PODER APUD ACTA.-

En Zapala, Departamento homónimo del mismo nombre, Provincia del Neuquén, a los 07 días del mes de Septiembre año 2.018, ante mí Juez de Paz del lugar comparece el Sr. **CLAUSE VICENTE**, de nacionalidad argentina; estado civil casado, con domicilio real en calle Emiliano Such N° 585, de la localidad de Zapala, Provincia del Neuquén, nacido con fecha 22 de Enero año 1958, teniendo en la actualidad 60 años y habiendo acreditado su identidad con **D.N.I. N° 12.321.665**.-

EXPUSO: Que da y confiere **PODER ESPECIAL** irrevocable a favor del Dr.: **GUILLERMO ALEJANDRO ORTÍZ GUIÑAZÚ**, Matricula Profesional N° 90, para que en su nombre y representación intervenga y promueva la correspondiente **ACCIÓN LABORAL** contra: **SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.** reclamando el pago del **SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN SU MODALIDAD 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 articulos 7 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 ANHOR
N/C

ZAPALA, 15 de Diciembre de 2021.
VISTAS: Las presentes actuaciones caratuladas: “CLAUSE VICENTE C/SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA” (Expte. N° 44797, Año 2019), SEC. DOS, en estado de dictar sentencia, y de las que:
RESULTA: Que a fs.20/35 Vicente Clause, por apoderado, promueve demanda sumarísima contra Sancor Cooperativa de Seguros Ltda., reclamando el pago del seguro de vida colectivo en sus modalidades obligatorio y adicional, por incapacidad psicofísica total y permanente del que resulta beneficiario por desempeñarse en relación de dependencia de la Dirección Provincial de Vialidad, que actuó como tomadora de tales seguros. Reclama la suma de $ 798.721,25, o lo que en más o en menos se determine en autos, con intereses y costas. Relata que su mandante ingresó a trabajar en óptimas condiciones psicofísicas para su empleador y con motivo del vínculo laboral resultó asegurado en la contratación llevada por su empleador con la demandada. Sostiene que el 12-08-18 el Dr. Alejandro González, especialista en medicina del trabajo, confeccionó informe médico previsional donde determinó que padece 66,42% de incapacidad por distintas afecciones, todas irreversibles y progresivas. Advierte que las afecciones indicadas en el referenciado informe médico no son taxativas, es decir que ello no limita la existencia de otras afecciones que padezca su mandante, las que surjan al momento que el perito medico a designar, dictamine. Refiere que a la consolidación jurídica del daño (12-08-18) la cobertura asegurativa vigente era la contratada con la demandada. Señala que una vez que tomó debido conocimiento de su incapacidad y que la misma es total y permanente, le remite a la hoy accionada carta documento el 30-08-18, donde intima el pago de las sumas de dinero correspondientes a los seguros en juicio, además, le pone en debido conocimiento la minusvalía que padece, indicando los segmentos de su cuerpo afectados, y que no posee la documentación correspondiente a formulario de solicitud del beneficio, formulario de incapacidad, copia de declaración de comisión médica y que en lo relativo a la historia clínica completa, DNI, recibo de sueldo, se encuentran agregados en su Legajo Personal, a disposición. Refiere que la aseguradora contesta por otra similar del 10-09-18 donde requiere el envió de documentación, que como ya le indicara en su propia comunicación, no obra en su poder. Deja expresa constancia que jamás se le entregó copia de las pólizas. Formula consideraciones respecto de la relación contractual, alcance de la cobertura, inoponibilidad e ineficacia de cláusulas contractuales. Invoca aplicación del marco normativo de la Ley de Defensa del Consumidor. Ofrece pruebas. Se opone a la aplicación del límite de responsabilidad por costas, planteando inconstitucionalidad del art.277 LCT. Funda en derecho. Ofrece pruebas. Peticiona.
A fs.36 se corre traslado de la acción. A fs.58/74 comparece la demandada. Efectúa negativa de los hechos. Reconoce los seguros contratados y que los mismos preveían una indemnización por incapacidad total y permanente, el que solo es otorgado cuando se reúnen las condiciones allí estipuladas. Formula consideraciones respecto de la carga de la prueba, monto de los seguros, invocando monto máximo de $ 300.000,00 para el seguro adicional. Sostiene que su contratación es originaria. Plantea oponibilidad del contenido de las pólizas e inaplicabilidad de la ley de Defensa del Consumidor. Denuncia demanda improponible por omisión en suministrar información solicitada. Alega exclusión de cobertura respecto del seguro de vida colectivo obligatorio y adicional en subsidio. Denuncia que el actor no se ha jubilado por invalidez. Sostiene que las patologías físicas invalidantes no están previstas como riesgo asegurado. Solicita el rechazo de la demanda. Plantea inexistencia de cláusulas inoponibles y/o abusivas. Niega mora de su parte. Plantea límite de responsabilidad por costas. Formula reserva del caso federal. Ofrece pruebas.
A fs.82/83 la parte actora contesta traslado de la documental. A fs.87/88 se abre la causa a prueba. Afs.93/119 se recibe informe de BPN; a fs.138/144 se presenta pericia psicológica, que se impugna a fs.146/147 y se contesta a fs.158/159. A fs.149/151 se presenta pericia médica. A fs.164/165 se recibe informe del Dr. Oscar González. A fs.169/170 se certifican pruebas. A fs.179/180 se recibe documental remitida por la Dirección Provincial de Vialidad. A fs.188 se ponen autos para alegar. A fs.190 se llaman autos para dictar sentencia.
