías constitucionales y un dialogo de fuentes sólido no importa arrasar con la libertad contractual ni con el derecho de propiedad.

Por el contrario, la sentencia de la anterior instancia, al conceder el presente seguro de vida optativo más allá de sus claros términos pactados infringió los preceptos de la Ley de Seguros denunciados (artículo 1, siguientes y concordantes de la Ley de Seguros), al no valorar la estructura técnico-económica sobre la que se sostiene la actividad aseguradora, desentendiéndose del análisis de la esencia técnica del seguro como forma de financiar los riesgos.

Entonces, propongo al Acuerdo declarar procedente el recurso por Inaplicabilidad de Ley articulado por la parte demandada, por la causal de infracción legal que motivara la apertura de la instancia extraordinaria.

III. De acuerdo a lo prescripto por el

artículo 17, inciso “c”, de la Ley N° 1406 y conforme el análisis efectuado precedentemente, corresponde recomponer el litigio y dictar un nuevo pronunciamiento sobre las cuestiones que fueron propuestas en casación.

De seguido, se han de considerar únicamente los agravios vinculados al acogimiento del seguro de vida colectivo opcional. Tales cuestionamientos se remiten a los mismos puntos que ya han sido abordados y debidamente examinados más arriba al tratar la primera de las cuestiones que abren este Acuerdo, por lo cual deben tener favorable acogida.

En consecuencia, conforme los argumentos brindados y solución a la que se arriba, corresponde admitir parcialmente el recurso ordinario de apelación articulado por la parte demandada (fs. 287/310) sólo en lo atinente al aspecto casado (punto “V” de la expresión de agravios). En su mérito, corresponde revocar -en lo pertinente- la sentencia dictada en primera instancia (fs. 267/283vta.) y ante la inexistencia de un agravio puntual de la aseguradora demandada en punto al seguro de vida colectivo obligatorio, deberá mantenerse el acogimiento de la demanda únicamente por dicho concepto y por la suma de $20.000.- con más los intereses allí establecidos.

IV. En cuanto a la tercera de las cuestiones planteadas y sometidas a escrutinio en este Acuerdo, esto es las costas, corresponde distinguir según las distintas instancias.

En relación con las originadas en la primera, cabe tener en cuenta que persiste la condena en contra de la demandada respecto del seguro de vida colectivo obligatorio. Por tanto, se mantiene la imposición de las costas a la parte demandada en su calidad de vencida

(artículo 17, Ley N° 921).

Luego, para las provocadas ante la Alzada se tiene en consideración el resultado final al que se llega por el presente y los agravios formulados ante dicha instancia, en los que solo prospera uno de los cuatro agravios propuestos a la Alzada, por lo cual las costas se distribuyen en un 80% a la demandada y un 20% a la actora (artículos 68, 279 y concordantes, CPCyC).

Por último, las generadas en esta etapa casatoria se imponen en el orden causado en virtud que el tema debatido en casación originó diversos criterios jurisprudenciales y doctrinarios (artículos 68, 2do. párrafo, 279, CPCyC, y 12, Ley N° 1406).

V. En virtud de todas las consideraciones expuestas, oída la Fiscalía General, propongo al Acuerdo: **1°) DECLARAR PROCEDENTE** el recurso por Inaplicabilidad de Ley incoado por la aseguradora demandada, de conformidad con los fundamentos expresados en los considerandos; **CASAR PARCIALMENTE** la decisión dictada a fs. 326/339 por la Cámara Provincial de Apelaciones –con competencia en el Interior- (Sala II), por haber incurrido en la causal de infracción legal a las normas de la Ley de Seguros denunciadas. **2°)** Conforme lo dispuesto por el artículo 17, inciso "c", de la Ley Casatoria, **RECOMPONER** el litigio mediante el acogimiento parcial del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada (fs. 287/310). Y, en su mérito, revocar la sentencia dictada en primera instancia (fs. 267/283vta.) en lo pertinente al seguro de vida colectivo optativo, manteniéndose la condena respecto del seguro colectivo obligatorio. **3°)** Mantener la imposición de las costas ante la primera instancia y **modificar** las generadas en segunda instancia,

distribuyéndolas en un 80% a la demandada y 20% a la actora. Imponer en el orden causado las provocadas en la instancia extraordinaria local; todo conforme lo expresado en el considerando IV de la presente. Dejar sin efecto las regulaciones de honorarios dispuestas en las instancias anteriores para letrados y peritos, readecuándolas al nuevo pronunciamiento. **4°)** Regular los honorarios a los letrados intervinientes ante la Alzada y en esta etapa casatoria en un 30% y un 25% -respectivamente-, de la cantidad que corresponda en su caso, por la actuación en igual carácter al asumido en sendas etapas, y conforme oportunamente se regule en primera instancia por la labor en dicha sede (artículos 15 y concordantes, Ley de Aranceles). **5°)** Disponer la devolución del depósito efectuado a fs. 356vta. y 357 (artículo 11, Ley Casatoria). **VOTO POR LA AFIRMATIVA.**

VI. El señor Vocal **doctor Evaldo D. Moya** dijo: Coincido con los argumentos expuestos por el doctor Roberto Germán Busamia, así como también con las conclusiones a las que arriba en su voto.

Si bien concuerdo con la doctrina sustentada en el Acuerdo N° 46/10 "Géliz", reproduciéndose la línea argumental allí desarrollada que llevó a este Cuerpo a propugnar la función social, finalidad tuitiva y naturaleza alimentaria de los seguros de vida colectivos en sus versiones obligatorio y adicional, un nuevo examen de la cuestión, en base a las particularidades fácticas del presente expediente, me llevan a variar el criterio allí sostenido. Para su adecuada comprensión, hay que partir del hecho de que no estamos en presencia de un reclamo formulado por la actora en el sentido que con anterioridad el seguro contratado por su empleadora cubría la incapacidad ahora excluida o bien que la actual

aseguradora era continuadora de las anteriores. En el presente, la cláusula de exclusión de las "patologías psicológicas y/o psiquiátricas" se encuentra clara y legible y fue debidamente notificada a la actora, rubricando con su firma cada una de las hojas que conforman el anexo. Por lo que si la exclusión de cobertura es clara y su sentido y alcance no generan dudas, la interpretación de la misma debe ser literal y estricta. Y el juez no puede extender la responsabilidad cuando no hay dudas en el sentido y alcance de la cláusula que excluye determinados supuestos del riesgo cubierto.

La información es uno de los activos más valiosos en cualquier tipo de contrato o transacción, pero deviene una pieza fundamental en el contrato de seguros. Disponer de la información relevante ex ante determina la fijación de los límites económicos del presente contrato entendido, este instrumento como "fuente de sus obligaciones" en el cual se determinan los alcances y límites de la garantía debida.

En este sentido, cobra relevancia la jurisprudencia desarrollada por la CSJN en los casos "Buffoni" y "Flores" que, aunque dije en el antecedente "Alasino" que no era una situación fáctica análoga a la aquí planteada, un nuevo examen de la cuestión en base a la interpretación economicista del contrato de seguro de vida colectivo como, asimismo, el efectivo conocimiento por la beneficiaria de la exclusión prevista en sus cláusulas, me lleva a replantear lo antes decidido. **VOTO POR LA AFIRMATIVA.**

VII. De lo que surge del presente Acuerdo, por unanimidad, oída la Fiscalía General, **SE RESUELVE: 1°)**

DECLARAR PROCEDENTE el recurso por Inaplicabilidad de Ley incoado por la aseguradora demandada, de conformidad con los fundamentos expresados en los considerandos; **CASAR PARCIALMENTE** la decisión dictada a fs. 326/339 por la Cámara Provincial de Apelaciones –con competencia en el Interior- (Sala II), por haber incurrido en la causal de infracción legal a las normas de la Ley de Seguros denunciadas. **2°)** Conforme lo dispuesto por el artículo 17, inciso "c", de la Ley Casatoria, **RECOMPONER** el litigio mediante el acogimiento parcial del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada (fs. 287/310). Y, en su mérito, revocar la sentencia dictada en primera instancia (fs. 267/283vta.) en lo pertinente al seguro de vida colectivo optativo, manteniéndose la condena respecto del seguro colectivo obligatorio. **3°)** Mantener la imposición de las costas ante la primera instancia y **modificar** las generadas en segunda instancia, distribuyéndolas en un 80% a la demandada y 20% a la actora. Imponer en el orden causado las provocadas en la instancia extraordinaria local; todo conforme lo expresado en el considerando IV de la presente. Dejar sin efecto las regulaciones de honorarios dispuestas en las instancias anteriores para letrados y peritos, readecuándolas al nuevo pronunciamiento. **4°)** Regular los honorarios a los letrados intervinientes ante la Alzada y en esta etapa casatoria en un 30% y un 25% -respectivamente-, de la cantidad que corresponda en su caso, por la actuación en igual carácter al asumido en sendas etapas, y conforme oportunamente se regule en primera instancia por la labor en dicha sede (artículos 15 y concordantes, Ley de Aranceles). **5°)** Disponer la devolución del depósito efectuado a fs. 356vta. y 357 (artículo 11, Ley Casatoria). **6°)** Ordenar registrar y

notificar esta decisión y, oportunamente, remitir las actuaciones en devolución al Tribunal de origen.

Dr. ROBERTO G. BUSAMIA
Vocal

Dr. EVALDO D. MOYA
Vocal

JOAQUÍN A. COSENTINO
Secretario

RECURSO EXTRAORDINARIO FEDERAL

(Caratula artículo 2º reglamento)

Expediente

Nro. de causa: 39592/2018

Carátula: "JARA, Julia Ester c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ Cobro de Seguro de Vida"

Tribunales intervinientes

Tribunal de origen: Juzgado de Primera Instancia en lo Civil, Laboral, Comercial y de Minería N° 2 de Zapala.

Tribunal que dictó la resolución recurrida: Sala Laboral Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén.

Consigne otros tribunales intervinientes: Sala II Cámara Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, Minería y de Familia con Competencia en las II, III, IV y V Circunscripciones Judiciales de Neuquén.

Datos del presentante:

Apellido y nombre: Ortíz Guiñazú, Guillermo Alejandro.

Tomo:51 – F° 659

Domicilio constituido: Avda. Santa Fe N° 2564- Piso 10 "A" Capital Federal

Carácter del presentante:

Representación: Actora (Mandato – Poder Apud-Acta)

Apellido y nombre de los representados: JARA Julia Ester

Letrado patrocinante:

Apellido y nombre:

Tomo: Folio

Domicilio constituido:

Decisión recurrida:

Descripción: Acuerdo N° 21 dictada por el Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén

Fecha: 07/12/2023

Ubicación en el expediente: Actuación 20629

Fecha de notificación: 07/12/2023

Objeto de la presentación:
Norma que confiere jurisdicción a la Corte: Art. 14, Ley 48, Doctrina de Arbitrariedad (conf. Fallos 269:453, 284:263,297:106 entre muchos otros)
Oportunidad y mantenimiento de la cuestión federal: Se encuentra vinculada con la materia del pleito (exclusión de afección psicológica psiquiátrica) introducido al momento de presentar demanda y mantenida durante el curso del procedimiento (contestación expresión de agravios, contestación recurso de casación por inaplicabilidad de ley interposición recurso extraordinario federal) (conf. Fallos:280:382; 296 693; 311:1804; 324:547)
Cuestiones planteadas: violación del deber de informar (arts. 42 C.N., 4 LDC, 1100 CCCN); violación arts. 37 inc. a) y b) Ley 24.240, 1094 CCCN, violación art. 988 inc. a) y b) CCCN (cláusulas abusiva), violación Tratados Internacionales de Derechos Humanos.
Exponga qué decisión pretende de la Corte Suprema de Justicia de la Nación: Que revoque por arbitrario el fallo recurrido, ordenando el dictado de un nuevo pronunciamiento que ordene a la demandada pagarle al actor el seguro de vida colectivo en su modalidad adicional u optativo, tal cual fuere dispuesto por la Excma. Cámara de Apelaciones.

INTERPONE RECURSO EXTRAORDINARIO FEDERAL.-

Excma. Corte Suprema de Justicia de la Nación:

Guillermo Alejandro Ortíz Guiñazú, abogado, en mi carácter de letrado apoderado de la parte actora, señora Jara Julia Ester, inscripto en la matrícula federal T° 51 – F° 659, domicilio electrónico federal 20140854477, constituyendo domicilio procesal a los efectos de esta instancia en Avda. Santa Fe 2564 – Piso 10 "A" (zona 163) de Capital Federal, en autos caratulados:" **JARA, JULIA ESTER c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (**Expte. N° 39592/2018), ante V.E. respetuosamente me presento y digo:

I.- Objeto:

Que siguiendo expresas instrucciones de mi mandante, vengo en legal tiempo y forma a interponer Recurso Extraordinario Federal en los términos del art. 14 de la Ley 48 invocando la Doctrina de la Arbitrariedad, contra el Acuerdo N° 21 dictado por el Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén con fecha 7 de diciembre año 2023, notificado electrónicamente a mi parte el día 07 de diciembre año 2023, que declaró procedente el recurso por inaplicabilidad de ley interpuesto por la aseguradora demandada, casando parcialmente la decisión dictada a fs. 326/339 por la Cámara Provincial de Apelaciones –con competencia en el interior, Sala II, por haber incurrido en la causal de infracción legal a las normas de la ley de Seguros, recomponiendo el litigio revocando la sentencia dictada en primera instancia (fs. 267/283 vta.) en lo pertinente al seguro de vida colectivo optativo, ocasionando serio menoscabo a los derechos constitucionales del mandante (art. 18 C.N.), arribando a una solución viciada de inconstitucionalidad por violación del art. 42 C.N., 4 LDC y 1100 del CCCN (prevén el deber de información al consumidor); del art. 37 incisos a) y b) LDC y 988 incisos a) y b) (disponen que las cláusulas abusivas se las tenga por no escritas); art. 1° CCC (fuente – aplicación C.N., tratados de derechos humanos) y 1092 ,1093, 1094 (CCCN) (disponen lo que es una relación de consumo, lo que es un contrato de consumo y la aplicación del principio más favorable al consumidor), la cláusula contractual de un contrato de consumo es abusiva por desnaturalizar las obligaciones, por importar renuncia o restricción de los

derechos del consumidor, siendo una clausula inexistente (no nació en la vida jurídica) o nulas por falta de cumplir con el debido deber de información en forma adecuada, veraz, cierta, clara, detallada y proporcionada con claridad necesaria que permita la comprensión del consumidor, encontrándose dicha obligación en el centro del ordenamiento consumerista, circunstancia no advertida por el sentenciante, al tener el mismo una visión sesgada, acotada al derecho comercial, empresarial y no social, humano del seguro colectivo de vida, por lo que lo resuelto al violentar y vulnerar garantías constitucionales del consumidor/trabajador/minusválido, corresponde su descalificación como acto jurisdiccional válido en los términos de la conocida doctrina de esta Corte sobre arbitrariedad.

II.- Carácter equiparable a definitivo de la sentencia del Tribunal Superior Provincial (Art. 3°, ap. a) Acordada 4/2007 CSJN:

Conforme con lo ordenado en el artículo 3°, ap. a) de la Acordada 4/2007 del Magno Tribunal Federal, se indica y hace saber que el Acuerdo N° 21 de fecha 7 de diciembre año 2023 correspondiente al Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén – Sala Laboral, constituye una sentencia definitiva en los términos del artículo 17° de la Ley Provincial 1406, cerrando toda posibilidad de ulterior revisión de los derechos en juego.
En consecuencia la sentencia recurrida es definitiva, habilitando la instancia extraordinaria de revisión federal.

III.- Antecedentes del Recurso: (Art. 3°, Ap. b), Acordada 4/2007 CSJN).