CONSIDERANDO: Se demanda en las presentes, el pago de los seguros colectivos, modalidad obligatorio y adicional, por incapacidad total, de los que el actor se considera con derecho en virtud de entender configurado el riesgo de incapacidad total y permanente previsto en pólizas que contratara su empleadora, Dirección Provincial de Vialidad, con la demandada.
La aseguradora demandada 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 inaplicabilidad de la ley de Defensa del Consumidor y exclusión de cobertura por tratarse de afecciones no cubiertas y otras están expresamente excluidas y en consecuencia no alcanzar la incapacidad del actor, el 66% exigido por póliza, destacando que Vivanco continúa trabajando. Sostiene inexistencia de cláusulas inoponibles y/o abusivas. Plantea improponibilidad de la acción, por incumplimiento malicioso de cargas informativas por parte del actor.
Que conforme quedaron planteadas las cuestiones por las partes, en primer lugar, corresponde analizar el planteo improponibilidad opuesto por la aseguradora y sostenido por la oponente en la omisión, sin justificación alguna, de suministrarse por el asegurado, información y documentación complementaria que le fuera oportunamente requerida.
Tal como lo he sostenido en otros precedentes, similares al presente, entiendo que el planteo debe analizarse desde la óptica de la caducidad del derecho, prevista en el art.48 de la Ley de Seguros. En aquellas decisiones he señalado que, no obstante que el asegurado no ha justificado razones suficientes para no cumplir el requerimiento que le efectuara la aseguradora, 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 y decidiendo en el mismo sentido ya indicado, entiendo improcedente el planteo indicado, de improponibilidad de la acción, máxime cuando trasladada la presente demanda con documentación que adjunta el actor, la aseguradora al contestar la acción plantea exclusión de cobertura, expidiéndose así respecto del siniestro, con lo que en definitiva ha ejercido su legítimo e incuestionable derecho al respecto. A ello agrego que conforme surge del intercambio epistolar entre parte, el actor desde su primera comunicación con la aseguradora, además de denunciar en base a informe médico que allí expresamente menciona, le hizo saber respecto de documentación que no obraba en su poder, informando respecto de otra, tal historia clínica, recibo de haberes, DNI, que se encontraba en su legajo, el que ponía expresamente a disposición, sin que la demandada invoque impedimento alguno para acceder a aquella documentación y legajo.
Que conforme quedaron planteadas las cuestiones por las partes, corresponde analizar si se ha acreditado la configuración del riesgo cubierto, extremo que la accionada niega expresamente con fundamento en que 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, invocando como prueba que el actor no se jubiló por invalidez.
A los fines indicados, se ha producido en las presentes, pericias médica y psicológica.
Así el dictamen pericial médico a fs. 149/151 refiere que el actor, por su desempeño laboral en tareas diversas para la Dirección Provincial de Vialidad, con el correr de los años de trabajo comenzó a sentir dolores en su columna lumbar que lo llevaron a la consulta especializada, donde después de realizarle estudios específicos llegaron al diagnóstico de espondiloartrosis lumbar con compromiso discal e irradiación a los miembros inferiores. Agregado a esa patología lumbar desarrollo una patología cervical con artrosis y discopatías múltiples; y que junto a esas dolencias se le diagnostica hipoacusia bilateral y disminución de la agudeza visual con uso de lentes. Que presenta insuficiencia venosa de miembros inferiores de larga evolución. Que actualmente el peritado se encuentra medicado para sus patologías osteoarticulares.
Conforme método de capacidad restante e incapacidad asignada a cada afección, fija 58,33% de incapacidad, a la que adiciona factores complementarios por edad cronológica (10%): 5,833% y nivel de educación formal: primario (7,5%): 4,37%, que determinar una incapacidad final del 68,53%.
Con la pericia reseñada queda acreditado que el Sr. Clause padece incapacidad física que por superar el 66% de la total obrera, se califica como total, definitiva y permanente. Este informe no ha recibido impugnaciones.
Por su parte la pericia psicológica igualmente dictamina que el actor presenta daño psíquico, padeciendo un cuadro compatible con trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, con síntomas psicóticos, crónico, que conforme Baremo Nacional de la Tabla de evalución de incapacidades labores Ley 24.241, Decreto 478/98, por reacción vivencial anormal neurótica, con manifestación depresiva, de Grado III, representa un 40% de incapacidad, mas factores complementarios por edad cronológica, 10%; educación primaria: 7,5%. Total 47%.
Impugnada esta pericia, a criterio de la suscripta el cuestionamiento, a más de surgir debidamente sostenido en los conocimientos de la experta, la cuestión no merece mayor análisis en tanto su consideración, aún descartándola, no modifica la situación de incapacidad total del accionante, conforme así lo dictamina el galeno actuante.

En este estado cabe señalar que sin perjuicio de no haberse acreditado por el actor haber accedido al beneficio de la jubilación por invalidez, las pericias producidas en autos acreditan que el Sr. Clause se halla incapacitado 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).-
Establecido ello, corresponde analizar si la incapacidad referida puede considerarse amparada por los seguros reclamados.
A esos fines previamente debe resolverse 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 deberes de información que se le atribuyen no cumplidos.
En ese sentido, recuerdo aquí que la suscripta desde la decisión adoptada en la causa “Vásquez c/Caja de Seguros”, y conforme he citado en numerosos precedentes con la misma aseguradora aquí demandada, 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.
Aquella decisión, fue confirmada por la Alzada, a cuyo fin 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 con la misma aseguradora, a cuyas consideraciones me remito en honor a la brevedad. 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 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).
Con posterioridad 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 límites 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. 17 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, "Cayul c/Sancor" (Acuerdo del 26-06-18), "Rodriguez Nélida c/Sancor" (Acuerdo del 13 de Agosto del 2019), entre otros, y mas próxima en el tiempo, en la causa "Baldes Nuria c/Sancor" (Acuerdo del 22 de marzo de 2021) a cuya lectura remito por razones de brevedad.

De lo expuesto y precedentes citados, más 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 "Vázquez", entiendo en el caso no resulta