A los efectos de la autonomía y suficiencia del presente recurso, se formulará seguidamente un relato claro y preciso de todas las circunstancias relevantes del caso que estén relacionadas con las cuestiones que se invocan como de índole federal y que hacen al objeto de esta presentación.

1.- Demanda: A fs. 42/54 se presenta la Sra. Julia Ester Jara, por apoderado, promoviendo demanda por la vía del proceso sumarísimo contra Sancor

Cooperativa de Seguros Limitada, reclamando el pago de los seguros colectivos, en sus modalidades obligatorio y adicional, por incapacidad psicofísica total y permanente de los que se considera beneficiario por desempeñarse en relación de dependencia respecto del Ente Provincial de Termas de la Provincia de Neuquén, quien ha actuado como tomador de tales seguros. Reclama la suma de $ 598.989,50 o lo que en más o en menos resulte de autos, con intereses. Señala que desde el 01-01-16 en lo concerniente al capital asegurado, la suma asegurada máxima es sin tope, respecto del adicional y que por el obligatorio, su monto es de $ 20.000,00. Ingreso a trabajar en óptimas condiciones psicofísicas como dependiente del EPROTEN, en el mes de febrero de 1996, como personal de maestranza del Complejo Turístico Copahue y que con fundamento en tal relación resultó asegurada en la contratación llevada por su empleadora con la demandada, cubriéndose los riesgos por incapacidad total y permanente. Sostiene que la legislación que se debe aplicar en los actuados es la correspondiente al derecho de defensa de los consumidores, tutelada por la Ley 24.240, dicha ley se encuentra conformada por el destinatario final del servicio (la actora) y por quien se especializa mediante su correspondiente organización empresarial (la demandada) a prestar dicho servicio, con la aplicación de dicha ley se debe tener presente la inoponibilidad de cualquier cláusula restrictiva y/o que tienda a limitar la cobertura contratada. Con fecha 1 de febrero de 2018 el Dr. Alejandro González, médico especialista en medicina del trabajo, confecciona informe médico previsional, donde determinó que padece una incapacidad psicofísica del 72,38%, por distintas afecciones, de carácter irreversibles y progresivas que le impiden realizar cualquier actividad remunerativa en relación de dependencia o por su cuenta. Pone de manifiesto que dentro de las afecciones, padece de síndrome depresivo mayor, lo que la hace totalmente inestable emocionalmente, con crisis de angustia recurrente y ansiedad. Señala 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 que las patologías que padece son irreversibles y progresivas, impidiéndole realizar cualquier actividad remunerativa en relación de dependencia o por su cuenta. Indica que a la fecha de la consolidación jurídica del daño la cobertura asegurativa era la

contratada con la demandada desde el 16/01/2017 conforme suscripción de formulario de solicitud de seguro que adjunta, y que una vez que tomó debido conocimiento de su incapacidad, remite carta documento el 09/04/2018 mediante la cual pone en conocimiento su incapacidad e intima el pago de los seguros. Sostiene que pese a que la demandada recibió la indicada epistolar, no la contestó, por lo que invoca aplicación de aceptación tácita. Asevera que jamás se le entregó copia íntegra de las pólizas, 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 dispuesta en el art. 25.3.1. de la resolución 33.463 correspondiente a la Superintendencia de Seguros. Dice que lo único que se le entregó fue una solicitud de seguro de vida colectivo obligatorio y optativo de fecha 16/01/2017 con la salvedad que las páginas 1,2,y 3 no se encontraban firmadas por la mandante. Indica que en el contrato de seguro de vida colectivo se configura una típica situación fáctica tripartita, la aseguradora (demandada) la tomadora (empleadora) y el asegurado beneficiario (actora), siendo la última un mero receptor de las pautas fijadas, resultando por ende, un tercero. En dichos contratos es necesario que predomine la “buena fe” de las partes (art. 961 CC), máxime cuando por su naturaleza, contratos en masa, que tiene una adhesión o no, generando una voluntad cautiva a las cláusulas del convenio. Resulta un contrato por adhesión, con cláusulas predispuestas, que disponen el contenido de las mismas, donde la actora como adherente se ajusta a las mismas o las deja, no tiene libertad para discutir las condiciones de la contratación, siendo sus cláusulas predispuestas unilateralmente por la aseguradora demandada, quien detenta superioridad, señorío en dicho escenario, existiendo un sometimiento in totum al clausulado. En dicho contexto no pueden las cláusulas contractuales impuestas por la predisponente, que son lesivas a los legítimos intereses del trabajador, triunfar por lo que resulta de aplicación la LDC, además nos encontramos en el campo de los derechos de la seguridad social, donde los seguros de vida colectivo obligatorio y adicional, constituyen un seguro social con un evidente e innegable finalidad tuitiva y protectora de las contingencias propias de la existencia humana, así fue sostenido por la doctrina del TSJ de Neuquén en los precedentes “Camargo” (Acuerdo N° 31/2010), “Muñoz” (Acuerdo N°

18/2014). Pone énfasis en que son ineficaces e inoponibles las cláusulas de delimitación del riesgo que desnaturalizan las obligaciones de la aseguradora porque terminan frustrando el fin que persiguió el contrato, pues acotan el riesgo cubierto, por lo que se exige una inteligencia acorde a los principios indisponibles en materia de contratos por adhesión, en cuyo caso se ha de preferir la interpretación favorable a la parte no predisponente, excluyendo la estipulaciones que cabe considerar ineficaces conforme a la ley. Indica que conforme los antecedentes de la contratación efectuada en los actuados existen en las pólizas cláusulas que son inoponibles, improcedentes e ineficaces, siendo una de ellas la exclusión de la afección psicológica / psiquiátrica como parte de la incapacidad total del trabajador, ello por cuanto el seguro de vida colectivo participa de la naturaleza de los seguros sociales cuya diferencia fundamental en relación a los seguros privados está dada en que en los primeros no se persigue primordialmente fines de lucro, sino la satisfacción inmediata de un interés público, protegiendo las contingencias propias de la existencia humana, además se limita el riesgo, como asimismo no se cumplió con el deber de información, deber que nace de las normas de protección de los derecho al consumidor, siendo dicha obligación determinante en aras de resolver la efectiva cobertura asegurativa, constituyendo un deber de la parte profesional el informar a la parte débil en forma cierta y eficaz. Es la ley la que impone brindar al consumidor una información amplia, detallada y veraz sobre los alcances del servicio y como ha dicho la doctrina este deber tiene carácter de principio general del derecho del consumidor y usuario, tal como consagra el artículo 42 de la C.N. (Farina J. “Derecho del Consumidor” p. 150). Asimismo sostiene que 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 (CSJN:311:1557). Funda en derecho. Ofrece pruebas. Peticiona. Acompaña informe médico previsional del cual se desprende que la actora presenta una incapacidad psicofísica mayor al 66% por afecciones psicológicas (Síndrome depresivo mayor, lo que la hace una persona inestable con crisis de angustia y ansiedad recurrente; mas otras patologías físicas que describe). También acompaña certificado del

JUCAID, diversos certificados y estudios médicos en los que constan las patologías por las que reclama; informe psiquiátrico; formulario de solicitud de seguro individual firmado en fecha 16/01/2021; telegrama remitido por la actora a la demandada intimando de pago por padecer el siniestro incapacidad, recibo de sueldo en el que consta suma asegurada y pago de prima.
Obsérvese señores jueces, que del escrito de demanda luce claro y preciso que la actora se encuentra solicitando la aplicación en los actuados del art. 42 de la CN (derecho de información), la normativa consumeril (ley 24.240) respecto de la inoponibilidad de las cláusulas abusivas de delimitación del riesgo, restringir los derechos de la consumidora que terminan frustrando el fin social del contrato de consumo.

2.-Contestación de demanda: A fs.97/113 se presenta la demandada, por apoderado, a contestar demanda y solicita su rechazo. Formula negativas de rigor. Reconoce expresamente el contrato de seguro de vida obligatorio (Póliza Nro. 286955, Ref. 301929, Certificado 1824) y otro adicional (Póliza Nro. 286991, Ref. 301928, Certificado 1149), celebrado con la empleadora de la Sra. Jara. Denuncia como capital asegurado a la fecha en que la actora denunció consolidado el daño, la suma de $20.000 para el seguro de vida obligatorio y $300.000 para el adicional, siendo esta última el tope de suma asegurada respecto del seguro optativo, lo que resulta conteste con los términos de la póliza y la prima abonada por la actora. Sostiene que la carga de la prueba en orden al acaecimiento del riesgo asegurado le asiste a la actora. Agrega, que la actora se encontraba en conocimiento del contenido de las pólizas, dado que suscribió formulario de solicitud de incorporación al seguro en fecha 16/01/2017, en el que constan todas las cláusulas del contrato en cuestión, haciéndosele entrega de una copia de los anexos correspondientes, también suscripta por la actora, tal y como además reconoce ella en su demanda. Argumenta sobre la inaplicabilidad de la Ley de Defensa del Consumidor, en atención a la naturaleza especial del contrato de seguro y la doctrina de la CSJN “Buffoni” y “Flores”. Plantea prescripción de la acción por cuantopreviamente 28 de mayo de 2015 telegrama remitido por la actora en el cual le hacía saber que con fecha 29-4- 15, según informe médico previsional, la Sra. Jara padecía una incapacidad total y permanente del 76,24%. Ante

dicho reclamo, se remitió CD solicitando información complementaria, la que nunca fue cumplida. Alega sobre la improponibilidad de la demanda por incumplimiento de cargas informativas, dado que la sra. Jara omitió acompañar la documental que se le requirió por carta documento. Afirma además, que la supuesta incapacidad que alega la parte actora no alcanza el grado necesario (sumatoria igual o superioral 66%) para motivar la procedencia de la cobertura de las pólizas, y además, respecto del seguro adicional, las afecciones físicas detectadas no se hallan tipificadas ni cuadran en la cláusula de taxatividad prevista en la póliza, presentando otras expresamente excluidas de cobertura -psicológica y/o psiquiátrica- con lo cual correspondía desestimar el reclamo, dado que excluidas éstas última del cómputo final, las físicas no llegan a constituir una invalidez total, permanente y absoluta. 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. Tampoco pueden ser declaradas inoponibles dado que la ley no prevé tal sanción de ineficacia respecto de estas normas contractuales. En función de ello, afirmamos que el planteo de inoponibilidad debe ser rechazado, debiendo estarse al contenido del contrato,el cual conforme hemos referido, no puede ser declarado abusivo en lo referente al riesgo asegurado (art. 1121 CCyC) ni modificado su contenido en los términos en que ha quedado trabada la Litis. Efectúa reserva del caso federal, ofrece prueba y peticiona. Documental adjuntada a la contestación de demanda: Resultan de utilidad mencionar: 4 cartas documento remitidas por la demandada al tomador y actora solicitando información complementaria de fechas 3-6-15 (2), 19-4-18 (2), con sus acuses de recibo y telegramas remitidos por la actora de fecha 29- 4-15 y 9-4-18 (copia con sello original de recepción); original acta de solicitud de ingreso al seguro (por la cual la actora solicita la cobertura del seguro adicional, acepta los términos y condiciones de la póliza en sus distintos anexos y suscribe cada una de sus hojas prestando conformidad), y copia de las pólizas de seguro de vida colectivo obligatorio y adicional. En esta última póliza consta la cláusula 7° de exclusiones específicas, en la cual se excluye de cobertura a las patologías psiquiátricas y/o psicológicas, en los siguientes términos: *"…**7°** - EXCLUSIONES ESPECIFICAS Además de las exclusiones que establece el Artículo 5° Riesgos no cubiertos - Exclusiones, de las Condiciones Generales*

de la cobertura básica, quedan excluidas de la cobertura que otorga esta cláusula las consecuencias de: a) Enfermedades Profesionales. b) Patologías Psiquiátricas y/o Psicológicas…".

3.- Prueba: A fs.144/145 se abre la causa a prueba. A fs.177/205 se recibe documental del Banco Provincia de Neuquén, mediante la cual se agrega copia del pliego licitatorio correspondiente a la Licitación Pública N° 044-2011 "Contratación de Seguro de Vida". Allí surgen las condiciones del llamado y contenido del pliego el cual describe la propuesta de seguro que la Provincia propone contratar, con redacción de lascláusulas que contendrá el contrato a suscribir, entre las que se hallan las siguientes insertas en el Anexo D: "…*7° Exclusiones específicas: Además de las exclusiones que establece el artículo 5° Riesgos no cubiertos – Exclusiones delas condiciones generales de cobertura básica, quedan excluidas de la coberturaque otorga esta cláusula las consecuencias de: …c) Patologías psiquiátricas y/o psicológicas…".* A fs.220/225 se presenta pericia psicológica mediante la cual se informa que la Sra. Julia Ester Jara, actualmente jubilada, nivel de instrucción: primario completo, presenta indicadores de daño psíquico, citando los elementos constitutivos que permiten diagnosticarlo. Señala que del material analizado se desprende que la peritada padece una patología invalidante compatible con Trastorno de Depresión Mayor, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (F 32.3). Que a su vez dicho cuadro se encuentra en comorbilidad con un trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico (F 29). Sostiene en lo que respecta a las proyecciones laborales de la actora, que la sintomatología psicológica no sólo es crónica sino que además es sumamente invalidante, razón por la que no existe un pronóstico favorable que permita el rearmado de recursos psíquicos para adaptarse de manera funcional tanto a sus limitaciones físicas como a los estresores psicosociales que se le presentan. Utilizando el Decreto N° 478/98 de la Ley 24.241, por cuadro de Depresión Psicótica fija 50% de incapacidad. Considera factor complementario por nivel de educación formal: 7,5%. A fs.232/235 se recibe informe del EPROTE remitiendo copia de recibos de haberes. A fs. 233 la actora adjunta copia de recibo de haberes. A fs.243/247 se presenta pericia médica mediante la cual señala que la Sra. Jara trabajó

durante un período prolongado de tiempo en tareas que la obligaban a laborar en posición forzada (semiflexión) de su región lumbar, varias horas diarias, como así también levantando pesos o arrastrándolos (mesas, sillas), lo que provocó sintomatología dolorosa lumbar por producción de lesiones discales que fue diagnosticada por especialista y que repercutieron sobre sus nervios periféricos (ciatalgias a repetición con EMG +) y que requirieron cirugía reparadora. Que agregado presenta hipotiroidismo crónico en tratamiento especializado y diabetes Tipo II en tratamiento medicamentoso asociada a trastorno metabólico con obesidad mórbida. Asimismo presenta insuficiencia venosa periférica con producción de várices en ambos miembros inferiores. Sostiene que estas patologías repercutieron sobre su esfera psicológica provocando un trastorno depresivo mayor que requirió internación. Conforme pautas del Decreto 478/98, determina incapacidad por cada una de las afecciones diagnosticadas, con aplicación del método de capacidad restante, fijándola en 55,68%. A fs. 251/252 la parte actora presenta control de prueba. A fs. 255 se recibe informe del Dr. Alejandro González. A fs. 257/258 se certifican pruebas y se ponen autos para alegar. A fs. 259/263 se agrega el alegato presentado por la parte actora mediante el cual se explaya en orden al rechazo de la defensa de prescripción, suma asegurada y sostiene que se acreditó, con las pericia psicológica y médica presentadas, el presupuesto fáctico cubierto en los seguros objeto del presente. A fs. 266 se llaman autos para dictar sentencia.