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 en su caso más favorable para el consumidor.
De todo lo considerado, frente al reclamo indemnizatorio de la asegurada, 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 la pericia analizada más arriba, 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 fija el monto por cada uno de los seguros.-
Conforme póliza, para el obligatorio ese monto asciende a $ 20.000,00, en tanto que para el adicional se establece en el equivalente a 25 sueldos, alegando la demandada que el actor, pese a estar relevado, no prestó consentimiento para la liberación del tope de suma asegurada ni requirió la eliminación del tope de suma asegurada, y que habiéndose pagado siempre la misma prima, de $ 288,00, no puede pretender acceder a una indemnización por la que nunca pagó la prima correspondiente.
En orden al límite máximo de capital por el seguro aquí en análisis, con anterioridad a este pronunciamiento había decidido por su rechazo, aún en ausencia de las exigencias que emanan del Decreto 541/17 –fecha de ingreso al seguro y/o consentimiento tras nuevo encuestamiento-.
Para así decidir, remití a las consideraciones efectuadas en orden a la interpretación de las cláusulas del contrato, en el que, en tanto estipulación a favor de terceros, no interviene el asegurado, e hice hincapié también en la omisión por la aseguradora de acreditar haber notificado fehacientemente a los asegurados, las exigencias a cumplir para hacer operativa la eliminación del tope máximo previsto con anterioridad al 01-01-16; y en base a ello entendí que al igual que otras limitaciones que han sido invocadas por la aseguradora en reclamos similares al presente, y en el marco de interpretación a favor del consumidor, tal limitación de tope máximo de capital, resultaba inoponible a la asegurada.
Cité en apoyo la decisión emitida en la causa “Bruna Miguel Ángel” con la misma aseguradora aquí accionada (sentencia del 4 de octubre de 2019), y la confirmación por la Cámara Provincial de Apelaciones en Acuerdo de fecha 18 de diciembre de 2019, como también otras decisiones posteriores, entre ellas “Volk c/Sancor”, “Sepúlveda c/Sancor”.
Con posterioridad, por Acuerdo N° 17 de fecha 12 de mayo de 2021, el Tribunal Superior de Justicia, Sala Civil, se ha pronunciado en la causa “Bruna” referida supra, en las que sentó posición, -por fundamentos a los que remito por razones de brevedad y en tanto han sido citados en otras causas similares en las cuales la parte actora concurría con la misma asistencia letrada que el aquí actor, esto es con el Dr. Guillermo Ortiz Guiñazú, y se sustanciaron con igual demandada, Sancor Seguros- en orden a la improcedencia de tratar el planteo como inoponibilidad de cláusulas limitativas de cobertura, por cuanto en realidad lo que se pretende declarar inoponibles son cláusulas que incorporan una mejora, bajo condición de aceptación y pago del nuevo precio; y así entendió que en caso en que el asegurado haya abonado siempre la misma prima, resulta un dato determinante, dado que si se aceptara que por el solo hecho de no habérselo anoticiado de la opción de mejorar la cobertura tiene derecho a ella, pese a que nunca abonó el incremento correspondiente, se estaría convalidando un enriquecimiento sin causa en cabeza del asegurado. “Porque, en definitiva, el actor pretende hacerse de una suma mayor de dinero, aumentando el capital asegurado, sin haber abonado una prima superior, ni ofrecer hacerlo. 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 (cfr. artículos 61, 118 y concordantes, Ley N° 17418)… Juega aquí un principio cardinal en materia contractual: el de buena fe (artículo 1061, Código Civil y Comercial de la Nación).
Puntualmente, en los contratos de seguro, la buena fe no sólo debe presidir la etapa de constitución de la relación jurídica, sino también la de ejecución e interpretación de cualquiera de sus términos. Y, además, resulta exigible a todos los sujetos que componen la relación asegurativa, incluso el asegurado beneficiario.
Por otra parte, este Tribunal Superior de Justicia ha señalado -aunque en el marco de otro tipo de seguros- que la aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor y, por ende, del régimen tuitivo que prevé dicho ordenamiento, no constituyen fundamento suficiente para escapar, sin más, a las previsiones contractuales ni para reconocer una calidad no prevista en la relación asegurativa en base a la cual se reclama (cfr. Acuerdo N° 14/17 “Rojas”, del registro de la Secretaría Civil). En mi opinión, ni la Ley de Defensa del Consumidor ni la función social del seguro colectivo, pueden ser interpretados o aplicados con un alcance tal que, lejos de impedir una restricción o perjuicio indebido al asegurado, conduzcan a modificar las estipulaciones contractuales para beneficiarlo con una mejora por la que nunca pagó el precio correspondiente. En este