4.- Sentencia de primera instancia: A fs. 267/283 obra sentencia de primera instancia por medio de la cual se hizo lugar a la demanda por la suma de $598.990 en concepto de capital por seguro de vida colectivo obligatorio ($20.000) y adicional ($578.990) contratado con su empleador, más intereses, con costas. Para así resolver la jueza de origen, luego de sintetizar las posturas de las partes y narrar las pruebas producidas, comenzó por tratar la defensa de prescripción opuesta por la demandada con sustento en la Ley de Seguros. En este sentido, dejando a salvo su criterio al respecto, se remite -transcribiendo- a una sentencia emitida por la Cámara del Interior en la causa “Godoy Godoy Expte 37174/17 Acuerdo del 16-3-2020” en la cual–revirtiendo su anterior postura evidenciada en autos “Castillo” y “Pinos”- que, con la entrada en vigencia del CCyC, el plazo de prescripción aplicable al contrato de

seguros objeto del presente es de cinco años (art. 2560 CCyC). Resuelto ello, pasa al análisis de la configuración del riesgo y su tipificación en los contratos de seguros objeto de litis, todo ello en el marco de la Ley de Defensa del Consumidor, dado que la jueza considera aplicable dicha normativa protectoria a los contratos de seguros reclamados. Así, primero afirma que la circunstancia de que la actora no se halla jubilado por invalidez en modo alguno impide la procedencia del reclamo en la medida en que el riesgo asegurado es la incapacidad. En segundo término, dice que el riesgo asegurado es la incapacidad total, permanente y absoluta igual o superior al 66%, razón por la cual considera probado el presupuesto fáctico cubierto en las pólizas dado que al sumar la incapacidad física más la psicológica dictaminada por peritos, se arriba a un porcentaje superior a aquel referido. Asimismo dice la magistrada que las pericias reseñadas (médica y psicológica) no han merecido objeciones de las partes. Declara, a estos fines, inoponible la cláusula delimitativa (taxatividad de afecciones) y de exclusión expresa de la afección psicológica opuestas por la demandada, por restringir indebidamente el presupuesto fáctico cubierto por los seguros, teniendo presente las pautas interpretativas de la normativa de protección al derecho del consumidor, conforme criterio del Máximo Tribunal Provincial en los precedentes “Camargo”, “Géliz”. Considera que al contrato de seguro le son aplicables las normas de la LDC y hoy las normas contenidas en el Código Civil y Comercial, estamos frente a una relación de consumo a tenor de lo dispuesto por el art. 1092 CCC, con la sanción de dicho texto legal se ha regulado la relación de consumo con amplitud y la figura del contrato de consumo como “una fragmentación del tipo general de los contratos” para generar un piso mínimo de protección, en el ordenamiento jurídico argentino hay que considerar el rango constitucional de los derechos del consumidor, la amplia aplicación de estas normas en los casos judiciales y la opinión de la mayoría de la doctrina, esta solución es consistente con la Constitución Nacional que considera al consumidor como un sujeto de derechos fundamentales. Señala que las razones para incluir la regulación normativa del contrato de consumo en el marco normativo general, pese a que existe una ley especial en la materia (24.240) es la creación de un núcleo duro de protección que subsistiría en el caso de derogación de la ley especial, como así extender ciertas reglas generales contenidas en el CCC,

incluyendo un lenguaje normativo común. Una ley especial puede introducir condiciones superiores, pero no puede derogar mínimos sin afectar el sistema, en el campo de la interpretación, se establece un “dialogo de fuentes” de manera que el Código recupera una centralidad para iluminar las demás fuentes. El intérprete de una ley especial recurrirá al Código para el lenguaje común de lo no regulado en la ley especial y, además, para determinar los pisos mínimos de tutela conforme con el principio de interpretación más favorable al consumidor. Conforme con lo expuesto, considera que las causas fácticas del caso “Buffoni” de la CSJN difieren del presente. Señala que continúa vigente sin lugar a dudas la protección constitucional del art. 42 de la CN y al ser la Constitución Nacional la fuente principal, el derecho de los consumidores tiene carácter de ius fundamental. Agrega que en igual sentido Ricardo Luis Lorenzetti, al hacer un análisis comparativo de la LDC con las leyes especiales, se inclina en favor de la aplicación de aquélla, en virtud de poseer el carácter de norma iusfundametal (Consumidores, Ed. Rubinzal Culzoni, 2009, p.44/45, 50, 136/137). Indica, que a ello cabe agregar el cumplimiento de las directivas establecidas en los arts. 1 y 2 del CCC que receptan la constitucionalización del derecho privado. Señala que conforme art. 37 LDC – Interpretación, sin perjuicio de la validez del contrato, se tendrán por no convenidas: las cláusulas que desnaturalicen las obligaciones del predisponente; importan renuncia o restricción a los derechos del adherente o amplían derechos del predisponente. A su vez, dicha norma debe interpretarse y aplicarse conjunta y armónicamente con los arts. 988, 1117, 1118, 1119, 1122 y conc. del CCC, mediante los cuales dichas cláusulas por ser abusivas, es decir que desnaturalizan el contrato o provocan un grave desequilibrio entre las prestaciones, se tienen por no escritas o por no convenidas, esto es que no pueden oponerse en este caso a la actora, en cuanto a ella, resultan ineficaces. Las cláusulas abusivas se tienen por no escritas o no convenidas. Señala que la definición de cláusula abusiva es más extensa, ya que comprende los concluidos por adhesión y los que, aunque no estén celebrados por adhesión, contienen cláusulas predispuestas. La razón de dicha extensión es que no se trata de un control de incorporación, sino de contenido, en el que no importa si hubo adhesión o consentimiento. Asimismo, advierte que debe tenerse en cuenta el carácter de orden público que tiene la LDC (art. 65), impuso un orden

imperativo que excede y sobrevuela las convenciones privadas, mucho más en el caso de las 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 función social. De aplicar las limitaciones y exclusiones de cobertura previstas en la póliza, se estaría negando la propia existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional, máxime si se tiene en cuenta que el asegurado es ajeno a la discusión del alcance de la cobertura, su determinación, su delimitación y por consecuencia de las exclusiones de ella. Respecto al derecho a la información, la magistrada destaca que la información que debe recibir el consumidor deber ser veraz, adecuada, detallada, suficiente y eficaz y no es sinónimo de publicidad, debe proveerse información sobre las circunstancias relevantes para el contrato (arts. 42 CN y 1100 CCC), 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 de los alcances del contrato. Es la protección del consentimiento en este tipo de contratos para que este pueda ser eficaz. De lo expuesto, en el contexto interpretativo considera que en el caso no resulta oponible a la actora 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 al consumidor. Establecido ello, fija los montos por cada uno de los seguros, los que conforme pólizas pertinentes asciende para el obligatorio a la suma de $ 20.000,00, y para el adicional la suma equivale al múltiplo de 25 sueldos, sin tope a partir del 01-01-16 (ver fs.49, Punto 2, Capitales asegurados), monto que conforme recibo del mes de febrero de 2018 (fs.236), asciende a la suma reclamada de $ 578.990,00. Por ello, hace lugar a la demanda por la suma indicada,con costas e intereses.

5.- Apelación fundada de la demandada: La demandada, en primer término impugna la fecha en que se consideró acaecido el siniestro, atento que tal elemento fáctico tiene incidencia en la forma en que se resolvió el presente caso. Considera que si bien ese tema no fue tratado certeramente cuando se expidió sobre la defensa de prescripción, si lo hizo cuando se refirió a la

determinación de las sumas aseguradas. Resalta, que el hecho considerado indemnizable acaeció el 29/04/2015 fecha en la cual la actora tomó conocimiento de padecer una incapacidad total y permanente del 76,24%, por lo que remitió telegrama a su mandante en fecha 28/05/2015. Luego, y más allá de que años después realizara otra consulta médica que le otorga incapacidad del 72,28%, (similar a la anterior) lo cierto es que la actora desde el 29/04/2015 ya presentaba incapacidad total y permanente, habiendo reclamado en el 2015 el pago de los seguros objeto de autos. Señala que teniendo en cuenta los términos de la demanda, la fecha del siniestro no le resultaba indiferente a la actora, estaba en juego la prescripción de la acción y la suma asegurada, pretendiendo hacer torcer la realidad procesal. Resalta que la actora no puede afirmar por un lado, estar incapacitada desde una fecha y por el otro; según su conveniencia, desde otra; más aún cuando las patologías son las mismas y los porcentajes de invalidez también. Por ello, entiende que la fecha del siniestro debe ser situadael 29/4/2015, lo cual incide en la defensa de prescripción y en el capital asegurado. En segundo término, se agravia del plazo de prescripción aplicable por considerar que rige el de la ley de seguros y no el quinquenal del CCyC. En tercer orden recurrimos el fallo de origen por cuanto tanto la a quo desestimó incorrectamente la defensa de exclusión de cobertura respecto del seguro de vida colectivo adicional, dado que esta parte ha probado que el suceso indemnizable respecto del mismo no ha sucedido, razón por la cual se imponía su rechazo. Referimos a la cláusula especial de “incapacidad total por enfermedad o accidente” del seguro adicional o facultativo, estableciendo concretamente el baremo que se utilizará, detallando exhaustivamente las incapacidades parciales físicas permanentes e irreversibles en porcentajes que se computarán en forma taxativa, debiendo interpretarse las afecciones aseguradas en el marco de la póliza adicional que en su último párrafo considera dichas incapacidades sólo a las definidas en los arts. 2 y 3. Asimismo indicamos que dicha póliza prevé exclusionesespecíficas de cobertura previstas en la cláusula 7° entre las que se encuentra la afección psicológica y/o psiquiátrica, estableciendo además un baremo propio para ponderar la incapacidad. Cita jurisprudencia de la Cámara de Apelaciones de Neuquén a tal fin refiere los autos “Russo”, “Bastías”, y al criterio sentado por el TSJ en autos “Cid Rosa”. Por ello, expresa que la patología

psicológica/psiquiátrica dictaminada en la pericia psicológica de autos, se encuentra expresamente excluida de cobertura (art. 7 inc. b) póliza pertinente), agregando que la cláusula se halla redactada en forma clara y sencilla.

6.- Contestación traslado expresión de agravios efectuado por la actora: La actora en su contestación preliminarmente, denuncia incumplimiento de lo normado por el artículo 265 del CPCC, requiriendo expresamente se declare desierto el recurso interpuesto. En subsidio, contesta los agravios de la contraria. En relación a la fecha del siniestro, indica que la recurrente toma como fecha de ocurrencia del siniestro el día 29/04/2015 a los fines de interponer su defensa de prescripción, no como lo pretende ahora en segunda instancia, como que en esa fecha debe calcularse el haber que percibía la demandada a los fines de determinar el monto indemnizable, lo cual resulta inadmisible en virtud de lo dispuesto por el art. 277 del rito, el que prescribe “El Tribunal no podrá fallar sobre capítulo no propuestos a la decisión del juez de primera instancia…”. Que la fecha antes indicada la demandada al contestar la acción, no la refirió como fecha que se debía calcular el monto del seguro obligatorio de vida adicional de la actora, por lo que mal puede hacer referencia a esa fecha en segunda instancia para poder fundar su queja. En relación a la excepción de prescripción, entiende que los agravios manifestados por la contraria no logran derrumbar la base lógica de la decisión por constituir una disconformidad, en base a apreciaciones subjetivas. Asimismo expone que los fundamentos del recurrente en su queja, cotejados con los términos de contestación de demanda, conculcan el art. 277 del CPCC avasallando el principio de congruencia, el que constituye la columna vertebral del dispositivo del proceso en la medida que liga al juez con las pretensiones que se debaten en aquel. Entiende que introduce consideraciones que no fueron materia de disputa en la instancia de origen y por lo tanto extraña a la Litis. Cita doctrina y jurisprudencia de esta Alzada (“Godoy Godoy”) y del TSJ local (“Alasino Mario” Ac. N°19 del 22/11//2019). Expresa que el plazo prescriptivo debe ser razonado a la luz de la ley suprema, principios de progresividad, pro homine y de la norma más favorable a consumidor. Al contestar el agravio referido al monto de condena del seguro de vida colectivo optativo o adicional, expuesto

en subsidio por la quejosa indica que no es correcto considerar que el monto es con tope, toda vez que a partir del 1 de enero del año 2016 el pago de la suma de dinero respecto al seguro adicional lo es sin tope, conforme lo indica la propia póliza. Por ello el planteo en torno a que únicamente debía pagar como suma máxima $300.000 debe ser rechazado, toda vez que no se hace cargo de poder derrumbar el principio columnario de los derechos de los consumidores donde impera un criterio amplio favorable a los mismos e inoponible cuando se trata de retacear derechos. Asimismo no pasa por alto, con respecto al "tope", que la propia demandada al momento de contestar demanda acompaña la póliza N° 286991 con vigencia del 01/01/2018 al 01/01/2019 en lo referente al seguro de vida colectivo optativo, donde en el endoso N° 3 in fine expresamente prescribe: "…Toda alta que se produzca a partir del 1- 3-2016 se emitirá sin tope de suma asegurada". Así, conforme documental acompañada por la propia demandada consistente en "SOLICITUD-SEGURO-COLECTIVO", documental que no fuese desconocida por la parte actora, ésta ingresó al seguro colectivo de vida optativo con fecha 16 de enero de 2017, ergo le corresponde la suma asegurada sin tope. Con lo cual pide se rechace el agravio. Asimismo, se refiere al derecho de información, que la consumidora se encuentra amparada y protegida por la LDC, que es una ley de orden público, que en el caso de autos existen cláusulas predispuestas que la parte más débil de la contratación (actora) debe adherirse, y justamente por ello se encuentra amparada por la indicada ley y la jurisprudencia constitucional de la CSJN, como así también por los instrumentos internacionales de derechos humanos, que los intérpretes (jueces) deben acatar por ser norma suprema, las que ordenan que siempre debe estarse por la vigencia, el progreso y efectividad de los derechos humanos y jamás por la regresividad y/o restricción de los mismos, como pretende la demandada. También advierte que en estos juicios resulta innegable la finalidad tuitiva y protectora que asiste los derechos del actor por su función social, naturaleza eminentemente alimentaria, donde conforme art. 37 LDC toda interpretación se hará en el sentido más favorable para el consumidor, y donde sin perjuicio de la validez del contrato se tendrán por no convenidas las cláusulas que desnaturalicen las obligaciones o limiten la responsabilidad y las cláusulas que importen renuncia a restricción de los

derechos del consumidor o amplíen los derechos de la otra parte. Señala que en virtud de lo expuesto, jamás un contrato social puede ser reglado de tal forma que desnaturalice y contradiga su función social, por lo que debe rechazarse cualquier cláusula utilizada por la accionada a los fines de poder retacear su responsabilidad y así "burlar" el fin ontológico de dicho contrato. Adviértase, señores jueces que nuevamente esta parte al momento de contestar expresión de agravios reitera cuestiones de índole federal relacionadas con lo que es motivo de tratamiento del recurso extraordinario federal, como son; la aplicación de la Constitución Nacional, LDC, CCC (cláusulas abusivas), deber de información, Tratados Internacionales de Derechos Humanos. Finalmente solicita se rechace el recurso, con costas.

7.- Sentencia de segunda instancia: A fs. 326/339, con fecha 9 de junio de 2021 la Sala II de la Cámara de Apelaciones del Interior local, desestimó el recurso de apelación incoado por la demandada, con costas a la recurrente. La Dra. Barroso, vocal preopinante, consideró que el recurso resultaba admisible, por lo que seguidamente pasó a tratar los agravios incoados por la recurrente. Así al expuesto en primer término consideró que conforme formulario de adhesión suscripto por la actora, así como también, atendiendo a lo que resulta de la póliza de seguro de vida optativo N° 286991, documentación acompañada tanto por la actora como por la demandada (fs. 34/37vta. y fs. 73/86vta.), la actora ingresó al mencionado seguro optativo con fecha 16 de enero de 2017, razón por la cual el siniestro no pudo haber acaecido con anterioridad. Posteriormente se expidió sobre el segundo agravio, refiriendo que en función de la fecha de siniestro –febrero 2018- la demanda había sido promovida en término, sin perjuicio de lo cual ratificó la aplicación al caso del plazo quinquenal del CC y C. Respecto al tercer agravio, si bien la jueza no lo trató directamente ya que se centró en la cláusula de delimitación taxtativa de afecciones físicas cubiertas, lo cierto es que sostuvo el rechazo del recurso por considerar que el presupuesto fáctico asegurado es la incapacidad total, absoluta y permanente, independientemente de las afecciones que la causan o generen. Agregó que, "…*Por su parte, y con expresa referencia a las patologías psiquiátricas y psicológicas, es también la postura del TSJ local en autos "Ferreyra c/ Caja de Seguros" del año 2012, precedente en el cual el*

máximo tribunal local sostiene que cabe tener en cuenta la incapacidad psiquiátrica al momento de determinar el porcentaje de incapacidad necesario para hacerse acreedor de la indemnización y reitera que este tipo de contratos deben ser interpretados siguiendo el principio de progresividad y no regresividad, teniendo 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…" Agregó que la cláusula que excluye de cobertura a las afecciones psicológicas y/o psiquiátricas desnaturaliza al seguro y por tanto resulta ineficaz. Advierte la magistrada 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 la protección del ser humano, debe atenderse a la pautas establecidas por los tratados internacionales incorporados a la Constitución Nacional (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 "Cifuentes, Ernesto Carlos c/ Caja de Seguros S.A. s/ cobro de Seguro de Vida" Expte. 142/2010, sentencia de fecha 1/10/2012. También indicó que *"… que los precedentes que cita el recurrente el del TSJ CID ROSA, no resulta trasladable sin más al presente caso ya que no resultan similares las circunstancias fácticas ni las cuestiones resueltas, sin perjuicio de lo cual también considero que no se ha modificado la doctrina que he citado precedentemente. Por el contrario, entiendo que la postura que excluye las cláusulas limitativas de responsabilidad que importan denegar o reducir la cobertura, ha sido ratificada recientemente en el precedente del TSJ "BRUNA", Acuerdo N° 17 de fecha 12 de mayo de 2021, en el cual el Máximo Tribunal local expuso: "… Este Tribunal Superior de Justicia ha remarcado la importancia de observar el deber de información en los seguros colectivos como el de autos, dado que se trata de contratos celebrados entre tomador y asegurador, permaneciendo el asegurado ajeno a la negociación de las cláusulas… Ello se sostuvo en supuestos en que se invocaban cláusulas de exclusión o limitativas de garantía, que lógicamente importaban denegar o reducir la cobertura, con consecuente afectación de los asegurados…" (Del voto del Dr. Moya al que adhiriera el Dr. Busamia).*Por último trató el agravio referido a la suma asegurada en la póliza optativa y concluyó que conforme

surge del recibo de sueldo de febrerode 2018, la actora pagaba prima de 2.4% sobre remuneración y tenía, en consecuencia, pactada suma liberada equivalente al múltiplo de 25 sueldos, siendo el importe de condena coincidente con el informado en aquel recibo, por lo que desestima la queja. A su turno la *Dra. Gabriela B. Calaccio*: Por compartir los fundamentos y conclusiones a que arriba en su voto la colega preopinante, adhiere al mismo expidiéndose en idéntico sentido.

8.- La demandada interpone recurso de casación por inaplicabilidad de ley: La demandada, a fs. 342/356, interpuso recurso por inaplicabilidad de ley contra la sentencia de la Cámara Provincial. En dicho recurso y haciendo saber a los señores jueces que se hará el relato claro y preciso de las circunstancias relevantes respecto del recurso extraordinario federal que se interpone, esto es exclusión del contrato de consumo de la afección psicológica/psiquiátrica que padece la actora (consumidora), la recurrente plantea en primer término los recaudos de admisibilidad, luego fundamenta dicho recurso en lo dispuesto por el art. 15 inc. a y b de la Ley 1406, violación y errónea aplicación de la ley , correspondiente al seguro de vida colectivo adicional, violación de los artículos 1, 11, 12 y 118 y concordantes Ley de Seguros por condenar a pagar un siniestro fuera de cobertura, en desmedro de cláusulas contractuales claramente previstas y determinadas. Señala que la afección psiquiátrica se encontraba expresamente excluida de cobertura, con lo cual no podía sumarse en la cuenta global de incapacidad, la sentencia violenta los limites contractuales y legales aplicables en la materia, imponiendo una obligación carente de causa, lo que implica una clara afrenta al derecho de propiedad de rango constitucional de la aseguradora demandada. Indica que dicha patología se encuentra expresamente excluida conforme la cláusula 7 de la póliza adicional. A los fines de poder fundamentar su postura indica que la doctrina “Ferreira” y “Cifuentes” del TSJ no son aplicables al presente caso por considerar que la actora conocía o estaba debidamente informada con antelación al acaecimiento del siniestro, al firmar la documental de fecha 16/1/2017 siendo que el reclamo es de febrero 2018, del contenido del seguro optativo. Señala que la firma de la sra. Jara se encuentra insertada en la página n° 2 del Anexo correspondiente al seguro optativo se encuentra al final

sobre la cláusula 7° exclusiones específicas, cuyo título está redactado con mayúscula y negrita, resultando fácilmente legible y entendible su significación, de ello resulta incorrecto afirmar que la actora no sabía lo que estaba contratando o que ella creía que contrataba una determinada cobertura cuando en realidad era otra. Afirma, que la sra. Jara presentaba según sus médicos tratantes (conforme documental agregada a la demanda: informes de salud mental del Instituto Austral e informe psiquiátrico del Dr. Gramajo, más lo que afirma la perito psicóloga en su pericia en los antecedentes clínicos que dan cuenta de afección de aquélla naturaleza de larga data, habiendo estado en tratamiento psiquiátrico con intentos de suicidios en 2013 -5 años antes del examen psicológico realizado en 2018-) antes de solicitar la incorporación al seguro adicional, afección psicológica y/o psiquiátrica. Asimismo, refuerza su postura con precedentes jurisprudenciales del TSJ de Neuquén en los casos “Bastías” R.I. N° 21 de fecha 17/02/2020 y “Cid Rosa” R.I. N° 83 de fecha 19/05/2020. Señala que en la especie rige el fallo “Bruna” del TSJ por considerar que la actora estaba informada del contenido de la póliza y porque no toda restricción o limitación al riesgo asegurado resulta ineficaz, sino solo aquélla que resulta ilegítima. Señala que la cláusula de exclusión debe ser interpretada literalmente y aplicada y que el contrato debe ser respetado en su redacción, puesto que el art. 965 del CCC dice que los derechos resultantes de los contratos integran el derecho de propiedad de los contratantes, y que ni el derecho de consumo, ni el art. 42 de la CN han eliminado las demás garantías constitucionales y un dialogo de fuentes serio y consistente no importa arrasar ni con la libertad contractual ni con el derecho de propiedad. Indica que el fallo “Buffoni” 337:329 resulta de aplicación en autos, como así también el Fallo “Flores” 340:765. Manifiesta que el asegurador podría cubrir todas las incapacidades incluidas las psicológicas/psiquiátricas pactándose para ello un precio de cobertura diferente, el pago de la prima de la actora no contempla dicha afección. Indica que la exclusión de la afección psicológica/ psiquiátrica de la cobertura no implica conculcar la vigencia del principio pro homine, concluyendo que no existen motivos valederos para apartarse del contenido literal de la cláusula en cuestión en el contexto fáctico de los actuados, por lo que mal, considera, podría haber duda alguna que motive realizar tarea de interpretación que justifique la solución dada por la Alzada. Solicita se haga

lugar al recurso interpuesto, ordenando el rechazo de la demanda, dado que excluida la patología psicológica/ psiquiátrica la incapacidad de la actora no es absoluta ni total, luciendo ausente el presupuesto de hecho que daría origen al pago reclamado, con costas.

9.- Contestación traslado de la actora recurso de casación por inaplicabilidad de ley: A fs. 360/372 la actora contesta, en tiempo y forma, recurso de casación por inaplicabilidad de ley interpuesto por la demandada. Comienza solicitando su inadmisibilidad por falta de cumplimiento de recaudos formales. También advierte no cumplido el recaudo de suficiencia de fundamentación, donde advierte que no se puede pasar por alto que la demandada no impugno en tiempo y forma la pericia psicológica producida en autos, indicando además, que no solo no impugnó, sino que tampoco se opuso a la procedencia de dicho medio de prueba al momento de contestar demanda, ni tampoco manifestó su desinterés, lo que implica su consentimiento. Asimismo sostiene que la recurrente no refutó frontalmente las premisas de la Alzada en lo referente al orden público protectorio de la LDC, el derecho de los consumidores tiene carácter de norma ius fundamental por tener su fuente en la CN, Tratados Internacionales de Derechos Humanos, resultando totalmente aplicable a los contratos de seguro de vida colectivo. Sostiene que no resulta de aplicación el precedente “Buffoni”, se debe velar por la progresividad en la efectiva aplicación de los derechos humanos, la necesidad de acudir al “dialogo de fuentes” consagrado en los arts. 1 y 2 del CCC y a la integración normativa, siendo la regla la que protege mejor a la persona humana. Sostiene que en autos se aplica la legislación laboral (ley 921), constitucional, normas del Código Civil y Comercial y tratados internacionales para no dejar desguarnecido al consumidor/trabajador. También observa que la recurrente no derrumbó el deber de información, el bloque consumeril prevé en cabeza de la parte dominante (demandada) deberes precontractuales de información necesarios a los fines de preservar un adecuado consentimiento (LDC arts. 4, 9, 21 y 25) y ante su transgresión se verá comprometido el contrato, una o más cláusulas. Señala que no se puede pasar por alto que la demandada omitió la entrega del certificado individual a la actora, quien jamás accedió al contenido de las condiciones generales, particulares y anexos de la póliza, sino hasta el

momento de la contestación de la demanda. Indica la diferenciación que existe entre los conceptos de “oferta de incorporación” con “certificado individual”. El primero es una solicitud de adhesión que fuese suscripto por la actora, en el segundo surge la relación concreta gestada entre los contratantes y de cuya lectura se desprenderá el nombre del asegurado, beneficiarios, fecha de comienzo de la cobertura, riesgos cubiertos, capital asegurado etc. El mismo jamás le fue entregado a la actora por la aseguradora demandada. Señala respecto a la exclusión de cobertura por afección psicológica/psiquiátrica que la aseguradora que redacta el clausulado y lo predispone es quien debe informar en forma veraz, adecuada, suficiente y eficaz dicha circunstancia, como se dijo “… *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 de los alcances del contrato. Es la protección del consentimiento en este tipo de contratos para que éste pueda ser eficaz …*” (Lorenzetti, Ricardo Luis; Código Civil y Comercial de la Nación, comentado TVI, p. 257). Indica que resulta llamativo lo manifestado por la demandada en su recurso de casación respecto a la afirmación que para que el asegurador pueda cubrir afecciones psicológicas/ psiquiátricas se debe pagar un precio de cobertura diferente. Ello es así, puesto que la propia demandada sabía al momento que la actora se incorpora a la cobertura asegurativa que padecía de dicha afección y de la magnitud que describe, por lo que mal puede ahora negarse a cubrir la misma. Lo que se encuentra relacionado con la buena fe desde la celebración y ejecución del contrato. Como puede la beneficiaria quedar excluida del seguro si ni siquiera le entregan un certificado individual?. La falta de cumplimiento del deber de informar trae como consecuencia directa que la cláusula sea abusiva, ello es así por la desigualdad entre asegurador y asegurada desde la preexistencia del contrato, redacta las cláusulas ajustada a sus intereses y la asegurada colocada en una situación de vulnerabilidad contractual, ignora sus alcances, por lo que las cláusulas que restringen los derechos de los usuarios atentan contra el orden público, trayendo como consecuencia inmediata su nulidad, la que debe ser declarada de oficio, teniendo presente que desde la portada de la demanda se requirió la inoponibilidad de toda cláusula que atente contra los derechos de la actora, incluso la afectación psicológica/psiquiátrica. En dicho

contexto, la exclusión de dicha cláusula deviene abusiva e ineficaz, la consumidora jamás tomó conocimiento del contenido de la póliza, y mucho menos fue informada por la aseguradora de dicha circunstancia. Asimismo, sostiene la improcedencia del recurso en traslado toda vez que considera que una cláusula contractual no constituye una ley en el sentido que le imprime la ley casatoria 1406, la que aplica un criterio restrictivo respecto a la misma. Se afirma que la protección de los derechos de los consumidores es uno de los derechos civiles constitucionalizados, con categoría iusfindamentales operativos (Sobrino Waldo, Consumidores de Seguros, p. 65). En supuestos de existir colisión de normas, es importante tener en cuenta que no es la ley, sino, la Constitución Nacional la que es fuente principal del derecho consumerista (Lorenzetti, Ricardo "Consumidores, p. 44/45 Rubinzal Culzoni).

Adviértase, señores jueces que nuevamente esta parte al momento de contestar traslado recurso casación inaplicabilidad de ley, reitera cuestiones de índole federal relacionadas con lo que es motivo de tratamiento del recurso extraordinario federal, como son; la aplicación de la Constitución Nacional, LDC, CCC (cláusulas abusivas), deber de información, Tratados Internacionales de Derechos Humanos. Finalmente solicita se rechace el recurso, con costas.

10.- Resolución interlocutoria N° 223/21 del TSJ: Con fecha 10 de diciembre año 2021 el TSJ dicta la resolución interlocutoria n° 223 donde decide declarar admisible el recurso de inaplicabilidad de ley deducido por la demandada. Sostiene que pese a que la recurrente no cumplió con el recaudo del monto habilitante previsto en el artículo 14 de la Ley 1406 empero no puede soslayarse que la cuestión a examinar en los actuados -exclusión de la cobertura de las patologías psiquiátricas y/o psicológicas- es similar a la traída a conocimiento de este Cuerpo en la causa "Pino" donde a cuyo respecto se abrió la instancia extraordinaria local, correspondiendo dar igual tratamiento a situaciones similares, por considerar la importancia de la función uniformadora de la casación, por lo que corresponde admitir el recurso impetrado a fin de facilitar la aplicación uniforme del derecho, en tutela de la seguridad jurídica y la igualdad de tratamiento.