caso, al permanecer las condiciones iguales a igual prima, no se constata afectación alguna y, por ende, la declaración de nulidad o inoponibilidad de la cláusula contractual decidida por la Alzada, no encuentra anclaje en las particularidades del caso, ni puede ser avalada en esta instancia.[…]" (tex., del voto del Dr. Moya al cual adhirió el Dr. Busamia).-
Así, dejando a salvo la posición sostenida por esta sentenciante en los precedentes citados, entre ellos la causa "Bruna Miguel Angel", atendiendo al respeto que merecen los fallos del Máximo Tribunal Provincial y con la finalidad de evitar el dispendio jurisdiccional que mantener aquella posición originará, corresponde en las presentes seguir el criterio sentado por la Sala Civil del Tribunal Superior de Justicia.
De ello, surgiendo del recibo de haberes aportado por el actor a fs. 4, en recuadro "capital asegurado" que este es de $ 300.000,00; que el monto de la prima por seguro adicional es $ 288,00, cabe concluir que no existieron modificaciones en la cobertura del actor, -sea ello por falta de relevamiento o por falta de consentimiento-.
Por lo expuesto, corresponde hacer lugar a la acción, por la suma total de $ 320.000,00 con más intereses a la tasa activa del Banco de la Provincia del Neuquén, los que se computaran a partir de la denuncia del siniestro ante la aseguradora, 30 de agosto de 2018, concordante con la fecha en que se pone en conocimiento la incapacidad ante la tomadora del seguro (ver fs.7).
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.
En relación al límite de responsabilidad por costas, planteado por la demandada remito a lo resuelto por la Excma. Cámara Provincial de Apelaciones en los autos "Gutiérrez Adolfo c/Nación Seguros" en los que dijo "Respecto del tope del art. 730 CCyC, debo indicarle a la requirente que Nuestro Tribunal Superior de Justicia, por su parte, siempre en el marco del ámbito civil, y recientemente laboral, se ha pronunciado por la inaplicabilidad del tope. En este sentido, ha reiterado: "Este Tribunal consideró –si bien teniendo en miras el art. 505 del Código Civil derogado- que la limitación dispuesta en la norma nacional avanzaba sobre materia privativa de las Provincias vulnerando con ello los arts. 5, 75 inc. 12 y 121 de la Carta Magna Argentina; conclusión que cabe hacer extensiva al art. 730 del Código Civil y Comercial de la Nación en tanto sufre la misma tacha". En base a este pensar, líneas más adelante reafirma: "…retomando y dando por reproducidas las razones de orden constitucional que invariablemente llevaron a este Tribunal a pronunciarse por la inaplicabilidad del art. 505 del Código Civil derogado (según la modificación hecha por la Ley 24432), corresponde concluir que la disposición del art. 730 del Código Civil y Comercial de la Nación no es aplicable al caso bajo examen". [Cfr. resolución interlocutoria N° 158, del 27 de agosto de 2018, en autos "SALVO MIGUEL ORLANDO C/MUNICIPALIDAD DE SAN PATRICIO DEL CHAÑAR S/ACCION PROCESAL ADMINISTRATIVA", Sala Procesal Administrativa]" (Acuerdo del 22 de marzo de 2021).
En el mismo sentido, la misma Cámara Provincial de Apelaciones, dijo "En relación a esta última crítica relacionada con el límite o tope de la responsabilidad por costas, que la recurrente basa en las prescripciones del art. 505 del Código Civil –art. 730 del Cód. Civ. y Com.-, y en la Ley Nacional de Honorarios N° 24.432, entiendo que el mismo debe desestimarse en razón de la postura adoptada (en pleno) por el Tribunal Superior de Justicia de la Provincia en autos "YAÑEZ, SERGIO ALBERTO c/ PREVENCIÓN ART S.A. s/ ACCIDENTE DE TRABAJO CON ART" (Expediente JNQLA5 N° 508.843 - Año 2016), en Acuerdo de fecha 5 de febrero del 2021. En tal sentido, debo destacar que en dicha causa el TSJ decretó la inconstitucionalidad del artículo 8 de la Ley Nº 24432, modificando así la doctrina fijada por la Sala Civil de dicho Tribunal en "Reyes Barrientos" –en asuntos laborales- y estableciendo en consecuencia la inaplicabilidad en el orden local del límite de responsabilidad por costas previsto en el artículo 277 de la Ley de Contrato de Trabajo (párrafo incorporado por el artículo 8 de la Ley N° 24432)" (Acuerdo del 19 de febrero de 2021 en autos "ESCALONA RUBEN C/GALENO ART S.A. S/ENFERMEDAD PROFESIONAL CON ART", (Expte. N° 40734/2018), de este mismo Juzgado.
De lo expuesto deviene abstracto el planteo que al respecto formulara la parte actora.
Que corresponde regular honorarios a los profesionales actuantes, Dr. Guillermo Ortiz Guiñazú, apoderado del actor; y 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, $756.028,00) y 39 (dos etapas) de la Ley 1.594; al perito médico Dr. Norberto Oscar Zambelli, y a la perito psicóloga Lic. María Alicia Ponce, teniendo en cuenta el trabajo realizado y su utilidad.-
Por todo ello y disposiciones legales citadas;
FALLO: I) HACER lugar a la demanda promovida por VICENTE CLAUSE 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 TRESCIENTOS VEINTE MIL ($ 320.000,00), 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 CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS ($ 158.700,00); al Dr. Luis Ángel Quiles en la suma de PESOS CIENTO ONCE MIL CIEN ($ 111.100,00), al perito Dr. Norberto Oscar Zambelli en la suma de PESOS TREINTA MIL ($ 30.000,00), y a la Lic. María Alicia Ponce, en la suma de PESOS TREINTA MIL ($ 30.000,00) más alícuota de IVA a quien sea responsable inscripto y conforme las pautas señaladas en los considerandos.- IV) Protocolícese en forma digital y notifíquese por medios electrónicos.