11.- Acuerdo N° 21 del TSJ de Neuquén: Con fecha 7 de diciembre año 2023 el TSJ de Neuquén dicta el Acuerdo N° 21 donde decide declarar procedente el recurso por inaplicabilidad de ley interpuesto por la aseguradora demandada, casando parcialmente la decisión dictada por la Alzada, por considerar que la misma incurrió en la causal de la infracción legal de las normas de la Ley de Seguros denunciadas, recomponiendo el litigio revocando la sentencia de primera instancia en lo pertinente al seguro de vida colectivo optativo, manteniéndose la condena respecto del seguro colectivo obligatorio. En orden a las costas decide mantener la imposición de las mismas ante la primera instancia, modificar las de segunda instancia distribuyéndolas en un 80% a la demandada y 20% a la actora y respecto a la instancia extraordinaria local las impone en el orden causado, dejando sin efecto las regulaciones de honorarios dispuestas en las instancias anteriores para letrados y peritos, readecuándolas al nuevo pronunciamiento. A los fines de poder fundamentar dicho Acuerdo el primer vocal Dr. Busamia comienza detallando los antecedentes relevantes de la causa a los que me remito a lo ya denunciado en el acápite 3 “Antecedentes del Recurso” en cumplimiento a lo ordenado en la Acordada 4/2007 de la CSJN regla 3° *“… y sin incurrir en reiteraciones innecesarias”*. Ingresando al estudio del recurso sostuvo que la vía elegida por el quejoso violación e interpretación errónea de la ley y doctrina legal implica cuidar que los tribunales de grado apliquen las disposiciones normativas sin violarlas ni desinterpretarlas. La ley se viola cuando media desconocimiento de una norma jurídica, sea en su existencia, en su validez o en su significado. Seguidamente el magistrado examina en autos si a través del recurso incoado se logró acreditar que la Cámara sentenciante incurrió en la violación legal y/o errónea aplicación de las normas de la Ley de Seguros que denuncia la recurrente. Para ello, parte indicando que el punto central del seguro lo constituye el riesgo, siendo la exclusión de cobertura la limitación del riesgo. Asimismo, indica que la buena fe negocial aparece en toda su magnitud. Señala que en la Póliza N° 286991 en la cláusula 7° se refiere a exclusiones específicas, donde en el apartado b) quedan excluidas de cobertura las patologías psiquiátricas y/o psicológicas. Indica que al ser el asegurado ajeno a la discusión sobre el alcance de la cobertura, su delimitación y por ende a sus exclusiones, resulta imperioso que como mínimo conozca el contenido del contrato a través de una

información clara y precisa. Menciona que el deber de información cobra en la especie una importancia decisiva, donde la asegurada debe conocer los alcances de la cobertura, los riesgos cubiertos y especialmente los excluidos. Señala que este TSJ ha remarcado la importancia de observar el deber de información en los seguros colectivos (“Bruna” Acuerdo N° 17/21). Indica que la cláusula de exclusión aludida en su redacción es sencilla, clara y precisa, fácilmente entendible, no solo clara sino también legible toda vez que fue dispuesta en una cláusula separada, con un título resaltado en negrita con la denominación de “Exclusiones específicas” y delimitando los dos supuestos en acápites diferenciados para una más llana lectura. Agrega, que si bien es una cláusula potencialmente lesiva para la beneficiaria , ella ha sido redactada con una impresión fácilmente advertible en el contexto general del documento negocial. Indica que la interpretación de dicha cláusula debe ser literal, restrictiva o estricta, siendo no factible la interpretación analógica o extensiva de la misma. Señala que la judicatura no podría 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 aquellos casos expresamente excluidos. Señala que el formulario de solicitud de seguro colectivo fue suscripto por la sra. Julia E. Jara en la localidad de Copahue el 16/01/17 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. Afirma, que la actora se encontraba en conocimiento del tenor y alcance de la mentada cláusula del seguro colectivo opcional que coloca a los supuestos de patologías psicológicas y/o psiquiátricas fuera del amparo del contrato desde el momento mismo de la suscripción de su adhesión, y su conocimiento, a su entender, presupone el consentimiento, siéndole oponible sus términos. Señala, que anoticiada la sra. Julia Jara de dicha delimitación del riesgo, igualmente suscribió el contrato y se sometió a sus términos sin reparo alguno, de lo que concluye que tenía conocimiento expreso del contenido del contrato y sus limitaciones. Señala, que no cabe declarar nulas por abusivas las cláusulas que limitan el objeto del contrato porque ese alcance es el que definieron el asegurador y el tomador al acordar el objeto del contrato. Asimismo, y como consecuencia de ese conocimiento que tenía la actora no corresponde computar de la incapacidad

global la incapacidad psicológica, la que según pericia de fs. 220/225 es de un 50%, por lo que se la debe excluir de su computo, por lo que la actora no alcanza con la incapacidad del 66% para constituir daño indemnizable. Concluye que la sentencia de la Alzada exhibe un claro error de juzgamiento al ampliar la garantía asegurativa al incorporar patologías psiquiátricas/psicológicas que se encontraban ab initio excluidas de la cobertura. Argumenta, que obligar a las compañías a cubrir un riesgo excluido sin que hubiese percibido prima por ello, es ni más ni menos que afectar la solvencia de todo el sistema, produciendo un desequilibrio en el conjunto de las obligaciones. Indica que la función social en lo atinente a la rama consumeril no implica que se deba reparar todo daño sin consideración de las cláusulas pactadas, como la exclusión de una cobertura. Afirma, que el derecho de seguros cuenta con elementos de convicción suficientes como para evitar la recurrencia analógica a otros terrenos normativos o a otras ramas del derecho, y si bien tienen aportes potenciales en la determinación de la incapacidad total y absoluta son solo coherentes con principios propios de cada disciplina, el sistema asegurador tiene su técnica en la determinación de las primas. Señala el vocal, 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. Indica, que en la especie resulta de aplicación el precedente “Buffoni” Y “Flores” de la CSJN. Culmina su voto afirmando que la sentencia de la anterior instancia infringió el artículo 1, siguientes y concordantes de la Ley de Seguros al no valorar la estructura técnico – económica sobre la que se sostiene la actividad aseguradora, desentendiéndose del análisis de la esencia técnica del seguro como forma de financiar los riesgos. A su turno, el segundo vocal Dr. Moya se adhirió al voto que lo precedía, conforme una interpretación economicista del contrato de seguro de vida colectivo, como asimismo el efectivo conocimiento de la beneficiaria de la exclusión prevista en sus cláusulas.

IV.- <u>Gravamen (Art. 3°, Ap. c) Acordada 4/2007 CSJN)</u>:

El pronunciamiento impugnado ocasiona a mi mandante un gravamen

personal, concreto y actual, toda vez que el Acuerdo N° 21/2023 revoca la sentencia de la Alzada en abierta violación con lo dispuesto por el artículo 42 de la CN; artículos 4, 37 apartados a), b) y parte final del mismo de la LDC; artículos 1, 984, 988, 1092, 1094, 1100 del CCC (donde se declara expresamente la constitucionalización del derecho privado) de; Tratados Internacionales de Derechos Humanos -art. 10- (art. 75 inc. 22 CN), Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (art. 25 ley 26.378), Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (art. 12). Su no cumplimiento acarrea responsabilidad internacional del Estado, conforme Convenio de Viena sobre Derecho de los Tratados (art. 27) Fallos: 310:244; 318:1269.

Asimismo la no aplicación en autos del criterio sustentado por la CSJN en el fallo “Prevención, Asesoramiento y Defensa del Consumidor vs. Bank Boston N.A.” de fecha 14/03/2017, donde en el Considerando 10) concluye “*Que, a partir de todo lo expuesto, cabe afirmar que frente al orden público 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”.*

Es de advertir, que el Acuerdo que se recurre deja sin efecto el deber de información del consumidor con los alcances dispuestos en el art. 42 CN (adecuado y veraz), art. 4 LDC (cierta, clara, detallada, proporcionada con la claridad necesaria que permita su comprensión), 1100 del CCC. Ello es así, toda vez que la sra. Jara Julia Ester en su condición de consumidora/ trabajadora se encuentra frente a la proveedora del servicio (demandada) en una posición de subordinación técnica estructural y de vulnerabilidad, la ley trata mediante el cumplimiento del deber de información de poder subsanar dicha asimetría, siempre y cuando el indicado deber se cumpla con los alcances determinado por las leyes indicadas las que tienen una función tuitiva de protección (Fallos: 342:677). Este deber es de vital importancia, en particular en el campo del derecho del consumo, dado que la misma se asienta

en el texto del artículo 42 CN y constituye un límite inexpugnable que debe respetar el intérprete. Así la falta de conocimiento es uno de los aspectos más vulnerables, estando la información en manos de los expertos, cuyo contenido es poner en conocimiento de la otra parte, más débil, una cantidad de datos suficientes como para evitar los daños o inferioridad negocial que pueda generarse a la otra parte si no son suministrados (Lorenzetti, Ricardo – Consumidores ed. 2003, p.170 a 172). Se trata de un lineamiento basilar del sistema protectorio del consumidor, justificada en la desigualdad material que caracteriza a los partícipes de una relación de consumo (SCBA “Lucero, Osvaldo s/ amparo” 17/09/2008).

En la especie, quedó demostrado que la demandada no entregó a la actora la póliza correspondiente al seguro de vida colectivo adicional, ergo, no cumplió con la obligación de informar en forma detallada para su debida comprensión el contenido de su clausulado.

En lo concerniente a la cláusula de exclusión de cobertura de la afección psiquiátrica/psicológica, la que se encuentra en un anexo de la solicitud de ingreso al seguro, aparece estampada la firma de la sra. Jara. Dicha circunstancia no resulta suficiente a la luz de la CN, estatuto consumeril, normas del CCC, tratados internacionales, para considerar que la consumidora recibió una información detallada y poder comprender lo que significa quedar excluida de cobertura por padecer de dicha afección. Dicha conclusión se sustenta en que la propia demandada reconoce que previo a la incorporación al seguro la actora padecía de dicha afección, así señala que conforme documental agregada a la demanda, informes de salud mental del Instituto Austral, informes psiquiátricos Dr. Gramajo, más la pericia psicológica agregada en autos dan cuenta de una afección de dicha naturaleza de larga data, con intentos de suicidios año 2013. Asimismo, es preciso no pasar por alto que también quedó demostrado con la pericia psicológica (fs. 220/225) que la actora tiene tan solo cumplido el nivel primario de educación. En dicho contexto, resulta inadmisible sostener que con la firma inserta en el anexo indicado, la misma cumpla acabadamente con el deber basal en la relación de consumo y por ende dar por sentado que la consumidora tenía conocimiento

expreso de la exclusión de cobertura psicológica/psiquiátrica y que además lo pudo comprender. Como puede comprender que queda excluida de cobertura de una afección que padece?

Asimismo, quedo demostrado con la demanda promovida, que el reclamo que efectúa la consumidora se encuentra protegido por el bloque de derecho consumeril, C.N. normas del CCC, tratados internacionales de derechos humanos, los que constituyen entre sí un "dialogo de fuentes" donde prima la armonización o coordinación entre dichas leyes en procura de una eficiencia funcional del sistema jurídico vigente y así evitar antinomias. Dialogo porque existe aplicación conjunta de las normas al mismo tiempo y al mismo caso, sea complementariamente, sea subsidiariamente. Como ejemplo de dicho dialogo tenemos las cláusulas generales de una ley pueden encontrar uso subsidiario en el caso regulado por otra ley, aquí el intérprete (juez) va a elegir entre las normas, siguiendo principio de derecho, "favor debilis". En consecuencia al aplicar el derecho de consumo se requiere del necesario y "progresista" diálogo de las fuentes.

La circunstancia indicada precedentemente no fue observada por el acuerdo en crisis, es más fue dejado sin efecto, el que solo tuvo en cuenta, a los fines de resolver la casación planteada, las normativas que integran la Ley de Seguros. Así sostuvo 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*". También resalta que la sentencia de la Alzada "*infringió preceptos de la Ley de Seguros por no valorar la estructura técnico – económica sobre la que se sostiene la actividad aseguradora, desentendiéndose del análisis de la esencia técnica del seguro como forma de financiar los riesgos*".

También quedó demostrado que la cláusula contractual de exclusión de cobertura por afección psicológica/psiquiatra, resulta ser abusiva en los términos del art. 37 de la LDC incisos: a) desnaturalizan las obligaciones, b) importa renuncia o restricción a los derechos del consumidor, como así también

del art. 988 del CCC apartados a) desnaturalizan las obligaciones del predisponente, b) importan renuncia o restricción de los derechos del adherente.

Es de advertir, señores jueces, que en el supuesto que la situación fáctica quede comprendida dentro de algunos de los supuestos indicados, dicha cláusula se la tiene por no escrita. Ello implica que automáticamente y sin necesidad de una declaración la cláusula no existe, no tiene vida en el mundo jurídico, no pueden formar ningún tipo de reclamo u oposición jurídica del predisponente.

Ello es lo que aconteció en la causa, y de ahí la aplicación de la doctrina de la CSJN en el fallo aludido.

Obsérvese, que en dichos supuestos no se indaga si la beneficiaria firmó o no firmó, automáticamente, ipso iure, se la tiene como no escrita, no puede jamás existir un reconocimiento sobre dicha cláusula.

Ergo, en los actuados se solicitó expresamente la inoponibilidad de la cláusula de exclusión de cobertura por afección psicológica/psiquiátrica, toda vez que desnaturalizaba la obligación del predisponente tenida en cuenta al contratar, como así también que restringía los derechos del consumidor.

Asimismo, la parte final del art. 37 LDC prevé que en el supuesto que la información a la consumidora no lo sea en el alcance de la norma trae aparejada la nulidad.

La demandada no demostró haber suministrado a la actora/consumidora la información detallada, precisa, cierta y proporcionada con la claridad necesaria que permita su comprensión sobre la exclusión de cobertura por afección psicológica/psiquiátrica, no obstante tiende a subsanar dicho defecto con la firma de aquella al pie de la cláusula, lo que no resulta suficiente para dar por cumplida dicha obligación constitucional que constituye el basamento jurídico del derecho del consumidor.

Conforme con la demostración efectuada, el gravamen personal, concreto actual que le provoca a la actora el acuerdo en crisis, no deriva de su propia actuación.

V.- Critica del Fallo Impugnado (Art. 3°, Ap. d) Acordada 4/2007 CSJN:

La crítica del fallo impugnado es que el mismo no tuvo en cuenta y en consecuencia no aplicó el bloque de derecho constitucional, convencional, consumeril y normas del código civil y comercial que protegen los derechos de la actora en su carácter de consumidora/trabajadora. Los señores jueces del TSJ tuvieron al respecto una visión totalmente sesgada, acotada de los actuados, aplicaron lisa y llanamente normativas de la Ley de Seguros, la que únicamente tiene como fin un lucro, totalmente opuesto a los contratos de consumo que tienen un fin social, cubren un interés público dispuesto en la constitución provincial de neuquen (arts. 37 y 38 inc. l), dicha circunstancia le impidió aplicar el dialogo de fuentes entre las distintas normativas ya indicadas en el decurso de este recurso a las que me remito para no incurrir en reiteraciones. Dichos contratos de consumo deben ser interpretados siguiendo el principio de *progresividad* y jamás el de regresividad. El acuerdo en crisis hizo exactamente lo contrario, al aplicar para resolver normas de la Ley de Seguros no tuvo en cuenta el bloque normativo aludido, sino una visión mercantilista, de precio, donde no existió la dignidad humana de la consumidora, ergo no tuvo presente que la misma goza de un derecho de la seguridad social y también de tinte laboral, por lo que siempre deben interpretarse de la forma más favorable a la misma. Es que los contratos de consumo y sobre todo los referidos al seguro de vida colectivo no pueden reglarse de modo que desnaturalice y contraríen, justamente, 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.

Los sentenciante y como consecuencia directa de la visión acotada indicada precedentemente, analizaron y valoraron la exclusión de cobertura de afección psiquiátrica/psicológica con absoluto apego a la literalidad de dicha cláusula, omitiendo considerar la finalidad tuitiva y de naturaleza alimentaria de esta clase de seguros, tampoco hizo méritos de su función social, consagrado por el Estado para atender a la protección del ser humano, omitió atender a las pautas establecidas por los tratados internacionales incorporados a la Constitución Nacional (art. 75 inc. 22), los que son coadyuvantes del principio protectorio, por estar orientadas a dar preferencia a la interpretación que con mayor efectividad resguarden los derechos humanos involucrados.

Sobre el particular, los vocales del TSJ consideraron que adentrarse en la incursión de dichos principios normativos constituye un factor de desestabilización que no preserva la autonomía normativa y quebranta el sistema.

Es de advertir, señores jueces, que en los casos debatidos el juez no puede ser neutral.

También se refuta al fallo en crisis, que conforme normativa y aplicación del dialogo de fuentes, la cláusula de exclusión de cobertura psicológica/psiquiátrica se la debió tener por no escrita, por ser abusiva, toda vez que desnaturaliza el derecho del contrato y restringe derechos de la adherente/consumidora. Es decir, que automáticamente dicha cláusula debió quedar relegada.