Dra. Ivonne San Martín
Juez
En misma fecha se protocoliza. Conste.-

Cámara Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, Minería y de Familia,
con competencia en la II, III, IV y V Circunscripción Judicial
Cámara del Interior - Sede Zapala

ACUERDO: En la Ciudad de Zapala, Departamento del mismo nombre de la Provincia del Neuquén, a los cinco -5- días del mes de Mayo del año dos mil veintidós -2022- la Sala 1 de la Cámara Provincial de Apelaciones Civil, Comercial, Laboral, de Minería y Familia con competencia en las II, III, IV y V Circunscripciones Judiciales; integrada con el Dr. Pablo G. Furlotti y la Dra. Alejandra Barroso –Subrogante Legal-, con la presencia de la Secretaria de Cámara, Dra. Norma Alicia Fuentes dicta sentencia en estos autos caratulados: "CLAUSE VICENTE C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expte. JZA1S2 N°44797/2019), del Registro del Juzgado de Primera Instancia Civil, Comercial, Laboral, de Minería y Juicios Ejecutivos N° 1 de la III Circunscripción Judicial, con asiento en la ciudad de Zapala, en trámite ante la Oficina de Atención al Público y Gestión de dicha localidad dependiente de esta Cámara.

Sorteado el orden de voto en primer lugar la Dra. Alejandra Barroso dijo:

I.- A fs. 191/208 luce la sentencia definitiva de primera instancia de fecha 15 de Diciembre del año 2021, mediante la cual la jueza interviniente hace lugar a la demanda promovida por el Sr. Vicente Clause, condenando a Galeno ART S.A. a abonar la suma de dinero que consigna en concepto de capital, con más los intereses devengados desde la denuncia del siniestro ante la aseguradora a la tasa activa del Banco de la Provincia del Neuquén.

Impone costas y regula honorarios.

Este pronunciamiento es recurrido por la demandada por apoderado a fs. 213/221 (IW de fecha 16/12/21), los cuales obtuvieron respuesta de la actora por apoderado a fs. 223/226vta. (IW de fecha 22/12/21).

II.- Agravios.

El recurrente principia sintetizando los agravios que considera el decisorio produce a su parte.

Primer agravio.

a) En primer término, asevera que la incapacidad del reclamante no es total y absoluta, explicando que los derechos y obligaciones de las partes se encuentran delimitados en el contrato de seguro suscripto e invocando fallos de la CSJN en tal sentido.

Afirma que para tener derecho al cobro del seguro optativo se debió probar el riesgo, en este caso la incapacidad total y permanente, cuya carga probatoria pesaba sobre el demandante, trayendo a colación jurisprudencia de las cámaras de apelaciones de la provincia en relación al porcentaje mínimo del 66%.

Asegura que para la determinación de la incapacidad debió aplicarse el método de cálculo de incapacidad establecido en la póliza adicional, el cual se corresponde con el método de capacidad restante sin factores de ponderación, transcribiendo la parte pertinente de la póliza adicional, y antecedente de la alzada capitalina.