Además, y a todo evento, tampoco se cumplió con el debido derecho de información a la consumidora, lo que trae como consecuencia la nulidad de dicha cláusula. No se cumplió toda vez que la predisponente no demostró haber efectuado a la consumidora un detalle proporcionado con la claridad necesaria para la comprensión de su destinataria que quedaba excluida de dicha afección, máxime cuando la misma era portadora de la misma. Es que en

este tipo de contratos de consumo no alcanza para demostrar que se cumplió con dicha obligación basal con una firma, cuando la obligada no probó haber entregado una póliza íntegra que contuviese el clausulado completo.

Tampoco se puede pasar por alto, que la sra. Jara al momento de ingresar al seguro de vida colectivo adicional padecía de una afección psicológica/psiquiátrica y que además tenía un nivel educativo escaso (cumplido el primario), por lo que en el caso, la demandada debió extremar dicho deber de información, acompañado con el deber cardinal de la buena fe, tanto en las instancias previas a la formación del contrato, en su celebración, ejecución y terminación.

En dicho contexto, tampoco se puede pasar por alto, que si bien las palabras "Exclusiones Específicas" contenidas en el anexo a la solicitud de ingreso firmado por la sra. Jara, se encuentran redactadas en mayúscula y en letra negrita, no es menos cierto que su contenido "…*quedan excluidas de la cobertura que otorga esta cláusula las consecuencias de: … b) Patologías Psiquiátricas y/o Psicológicas"* , se encuentran redactadas en letra minúscula lo que dificulta su lectura y entendimiento.

Ahora bien, allegados a esta instancia, corresponde dilucidar si hay agravio federal suficiente en la solución del fallo impugnado. En este sentido, no habiendo aplicado al caso de autos para su resolución las normativas correspondiente a la protección del derecho del consumidor, a las que me remito, la jurisprudencia de la CSJN sobre cláusulas abusivas a la que también me remito, parar evitar reiteraciones, no encontrase cumplido el deber de información a la parte más vulnerable de la relación de consumo , el carácter de orden público que detenta las normativas de defensa de los derechos del consumidor (art. 65) impone que las mismas estén por encima de normas privadas, en dicho contexto y circunstancias, cabe concluir que lo resuelto guarda nexo directo e inmediato con la garantía constitucional que se indica como vulnerada (art. 15 Ley 48), por lo que corresponde su descalificación como acto jurisdiccional válido, en los términos de conocida doctrina de esta Corte sobre arbitrariedad.

Abierta la instancia extraordinaria federal por la razón expuesta, corresponde abocarse a establecer la normativa aplicable para la resolución de la litis conforme a derecho, siendo la misma el "Bloque Legal de Derecho del Consumidor" el que fuese desarrollado en el decurso del presente recurso extraordinario federal, al que me remito para evitar reiteraciones innecesarias.

VI.- Cuestión Federal (Art. 3°, Ap. e) Acordada 4/2007:

En cuanto la exigencia del art. 3° inc. e) de la Acordada 4/2007, me remito brevitatis caúsae a la exposición del acápite precedente, a efectos de refutar los fundamentos brindados en la sentencia en crisis.

Como quedara expresado, se acude a la máxima instancia federal invocando la Doctrina de la Arbitrariedad en tanto "la sentencia apelada se apoya en meras consideraciones dogmáticas e incurre en un inequívoco apartamiento de las normas aplicables al caso juzgado" (Fallos: 269:453; 284:263; 297:106, 546; 311:1516 y sus citas entre muchos otros).

Esta parte como ya se mencionó anteriormente sin haber utilizado una formalidad sacramental como ser "Efectuó expresas reservas del caso federal" se refirió expresamente que en los actuados se encuentran comprometidos derechos garantizados por la Constitución Nacional (art. 42), Tratados Internacionales (art. 75 inc. 22), los que se encuentran vinculados con la materia del pleito (exclusión de cobertura, afección psiquiátrica/psicológica), circunstancia que esta parte mantiene expresamente en la presente instancia extraordinaria federal ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

VII.- Petitorio:

En mérito a todo lo expuesto al Excmo. Tribunal Superior de Justicia de Neuquén solicito:

1.- Tenga por interpuesto en legal tiempo y forma y conceda el presente Recurso Extraordinario Federal.

2.- Oportunamente, remita las actuaciones a la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Asimismo, a la Excma. Corte Suprema de Justicia de la Nación solicito:

3.- Declare la admisibilidad del recurso con base en la Doctrina de Arbitrariedad de Sentencia.

4.- Revoque por arbitrario el fallo recurrido, ordenando el dictado de un nuevo pronunciamiento que disponga la aplicación irrestricta de la normativa correspondiente a la protección del derecho del consumidor, toda vez que en los actuados se encuentra en juego los derechos relativos a un contrato de consumo.

Proveer de conformidad,

SERÁ JUSTICIA.-

AUTOS: **“JARA JULIA ESTER C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA”** (Expte. Nº 39.592/2018). TSJ, Sec. Laboral.

OBJETO: Contesta Recurso Extraordinario Federal.

SEÑOR JUEZ:

LUIS ANGEL QUILES, M.P.N 1889, por la participación acordada en autos, con mi propio patrocinio letrado, con domicilio constituido en calle San Martín N° 249 de esta Ciudad y electrónico en nq 1889, a V.S., constituyendo domicilio legal a los fines del presente en Viamonte 1336, 8vo, of. 51 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y electrónico en Usuario 20289457454 me presento y digo:

I) OBJETO.

En el carácter invocado, vengo en tiempo y forma (artículo 257 del CPCC) a contestar el **Recurso Extraordinario Federal** interpuesto por la actora contra el Acuerdo N° 21 dictada por V.E el día 7 de diciembre de 2023, solicitando se declare inadmisible el mismo o en subsidio se proceda a su rechazo, con expresa imposición de costas.

II) IMPROCEDENCIA FORMAL

Así, consideramos que la pieza recursiva en traslado incumple con el reglamente de interposición de recurso extraordinario federal elaborado por la CSJN, no habiendo la recurrente efectuado planteo alguno que permita, en todo caso, exceptuarla del cumplimiento de dichas formalidades.

La CSJN ha expresado: “*Que con relación al aludido incumplimiento esta Corte ha dicho que en el reglamento aprobado por la acordada 4/2007 se ha señalado con claridad cuáles son los datos que deben consignarse en la carátula en hoja aparte (artículo 2), y no surge de tal reglamento que esa modalidad pudiese quedar a criterio discrecional del recurrente. Asimismo, que la exigencia de acompañar la carátula procura inducir a una exposición precisa de la pretensión recursiva y que al mismo tiempo facilite al juez o a esta Corte el examen de la presentación (confr. L.881.XLIII ALeal,*

Ricardo Jorge c/ SBA Empresa Subterráneos de Buenos Aires SE@, sentencia del 7 de octubre de 2008)”.

En este sentido dable es señalar que, especialmente, ninguno de los incisos del artículo 3° de la acordada 4/07 se verifican en el escrito en traslado sido respetado.

Todo lo cual impide la admisión del recurso en traslado de conformidad con la manda del art. 11 del citado reglamento.

Al respecto Augusto M. Morello en la obra “El Recurso Extraordinario” (pág. 239), refiriéndose a la autosuficiencia del escrito en que se lo propone y fundamenta, el mismo debe: “*...contener la enunciación de los hechos de la causa y la cuestión federal en debate a fin de poder vincular aquéllos con ésta. Se frustra si deja de destacarse con rigor, de manera concreta y razonable, el vínculo que existiría entre la solución consagrada por el a quo y las garantías constitucionales que menciona C.S., Fallos, 310:1465; 313: 1231...” agregando que debe “...rebatir el recurrente de manera adecuada (eficaz) los fundamentos (todos) desarrollados en el fallo impugnado...*”.

Concretamente, se ha omitido exponer la cuestión federal de la forma exigida y, además, también se omitió establecer la necesaria conexión entre una cuestión federal y la manera en que aquella fue afectada en el proceso (fallos: 180:271; 209:337; 224:845; 296:124). Claramente la fundamentación del recurso es insatisfactoria ni logra conmover los argumentos centrales empleados por el Tribunal Superior de Justicia local para fallar como lo hizo.

Asimismo se omite constituir domicilio electrónico, se exceden los renglones por página, la letra utilizada no es la impuesta en la acordada, se omite referenciar que el letrado concurren en doble carácter,

En definitiva, las cuestiones planteadas no resisten el examen de admisibilidad formal necesario para habilitar la instancia, por lo que se impone declarar la inadmisibilidad del recurso intentado, con costas.

III) <u>IMPROCEDENCIA SUSTANCIAL</u>

En primer lugar diremos que lo atinente a la interpretación y aplicación de normas de derecho común relativas al contrato de seguro configura materia ajena la vía excepcional del artículo 14 de la ley 48e forma tal que solo en excepcionalísimos casos puede darse curso a planteos ante la CSJN por tales temáticas, situación que en el caso no se verifican. Ello así dado quem m mas allá d ela opinión

personal y propia de la recurrente, el TSJ local ha dado tratamiento adecuado a la controversia de conformidad con las normas aplicables y las circunstancias comprobadas de la causa.

En segundo término, advertimos que la parte actora alega en su recurso que la resolución judicial impugnada resulta violatoria de un elenco de derechos y garantías tanto constitucionales como legales que enumera, pero dicho planteo resulta meramente dogmático, sin anclaje en las constancias de autos, presentando un "caso" que no es el que ha sido materia de tratamiento en las presentes actuaciones, de allí la improcedencia sustancial del recurso.

En efecto, alega la recurrente que se omitió ponderar que la cláusula que excluye de cobertura a las afecciones psicológicas y/o psiquiátricas en el seguro adicional sería abusiva, habiéndose incumplido con el deber de información a su respecto.

En esta senda, la Sra. Jara realiza planteos genéricos sin indicar concretamente motivo alguno para demostrar que la cláusula en cuestión, prevista en un seguro de voluntaria contratación, es abusiva –al menos en qué consistiría la desnaturalización de su derecho o de la obligación de la demandada- y/o de que manera el formulario de solicitud de seguro con anexos donde consta redactada la previsión contractual objeto del presente en forma clara, precisa y ubicada en un apartado especial dedicado a exclusiones especificas, le impidió conocer que las afecciones de determinada naturaleza –psicológicas/psiquiátricas- se hallan fuera de cobertura, es decir, carecen de amparo asegurador por cuanto no se tienen en cuenta para determinar la existencia del siniestro.

Luce insensato que mediante el desarrollo conciso, dogmático, abstracto y esquemático de tan solo nueve carillas de argumentación se ponga de manifiesto que la sentencia del TSJ provincial resuelve el caso de manera contraria a la Constitución Nacional. Se trata de un recurso que trasunta una mera transcripción de actuaciones anteriores, en forma parcial y descontextualizada, sin brindar una argumentación razonable que ponga de manifiesto que lo resuelto en instancia de casación resulte arbitrario en los términos de la doctrina de VE.

En este punto, lo cierto es que las aseguradoras no están obligadas a asegurar todos los riesgos, sino solo se obligan respecto de aquellos sucesos que se pactan en la póliza como riesgos cubiertos, en los términos y condiciones allí establecidos, de manera tal que mal puede pretenderse obtener un resarcimiento respecto de hechos carentes de cobertura.

Y conforme los términos de la póliza en cuestión-seguro colectivo optativo- el riesgo asegurado en lo que aquí respecta es una incapacidad total, permanente y absoluta igual o superior al 66%, estado de invalidez ponderado mediante el método de cálculo de capacidad restante (sumatoria de

incapacidades parciales) sin factores de ponderación, excluyendo del cómputo/sumatoria a las patologías psicológicas y/o psiquiátricas.

El argumento de que no se aplicó el régimen de LDC y/o que se aplicó incorrectamente es inadmisible en este escenario dado que mal puede ser utilizado aquel régimen para invalidar todas las normas contractuales que por su aplicación práctica le sean perjudiciales, en el caso concreto, a los intereses de la actora, ya que eso lejos está de ser el sentido del régimen tuitivo consumeril: la póliza adicional no asegura cualquier invalidez total, sino aquella que se configura conforme sus términos, sin computar patologías psicológicas y/o psiquiátricas.

Como se advierte entonces, resulta incorrecto sostener que el fallo no se ajusta a las constancias de autos: todo lo contrario. Lo que sucede es que el recurrente está en disconformidad con lo resuelto, pero tal queja en modo alguno permitiría considerar “inconstitucional” al pronunciamiento de del TSJ conforme la causal invocada.

Además de lo ya dicho, reafirmamos que la obligación de "reparar" o "indemnizar" —lato sensu— del asegurador, no tiene por causa haber producido un daño, sino un contrato por el cual asumió, limitadamente, abonar una prestación si ocurría un evento dañoso, descripto en el mismo contrato y en los términos de éste.

Es decir, tanto su obligación como el derecho del asegurado se hallan delimitados en el contrato suscripto.

Esta doctrina ha sido rotunda ratificada por la Corte Suprema en el caso "Buffoni" (Fallos 337:329), dictado el 08/04/2014, donde estableció que: "...El contrato de seguro rige la relación jurídica entre los otorgantes (arts. 1137 y 1197, Cód. Civil)…". Luego en "Flores" (Fallos 340:765), en sentencia dictada el 06/06/2017. Dijo el más alto Tribunal: "La libertad de contratación está protegida constitucionalmente y nadie puede, so pretexto de un perjuicio ético o patrimonial, entrometerse en la esfera de la autonomía de quien ha celebrado un contrato". En este fallo, el ministro Rosenkratz, abundando en los argumentos constitucionales, agregó: "La propiedad tiene protección constitucional (art. 17, CN) y ella se extiende a los derechos que nacen de los contratos (Fallos 137:47; 294:152; 304:856; 331:2006, entre otros)... Las consideraciones expuestas se ajustan, asimismo, a los precedentes de esta Corte según los cuales no es posible imponer obligaciones a la aseguradora más allá de los términos pactados en la póliza, pues como se dijo, la ley establece que el contrato es la fuente de las obligaciones y en dicho instrumento se determinan los alcances y límites de la garantía debida (Fallos 319:3489)…”

Pues bien lo esencial es comprobar el riesgo, en este caso que la trabajadora padece de una incapacidad total y permanente en los términos de la póliza adicional contratada, carga esta que en virtud de lo dispuesto por el art. 377 del CPC y C, pesa, sin duda, sobre la asegurada.

En efecto, tal y como se sostuvo en instancias ordinarias, el seguro obligatorio difiere del optativo. Respecto de éste último, para determinar la incapacidad de la actora, no deben computarse afecciones expresamente excluidas de cobertura

Reza la póliza adicional en su cláusula 7: "…*Exclusiones especificas: …quedan excluidas de la cobertura…patologías psiquiátricas y/o psicológicas*…".

De esta manera, dado que el contrato es la ley para las partes, el juzgador, en primer término, debe atenerse a las pautas que surgen de la póliza de seguro; y ante una previsión contractual que regula el caso, debe el juez aplicarla, sin tener que recurrir a otros institutos o soluciones previstas en regímenes diferentes los cuales por ser de diversa naturaleza jurídica, se rigen por reglas procesales y principios de derecho de fondo que le son propios, e independientes.

En el sub lite, la póliza adicional contiene una cláusula especial que resulta aplicable. No se trata, en este supuesto, resarcir cualquier hecho sino de comprobar si sucedió el riesgo asegurado conforme lo estipulado en el contrato, es decir, la ley; situación que aquí no se presenta.

Cuando la letra de una norma es clara no cabe apartarse de su texto (Fallos: 327:5614; 330:2286), de modo que si su interpretación no exige esfuerzo, debe ser aplicada directamente con prescindencia de consideraciones que excedan las circunstancias del caso expresamente contempladas por la norma (Fallos: 311:1042).

Y en este punto es oportuno señalar que, excluyendo la patología en cuestión, la incapacidad de la actora NO es total conforme los términos de la póliza adicional.

A todo evento, tampoco puede sostenerse que dicha cláusula sea abusiva ya que no tiene por efecto desnaturalizar la obligación de la demandada, dado que solo determina que determinadas afecciones –que la actora conocía, dado que afirmaba padecerlas antes de suscribir la adhesión al seguro adicional- no se hallan amparadas por la cobertura, sin restringir así el hecho pactado contractualmente como "siniestro"; tampoco afecta o restringe indebidamente derechos del actor nacidos al amparo de una determinada ley, es mas la cláusula en cuestión fue propuesta por el tomador al redactar el pliego licitatorio- de naturaleza reglamentaria-, con lo cual es evidente que aquella debía ser aplicada por la magistratura.

No hay nada de abusivo en considerar que la póliza solo cubre afecciones físicas.

La previsión contractual no conduce en la práctica a la supresión de los beneficios previstos en el convenio ni deja al contrato sin función alguna.

Tampoco puede ser considerada “sorpresiva” ya que está inserta en el apartado específico de definición de riesgo cubierto, es decir no está “camuflada” o prevista en un sector dedicado a otra temática, de forma tal que se la hubiera querido esconder. Además la actora tenía conocimiento de la misma, ya que al suscribir la solicitud de ingreso al seguro se le entregó una copia del anexo donde estaba prevista la misma.

Por ello es que si el seguro no cubre riesgos genéricos, sino los especificados en la póliza, cuando el hecho no cuadra en la definición de siniestro por aplicación de cláusula contractuales no impugnadas ni abusivas ni inoponibles, debe rechazarse el reclamo: esta parte sostuvo que en el seguro adicional al riesgo no se configuró, entre otras cuestiones, porque ateniéndose al método de cálculo de la invalidez, aquella no llegaba al 66%.

Tampoco puede considerarse ineficaz o dejar de aplicarse una determinada cláusula por la circunstancia de resultar adversa a la pretensión de la actora. Eso es arbitrario.

Asimismo obra agregada a autos solicitud de seguro y anexos, no desconocida por el actor, en la cual consta entrega de anexos con el contenido de la póliza, razón por la cual el reclamante mal podría alegar desconocimiento de la cláusula en cuestión; máxime teniendo presente el carácter instrumental de la misma y que en el juicio tuvo oportunidad de defenderse o de efectuar, en las etapas procesales oportunas, planteos respecto a aquella, guardando silencio.

En este sentido, tal y como antes referimos, el seguro adicional –de voluntaria contratación, es decir podía Jara no contratar o rescindir cuando quisiera- no cubre riesgo de invalidez genérico, sino uno determinado conforme las delimitaciones y presupuestos previstos en la póliza, pactando una suma asegurada contra el pago de una prima que tiene en cuenta esas dos variables: riesgo y suma asegurada. La circunstancia de su nivel de instrucción primario en nada afecta esta conclusión: bien tuvo conocimiento y sapiencia no solo para trabajar en el ámbito estatal –donde el requisito es la idoneidad-, sino para contratar un seguro y darse cuenta de que estaba en condiciones de reclamar; mas allá de la incongruencia de su planteo. La actora no es incapaz de hecho ni ha demostrado carecer de facultades mentales suficientes para comprender los términos de la contratación.

Pretender que la aseguradora cubra cualquier invalidez, sin atención a los términos del convenio, implicar desnaturalizar la técnica asegurativa y la noción misma de contrato de seguro.

En este contexto mal puede considerar la actora probado con la pericia médica psicológica producida que presenta una invalidez total en los términos del seguro adicional cuando de la aplicación de las previsiones contractuales surge que la misma es inferior al 66% (excluida la psicológica) y, además, tenía en todo caso otras alternativas para reclamar (la póliza prevé cobertura por riesgo fallecimiento, invalidez total y parcial), de manera tal que si optó por reclamar por un determinado hecho (invalidez total), cuando tenía otra opción (invalidez parcial), debe cargar con las consecuencias de tal obrar.

De esta manera, la invalidez es menor al 66%, razón por la cual la demanda debía ser rechazada respecto al seguro optativo atento no haberse probado el riesgo asegurado en los términos y condiciones libremente pactadas (sería un supuesto de incapacidad parcial).

La Corte Suprema ha sostenido que no basta con la mera remisión a principios y garantías constitucionales para habilitar la instancia excepcional, sino que debe demostrarse el concreto menoscabo que el fallo ha ocasionado a los mismos -"*...no basta citar garantías acordadas por la Constitución y leyes especiales del congreso, si no se funda directa e inmediatamente en ellas el derecho cuestionado, de tal manera que la solución de la causa dependa de la inteligencia que se atribuya a las garantías invocadas*". (Fallos, 133:298, entre muchos otros).

También ha dicho la Corte*: "…el remedio federal [que] no trasciende de la interpretación de temas de derecho común, procesal y de su aplicación al caso, aspectos ajenos a la instancia extraordinaria (Fallos: 292:564; 294:331; 301:909; 313:253; 321:3552 y 325:316), sin que la sola mención de preceptos constitucionales baste para la debida fundamentación del recurso y, menos aún, cuando la apelante se ha limitado a invocarlos sin desarrollar ninguna inteligencia específica que demuestre que las normas aplicadas sean incompatibles con ellos. De otro modo, la jurisdicción de la Corte sería privada de todo límite, pues no hay derecho que en definitiva no tenga raíz y fundamento en la Constitución Nacional (Fallos: 301:447; 305: 2096; 310:2306 y sus citas)"* (in re "RODRÍGUEZ", expte. R. 903. XLIV, del 26/10/10, que remite al dictamen del señor Procurador General de la Nación).

Siendo entonces que la asegurada estaba en conocimiento de la existencia de las condiciones de exclusión cobertura y delimitación del riesgo cubierto, tal como surge de la documental obrante en autos y dado que se demostró que su patología no se halla cubierta, aun interpretando las cláusulas del contrato en favor del asegurado-trabajador como sujeto de preferente y especial tutela, resulta insoslayable el límite allí fijado en las pólizas para estos para estos supuestos.

Desde esa perspectiva, el Dr. Rosenkrant en su voto en la causa “Diaz”[1] que hemos estado siguiendo, refiere que debe recordarse que la propiedad tiene protección constitucional (art. 17, Constitución Nacional) y que ella se extiende a los derechos que nacen de los contratos (Fallos: 137:47; 294:152; 304:856; 331:2006; entre otros). Por ello, la sentencia de cámara, al obligar a la aseguradora a afrontar el pago de una incapacidad que carece de amparo asegurador, alegando la supuesta desnaturalización de la "función social del seguro”, viola su derecho de propiedad. La sentencia apelada avanza sobre los derechos que emergen del contrato sin justificación suficiente y, como consecuencia de ello, impone a la aseguradora una obligación sin fuente legal alguna (doctrina de Fallos: 204:534; voto concurrente de la jueza Argibay en la causa "Flagello", .Fallos: 331: 1873).

Y, en este sentido resulta, siguiendo el voto del Dr. Rosenkantz en la causa “Díaz” y la doctrina de los fallos “Buffoni”[2] y “Flores”[3] antes citada - cuyos términos se invocaran en lo que sigue- que la obligación del asegurador de indemnizar al asegurado por el acaecimiento del riesgo asegurado, nace, no de la ley, sino el contrato de seguro. De manera tal que 'la pretensión de que la aseguradora se haga cargo del pago de la indemnización "más allá de las limitaciones cuantitativas establecidas en el contrato" carece de fuente jurídica que la justifique y, por tanto, no puede ser el objeto de una obligación civil.

La actora no ha demostrado irrazonabilidad de la cláusula, solo se limitó a sostener, en la demanda, que su afección se hallaba cubierta, habiéndose demostrado que ello no es cierto.

Lo pretendido por el recurrente resulta contrario no solo con la ley aplicable puesto que exige se falle en la causa con prescindencia de los términos del contrato y de la legislación que le sirve de base, sino también en franca violación a la doctrina jurisprudencial en materia de seguros, de reciente factura, **emitida por la CSJN en tres fallos concretos: los conocidos “Buffonni” y “Flores” y el más reciente “Diaz**” antes citados, en los cuales se reafirma la antigua doctrina en orden a que las

---

[1]CSJN, “Diaz Graciela Luisa c/ Evangelista Jorge Daniel Pascual y Otros s/ daños y perjuicios “, sent. Del 12-6-18

[2]CSJN, “Recurso de Hecho deducido por La Perseverancia Seguros S.A. en la causa **Buffoni, Osvaldo Omar c. Castro, Ramiro Martín s/ daños y perjuicios-08/04/2014”.**

[3]CSJN, “**Flores, Lorena Romina c/ Gimenez, Marcelo Osvaldo y otro s/ daños y perjuicios**”, CSJ (678/13), sentencia del 6-6-17

obligaciones que se atribuyan al asegurador no deben serle impuestas más allá de los términos pactados en la póliza, pues la misma ley 17.418 establece que el contrato es la fuente de sus obligaciones y en dicho instrumento se determinan los alcances y límites de la garantía debida, sin que sea pertinente declarar la inoponibilidad de las cláusulas contractuales mediante la invocación de la función social del seguro y la ley de defensa del consumidor.

Y, si los arts. 11 y 12 de la Ley 17.418, establecen que el contrato de seguros es la fuente principal de las obligaciones que rigen a las partes, corresponde estarse a sus términos a fin de determinar si la aseguradora debe o no afrontar el pago pretendido.

El planteo actoral carece así de asidero, pues pretende alterar los términos de la póliza que dio origen al vínculo contractual por el cual mi mandante fue traído a juicio, y además pretende vulnerar su derecho constitucional de propiedad pues la actora exige se obliga a la demandada a responder con su patrimonio por un hecho excluido de cobertura

Por ello, si en virtud del contrato de seguro de vida colectivo mi mandante se obligó a pagar una indemnización por incapacidad en caso de que suceda el hecho indemnizable previsto en la póliza, dicha cláusula debe ser opuesta ya que ni la ley de defensa del consumidor ni la función social del seguro se arguyen como argumentos válidos para enervar los efectos de aquella convención.

Por otro lado y conforme ya hemos dicho al contestar la demanda y vuelve a ratificar la CSJN en los fallos citados "…la Ley de Defensa del Consumidor (texto según la ley 26.361) no condiciona en modo alguno lo expuesto en los anteriores considerandos, puesto que se trata de una ley general posterior que no deroga ni modifica una ley especial anterior, cuando dicha ley regula un régimen singular tal como ocurre en el caso de los contratos de seguro en general, y del seguro del transporte público automotor de pasajeros en particular (Fallos: 337:329)…Si bien la ley 26.361 prevé que "Las relaciones de consumo se rigen por el régimen establecido en esta ley y sus reglamentaciones sin perjuicio de que el proveedor, por la actividad que desarrolle, esté alcanzado asimismo por otra normativa específica" (art. 3°), esa disposición no puede ser interpretada con un alcance tal que deje sin efecto las estipulaciones contractuales…ajustadas a normas regulatorias de la actividad aseguradora…y las normas reglamentarias dictadas por la SSN, régimen que compatibiliza los distintos intereses en juego…" (Dr. Rosenkrant en su voto en la causa "Diaz").

Sin perjuicio de ello, señalamos que, además, tampoco se vislumbra en este caso una violación a la ley 24.240 de protección de los consumidores pues la cuestión se vincula al riesgo asegurado y, consecuentemente, a la ecuación económica del contrato. (cfr. Suprema Corte de Justicia

de Mendoza, Sala I, n 75.217 caratulada: "Martínez Hnos. y Ot. en j 102.251 Lucero, Oscar Ramón c/ Raúl Alberto Martínez y Ot. p/ D. y P. s/ Cas." 09/06/03).

Recuérdese que, a todo evento, correspondía ponderar que el caso resultaba aplicable, tal y como antes referimos, la manda prohibitiva prevista en el art. 1121 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación en cuanto establece:"…Límites. No pueden ser declaradas abusivas: a) las cláusulas relativas a la relación entre el precio y el bien o el servicio procurado…", norma que derogó parcialmente, excluyendo del ámbito de aplicación del art. 37 LDC la declaración de invalidez del tipo de cláusulas reguladas por el art. 1121.

Es que la parte actora pagaba una prima acorde al riesgo y suma asegurada. Pagó por una determinada prestación. Luego no puede pretender acceder a una prestación distinta, manteniendo el mismo precio.

En definitiva, se advierte que todo el desarrollo argumentativo se ciñe a las propias premisas y consideraciones, sin hacerse cargo del razonamiento volcado en el decisorio atacado. Y, claro está, esa manera no basta para demostrar el rigorismo formal descalificante. Asimismo, tampoco ha acreditado que las cuestiones federales denunciadas guarden una relación directa con lo debatido en el recurso extraordinario (TSJ, "Lardit", R.I. N° 169 del 5-8-2020).

Por lo expuesto, solicito se declare inadmisible el recurso extraordinario federal o en subsidio se rechace el mismo, con costas.

IV) PETITORIO.

Por todo lo expuesto, solicito:

A Tribunal Superior de justicia de la Provincia del Neuquén, que:

Tenga por contestado el traslado conferido en legal tiempo y forma.

Declare inadmisible el recurso de casación extraordinario federal interpuesto por la parte actora, con costas.

A la Corte Suprema de Justicia de la Nación

En subsidio, rechace el remedio federal intentado por la parte actora, por improcedente conforme se ha expuesto en este escrito, con costas.

Proveer de conformidad,

SERÁ JUSTICIA.

Fs.410.-

(EXPTE. JZA1S2 #TIP EXP# 39592/2018) “JARA JULIA ESTER C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA” - #TIP ACT# 20640

Expediente y Actuación

Expediente
JZA1S2EXP395922018
Caratula
JARA JULIA ESTER C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA
Actuación
20629ACUERDO N° 21 RIL PROCEDENTE (07/12/23)
Mail enviado

Fecha Envio Mail
07/12/2023 02:10:22 p.m.
Mail Notificación
Notificación Electrónica Expediente: JZA1S2-EXP-39592/201820629CN=TSJ/O=TSJ_NeuquenDextra-TSJ-Sec-Civil.nsf
Notificación Expediente: JZA1S2-EXP-39592/2018
Actuación :07/12/2023 - 20629 - ACUERDO N° 21 RIL PROCEDENTE (07/12/23) - FIRMADA DIGITAL

Informe de Entrega

Usuario Notificado
GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU ZA90
Fecha Notificación
07/12/2023 02:10 p.m.
Mail de Recepción
Notificación Electrónica Expediente: JZA1S2-EXP-39592/201820629CN=TSJ/O=TSJ_NeuquenDextra-TSJ-Sec-Civil.nsf
Estado Mail
Reporting-MTA: dns;sine.jusneuquen.gov.ar

Final-Recipient: rfc822;ZA90%TSJ_NEUQUEN@jusneuquen.gov.ar
Action: delivered
Status: 2.0.0

Estado Notificación
Mail Entregado

Informe de Entrega

Usuario Notificado
LUIS ANGEL QUILES NQ1889
Fecha Notificación
07/12/2023 02:10 p.m.
Mail de Recepción
Notificación Electrónica Expediente: JZA1S2-EXP-39592/201820629CN=TSJ/O=TSJ_NeuquenDextra-TSJ-Sec-Civil.nsf
Estado Mail
Reporting-MTA: dns;sine.jusneuquen.gov.ar

Final-Recipient: rfc822;LUIS_ANGEL_QUILES_NQ1889%TSJ__NEUQUEN@jusneuquen.gov.ar
Action: delivered
Status: 2.0.0

Estado Notificación
Mail Entregado

Informe de Entrega

Usuario Notificado
CN=Secretaría de superintendencia y recursos extraordinarios -MPFNQ-FD/O=TSJ_Neuquen@TSJ_NEUQUEN
Fecha Notificación
07/12/2023 02:10 p.m.
Mail de Recepción
Notificación Electrónica Expediente: JZA1S2-EXP-39592/201820629CN=TSJ/O=TSJ_NeuquenDextra-TSJ-Sec-Civil.nsf
Estado Mail
Reporting-MTA: dns;mail.jusneuquen.gov.ar

Final-Recipient: rfc822;ssyrempfnqfd@jusneuquen.gov.ar
Action: delivered
Status: 2.0.0

Estado Notificación
Mail Entregado

Digitally signed by BUSAMIA Roberto German
Date: 2024.06.05 13:55:47 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by MAZIERES Gustavo Andres
Date: 2024.06.05 13:58:16 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by COSENTINO Joaquin Antonio
Date: 2024.06.05 14:04:39 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

RESOLUCIÓN INTERLOCUTORIA N° 341.