Insiste en la obligación de respetar la letra del contrato de seguro, afirmando que no se puede elegir libremente el baremo para ponderar la incapacidad.

En tal contexto, agravia a esa parte que la jueza a quo considerara probado con la pericia médica producida que el actor presenta una invalidez superior al 66% -total y absoluta-, cuando de dicho dictamen y del contenido de la póliza optativa surge, precisamente, lo contrario, situación que torna arbitraria la sentencia recurrida.

En el caso, la póliza adicional contiene una cláusula especial que resulta aplicable. Menciona que no se trata de elegir libremente el baremo de ley con el cual ponderar la invalidez, sino de aplicar lo estipulado en el contrato.

Destaca que la pericia médica realiza los dos cálculos, capacidad restante sin factores, informando un porcentaje (58,33%) y posteriormente añade factores. Con lo cual, destaca que sin factores de ponderación la invalidez es menor al 66%, por lo que la demanda debió rechazarse.

Advierte que la cláusula contractual no ha sido cuestionada por la parte actora, y no puede sostenerse que sea abusiva en forma alguna, resaltando que la jueza omite su aplicación sin motivo alguno.

Señala que se ha agregado a autos la solicitud de seguro y anexos, debidamente notificado el actor, sin observación alguna.

Solicita se desestime el reclamo de seguro adicional por no haberse comprobado el acontecimiento del riesgo asegurado, esto es la incapacidad total, permanente y absoluta igual o superior al 66%, sin factores de ponderación, conforme los términos de la póliza.

b) Por otra parte, refiere que no corresponde computar la invalidez psicológica y/o psiquiátrica, dado que se halla expresamente excluida de cobertura.