NEUQUÉN, 5 de junio de 2024.

VISTAS:

Las actuaciones caratuladas **"JARA, JULIA ESTER c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expediente JZA1S2 N° 39.592 – Año 2018),** venidas a conocimiento de la Sala Laboral del Tribunal Superior de Justicia para resolver, y

CONSIDERANDO:

I. Estas actuaciones llegan nuevamente a resolución en virtud del Recurso Extraordinario Federal interpuesto por la parte actora –Sra. Julia Ester Jara- (fs. 411/429) contra el Acuerdo N° 21/23 que declaró procedente el recurso de casación por Inaplicabilidad de Ley deducido por la aseguradora demandada y casó parcialmente la decisión de la Alzada, revocando la sentencia de primera instancia en lo pertinente al seguro de vida colectivo optativo.

La recurrente -con sustento en la doctrina de la arbitrariedad- refirió que el pronunciamiento en crisis le produce gravamen, en tanto modifica la sentencia de la Cámara de Apelaciones en abierta violación de lo dispuesto en los artículos 42 de la Constitución nacional (CN); 4, 37, apartado "a", "b" y parte final, de la Ley N° 24240; 1, 984, 988, 1092, 1093, 1094 y 1100 del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC) y tratados internacionales en la materia.

En lo esencial, alegó que el fallo dictado habría dejado sin efecto el deber de información del consumidor -con los alcances previstos en el artículo 42 de la CN-, toda vez que la actora se encontraría en una posición de subordinación técnica estructural y de vulnerabilidad frente a la aseguradora proveedora del

servicio.

Agregó, al respecto, que de las constancias de autos surgiría que la demandada no entregó a la actora la póliza correspondiente al seguro de vida colectivo adicional, demostrándose con ello, que no se habría cumplido con la obligación de informar en forma detallada para su debida comprensión el contenido de sus cláusulas.

Luego, manifestó que el reclamo que efectúa la consumidora se encontraría protegido por el bloque de derechos del consumidor, en el que prima el diálogo de fuentes para evitar antinomias.

Desde dicha perspectiva, añadió que la cláusula de exclusión de cobertura por afección psicológica y/o psiquiátrica resultaría abusiva en los términos del artículo 37 de la Ley de Defensa del Consumidor (LDC). Y consideró que la firma de la actora al pie de la cláusula no resultaría suficiente para dar por cumplido el deber de información requerido constitucionalmente.

En último término, sostuvo que este Tribunal Superior de Justicia habría tenido una visión sesgada y acotada del planteo, al aplicar lisa y llanamente la Ley de Seguros sin considerar su función social ni la finalidad tuitiva de este tipo de contratos.

II. Corrido traslado del remedio extraordinario federal, la parte demandada solicitó que se declare inadmisible el remedio extraordinario incoado por la actora (fs. 432/436vta.).

III. La Fiscalía General propició -por las razones que expuso- la inadmisión del Recurso Extraordinario Federal deducido (fs. 438/440vta.).

IV. Sentado lo expuesto, corresponde efectuar el examen de admisibilidad de modo tal de verificar si la pieza recursiva cumple con los artículos 14 y 15 de la

Ley N° 48, el artículo 257 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación y el Reglamento aprobado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación mediante Acordada N° 4/07 (y sus complementarias Acordadas N° 31/11, N° 38/11 y N° 3/12).

a) En esa dirección, cabe señalar que se observa que los requisitos relativos a interposición, plazo y legitimación, se encuentran verificados.

b) Se advierte cumplida la denuncia del domicilio electrónico exigido mediante Acordada N° 3/12 aunque ello no fue reeditado en la carátula del artículo 2 de la Acordada N° 4/07.

c) De acuerdo a lo previsto por el artículo 1 de la Acordada, si bien observa la extensión de páginas exigida, no respeta el límite máximo de 26 renglones requeridos por la citada normativa.

d) Asimismo, no se aprecia satisfecha la consigna de los datos que debe contener la carátula de la regla N° 2 de la mentada Acordada, tal como observa el Sr. Fiscal General en su dictamen.

Ello es así, al haberse omitido indicar los datos del letrado patrocinante, ya que la actora silenció dicho aspecto cuando debió reiterar los datos del apoderado, quien actúa en el juicio en el doble carácter (fs. 42).

A su vez, tampoco asentó la ubicación de la decisión atacada en el expediente. Sólo hizo referencia al número de actuación sin vincularla con las fojas en que se encuentra. Y respecto de los tribunales intervinientes, consignó incorrectamente el tribunal de origen.

Sumado a lo expuesto, si bien desarrolló la

doctrina de la arbitrariedad de sentencia, consignó el artículo 14 de la Ley N° 48 pero no individualizó el inciso por el cual intenta acceder a la vía federal.

Por otra parte, no especificó todas las cuestiones de índole federal, omitiendo la cita de ciertas normas involucradas en tales cuestiones (por ejemplo, artículos 1092 y 1093 del CCyC) y de los precedentes de la Corte sobre el tema, los que fueron desarrollados en el cuerpo de la pieza impugnativa.

Tales inobservancias tornan pasible de declarar la desestimación del remedio articulado, tal como ha resuelto la Corte Suprema de Justicia de la Nación (cfr. Fallos: 333:93 y 332:2141, entre otros).

e) En cuanto a la definitividad de la decisión en crisis a los fines del recurso extraordinario federal, el fallo recurrido cumple tal requisito al revocar parcialmente la sentencia de grado en lo atinente al seguro de vida colectivo optativo. Por ende, corresponde estimar cumplido el recaudo indicado, como así también el que atañe al Tribunal Superior de la causa.

Por tal motivo, se estiman observados los requerimientos del artículo 3, inciso "a", de la Acordada N° 4/07.

f) En otro orden de ideas, el inciso "b" del artículo 3 de la Acordada antes indicada exige efectuar un relato claro y preciso de todas las circunstancias relevantes del caso que estén vinculadas con las cuestiones que se invocan como de índole federal, con indicación del momento en el que se presentaron por primera vez, de cuándo y cómo el recurrente introdujo el planteo respectivo y, en su caso, de cómo lo mantuvo con posterioridad.

En el caso, ello no se cumple. Se observa que

se entremezclan las apreciaciones personales con la narración del desarrollo de la causa, lo cual tiñe de subjetivismo el extremo bajo análisis (fs. 415 y 423). Además, se omite hacer mención de los formularios de solicitud de seguros suscriptos por la actora y el alcance de la cobertura de cada una de las pólizas.

Al respecto, tiene dicho la Corte Suprema de Justicia de la Nación que "... *la fundamentación autónoma consiste en que el escrito de interposición del recurso extraordinario traiga un prolijo relato de los hechos de la causa de relevancia principal, que permita vincularlos con las cuestiones que se plantean como de naturaleza federal a través de una crítica concreta y razonada de los argumentos en que se basa la sentencia que se impugna, sin que, incluso, valga a tal efecto una nueva crítica general a las líneas principales de la argumentación del pronunciamiento resistido, puesto que se exige rebatir todos y cada uno de los fundamentos en que el juzgador se apoyó para arribar a las conclusiones de que el apelante se agravia* ..." (Fallos: 323:1261).

Luego, en lo que se refiere a la oportuna reserva del caso federal, dicha exigencia no se cumple en la especie.

Es que la deducción de la cuestión constitucional, base del recurso extraordinario, no sólo debe hacerse en forma, sino que, además debe ser introducida en tiempo oportuno. Es decir, debe ser propuesta en la primera ocasión que brinde el procedimiento y de manera explícita e inequívoca, a fin de que los jueces o juezas de la causa puedan tratarlas y resolver, pues la admisión como el rechazo de las pretensiones de la parte son eventos previsibles, que

obligan a plantear en su momento las defensas a que hubiere lugar (cfr. Fallos: 302:1081 y 303:2091).

Por principio, tiene que ser planteada en oportunidad de trabarse la litis, ya sea por vía de acción o de excepción, y sólo excepcionalmente se puede efectuar con posterioridad, con causa justificada y condicionado a que el planteo se haga en la primera oportunidad posible (cfr. Fallos: 265:194 y 298:321).

En los presentes se tiene por incumplida dicha carga, ya que la recurrente no efectuó reserva alguna del caso federal en ninguna de sus presentaciones en la causa.

Ello así, no obstante la pretensión de ocurrir sobre la base de un caso de arbitrariedad, extremo que, de haberse acreditado, permitiría soslayar el recaudo bajo análisis. Y, en este orden, es necesario reiterar que en el caso tal excepción no se encuentra configurada. Es que el agravio constitucional esgrimido por la recurrente no puede tildarse de sorpresivo, en tanto -como ya se dijo- una decisión desfavorable a su parte era un evento previsible.

Así, la CSJN ha sostenido que resulta tardía la cuestión federal articulada en el recurso extraordinario federal, si al expresar agravios ante la Alzada o al contestarlos, según correspondiere, no se efectúa el correspondiente planteo (cfr. Fallos: 259:169, 261:199, 266:275, 307:1159, 2097, 313:253 y 840).

g) Por otra parte, también se incumple el recaudo que refiere a la adecuada fundamentación del recurso, debido a que la impugnación no da argumentos que logren desvirtuar lo aseverado mediante el Acuerdo N° 21/23 aquí cuestionado.

Es decir, la crítica expone los motivos que

supuestamente justificarían el resultado propuesto por la recurrente a partir de la interpretación de las cláusulas contractuales que entiende correcta y la posibilidad de declarar que serían abusivos, dedicando la mayor extensión de su exposición a reiterar los fundamentos presentados con anterioridad a modo de expresión de agravios, sin atacar como era debido, los fundamentos desarrollados ampliamente en el Acuerdo N° 21/23, que llevaron a este Tribunal Superior de Justicia a desestimar el seguro de vida colectivo opcional porque las patologías psiquiátricas y/o psicológicas se encuentran excluidas del riesgo cubierto.

De seguido, la presentación recursiva se sustenta en agravios conjeturales y fincados en la interpretación que la recurrente entiende debe dársele al contrato de seguro y a la cláusula de exclusión de cobertura y que difiere de la sostenida en el Acuerdo atacado.

h) Asimismo luce incumplido el inciso "e" del artículo 3 de la Acordada N° 4/07, en tanto la presentación recursiva omite demostrar de qué manera se configuraría -en el caso- la cuestión federal que la habilitaría a interponer el remedio federal extraordinario.

Es que, si bien la presentante denuncia arbitrariedad de la sentencia, luego no precisa de qué manera se configuraría la violación de las garantías constitucionales que cita, dirigiendo sus argumentos -como ya se apuntó- a demostrar un punto de vista diverso al adoptado, lo que importa una apreciación disímil a su postura, pero claramente insuficiente para lograr su cometido.

A continuación es necesario remarcar que la cuestión federal denunciada debe mantener una relación directa con lo debatido en el recurso extraordinario (artículo 14, Ley N° 48). Y, en el *sub-lite*, tal vínculo no se ha demostrado, en tanto la quejosa no ha logrado poner en evidencia la arbitrariedad que le endilga a la decisión atacada.

En tal sentido, la CSJN ha expresado que "*... la doctrina de la arbitrariedad reviste carácter excepcional, por lo que requiere un apartamiento inequívoco de la solución normativa prevista para el caso, o una decisiva carencia de fundamentación en lo resuelto, sin que autoricen a descalificar el fallo los agravios planteados que sólo trasuntan el mero desacuerdo del apelante con el criterio expuesto por los jueces en materia no federal ...*" (Fallos: 308:1372, 290:95, 295:365 y 293:208).

Asimismo, la pieza recursiva centra su embate en la invalidez de la cláusula de exclusión de cobertura por patologías psiquiátricas y/o psicológicas; empero, no se rebaten los precisos fundamentos vertidos en el Acuerdo N° 21/23 en punto a la interpretación literal de las cláusulas de exclusión de cobertura cuando son claras y precisas y al debido anoticiamiento que tenía la parte actora de la misma (fs. 403/404vta.). Tampoco se hace cargo la actora de que el asegurador solo se halla obligado a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto (artículo 1, Ley de Seguros) en el marco del riesgo debidamente determinado y por el cual se pagó un precio determinado. Y que, si se obligara a las compañías a cubrir un riesgo excluido, sin que se hubiere percibido prima por ello, se estaría afectando la solvencia de todo el sistema,

produciendo un desequilibrio en el conjunto de las obligaciones (fs. 404vta.). Por lo tanto, al desentenderse la crítica formulada de tales argumentos, los deja incólumes.

Es que el recurso ante el Máximo Tribunal Nacional sólo puede considerarse acabadamente fundado si contiene una crítica detallada de todos los argumentos que avalaron –en el caso- el Acuerdo dictado, y dirigida, sobre todo, a rebatirlos. Y tal extremo –como se dijo- no se encuentra satisfecho en la pieza recursiva.

Sumado a esto, no puede soslayarse del presente análisis que la pieza recursiva es ajena a la instancia federal, por cuanto conlleva al estudio de cuestiones de derecho común. Y admitir que la Corte Suprema de Justicia de la Nación se inmiscuya en dicha tarea, abriría el canal inadecuado de intromisión federal en la labor propia de las jurisdicciones locales.

Cabe advertir que el artículo 75, inciso 12, de la Constitución nacional deja en manos de los tribunales ordinarios la interpretación y aplicación de las normas comunes. Dicho de otra manera, lo concerniente al método correcto a utilizarse en la interpretación de las leyes no federales es asunto, en principio, ajeno al recurso extraordinario federal (cfr. Fallos: 331:2777).

V. En suma, las carencias referenciadas permiten concluir que la pieza examinada no cumple con las exigencias previstas en la normativa aplicable (artículos 14 y 15, Ley N° 48, 257, Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, y Reglamento aprobado por la Acordada N° 4/07 y sus complementarias), todo lo cual conduce a declarar inadmisible el Recurso Extraordinario Federal articulado por la actora.

Por todo lo expuesto, de conformidad con lo dictaminado por la Fiscalía General,

SE RESUELVE:

I. Declarar **INADMISIBLE** el Recurso Extraordinario Federal deducido por la parte actora –Sra. Julia Ester Jara- (fs. 411/429).

II. Imponer las costas a la recurrente vencida (artículo 68, CPCyC) y establecer los honorarios de los profesionales intervinientes en esta etapa, en un 10% de la cantidad que debe fijarse en el mismo carácter para la primera instancia.

III. Ordenar registrar y notificar esta decisión y, oportunamente, remitir las actuaciones en devolución al Juzgado de origen.

MM

Dr. ROBERTO G. BUSAMIA
Vocal

Dr. GUSTAVO A. MAZIERES
Vocal

JOAQUIN A. COSENTINO
Secretario

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