Conforme lo expuesto, manifiesta que no corresponde computar las afecciones psicológicas y/o psiquiátricas dado que se hallan expresamente excluidas de cobertura, y si bien la sentenciante no se expidió concretamente sobre el punto, lo cierto es que entiende que sus consideraciones son aplicables al caso, por ello plantea el agravio.
Expresa que debe diferenciarse el seguro de vida colectivo del adicional, por cuanto se trata de dos pólizas cuyo contenido es diferente en cuanto a las condiciones de asegurabilidad y al riesgo cubierto, ya que mientras la póliza del seguro obligatorio cubre el supuesto de incapacidad total y permanente, sin detallar baremo, tipología de afecciones que integrarían el riesgo cubierto, la del seguro adicional o facultativo posee una cláusula especial de incapacidad total por enfermedad o accidente, estableciéndose aquí el baremo a utilizar, detallando exhaustivamente las incapacidades parciales físicas permanente e irreversibles en porcentajes que se computarán a tal fin en forma taxativa, debiendo interpretarse por el art. 1 de la póliza adicional que en su último párrafo considera dichas incapacidades sólo a las definidas en los artículos 2 y 3.
Cita asimismo lo dispuesto en el art. 7.
Cita jurisprudencia del Cámara de Apelaciones de Neuquén, y del TSJ local, que entiende decidieron que no correspondía computar la afección psicológica, por estar expresamente excluida.
En el relato de los agravios (fs. 218 y vta.), manifiesta que la parte actora estaba debidamente informada de la existencia de la exclusión, conforme solicitud de seguro de vida colectivo y sus anexos suscriptos. Que más allá que no estén firmados en todas sus hojas, la firma final del documento permite tener por prestada la conformidad de las precedentes.
Agrega que pudiendo objetivarse tal patología individualmente, no existe argumento ni médico ni jurídico para apartarse de los términos de la póliza referidos.
Segundo agravio.
En segundo lugar, se agravia del cómputo de intereses respecto a ambos seguros, obligatorio y adicional, alegando que corresponde como fecha de inicio la contestación de la demanda.
Manifiesta que la magistrada no da fundamento suficiente para iniciar los mismos desde el día en que se notifica al tomador.
Indica que en autos no se trata de un daño ocasionado por un obrar antijurídico y que la aseguradora incurre en mora recién al momento de pago, según arts. 49, 50 y 51 de la LS.
Cita jurisprudencia de esta alzada en apoyo de su postura.
Realiza otras consideraciones a las que me remito en honor a la brevedad y solicita se revoque el fallo recurrido, en la medida requerida, con costas.
Formula reserva de caso federal.
2.- Contestación de agravios.
La actora en su contestación, en forma preliminar, denuncia el incumplimiento de los requisitos exigidos por el art. 265 del CPCC. Cita jurisprudencia de esta Alzada.
Seguidamente contesta los agravios en subsidio.
Aduce que la accionada no se hace cargo de confrontar ni derrumbar la doctrina y jurisprudencia invocada por la sentenciante, en cuanto no hace lugar a las cláusulas limitativas impuestas en la póliza.
Cita los precedentes jurisprudenciales en que se fundamentó la sentencia, en los cuales no se cuestiona la aplicación de la LDC a las relaciones de consumo, como lo es este juicio, donde las cláusulas limitativas de la póliza le son inoponibles al actor, en las que se debaten relaciones que son de tipo social y laboral, siendo cláusulas limitativas de la responsabilidad de la demandada.
Destaca que la demandada no pidió explicaciones ni impugnó la pericia médica.
En relación al segundo agravio, cita antecedentes de esta Cámara de Apelaciones en los que se decidió que los intereses moratorios deben liquidarse a partir del día en que la empleadora del actor tomó conocimiento de su incapacidad, los que resultan ajustados a derecho. Agrega que la demandada fue parte en los precedentes que identifica con lo cual no puede desconocer los fundamentos que de allí emanan.
En estos términos solicita se rechace el recurso interpuesto, con costas.
III.- Análisis de los agravios.
1.- Adelanto que considero que las quejas traídas cumplen con la exigencia legal del art. 265 del CPCC.
He realizado la ponderación con un criterio favorable a la apertura del recurso, en miras de armonizar adecuadamente las prescripciones legales, 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), a la luz 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 Corte IDH (OC N°18/03 del 17/9/2003, "Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados", párr. 123-124, entre 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 al apelante en todas y cada una de las argumentaciones y razonamientos que expone sino sólo tomando en consideración aquellos que resulten dirimentes o decisivos en orden a las cuestiones que se plantean.
2.- Refiriéndome concretamente a los aspectos impugnados del decisorio, cabe tener presente que la sentenciante determina que el actor presenta una incapacidad superior al 66%, conforme pericias que analiza, acreditándose el riesgo cubierto y en consecuencia la procedencia de la acción.
Para así decidir, valora la pericia médica que establece un porcentaje de incapacidad del 58,33% al que suma los factores complementarios, así como también aprecia la pericia psicológica producida en autos.
Condena al pago de $ 20.000,00, en concepto de seguro obligatorio y $ 300.000,00, en concepto de seguro adicional, estipulando los intereses a tasa activa del BPN desde la puesta en conocimiento a la aseguradora de la incapacidad y que en el caso es concomitante con la puesta en conocimiento a la empleadora, esto es el 30/8/2018.
3.- Sentado lo anterior y resumida la posición de las partes, procederé seguidamente al análisis de los agravios.
Primer agravio
El recurrente argumenta en esencia que la incapacidad comprobada no alcanza el 66%, debiéndose aplicar el procedimiento consignado en la póliza de seguro, método de la capacidad restante sin considerar ningún factor de ponderación o complementario.
La magistrada fija la incapacidad superior al 66%, remitiéndose a lo establecido por el perito médico y por la perito psicóloga.
El primero (fs. 149/151) concluye que el asegurado presenta las siguientes patologías; patología osteoarticular-columna lumbar-discopatías-limitación de la movilidad: 25%, patología auditiva: hipoacusia perceptiva bilateral: 18,39% del 75% restante: 13,79%; patología insuficiencia venosa periférica –Estadio II: 15% del 61,21% restante: 9,18%; patología osteoarticular-Limitación funcional de columna cervical: 12% del 52,03 restante: 6,24%; patología oftalmológica-Disminución de la agudeza visual: 9% del 45% restante: 4,12%. Lo que arroja un total de 58,33%
Luego continúa el experto, y agrega, que “deberán adicionársele los factores complementarios según lo establece el Decreto 478/98. Edad cronológica: 61 más años: 10% de 58,33%_ 5,83%; Nivel de educación formal: primario: 7,5% de 58,33%: 4,37%. Total 68,53%”.
Por su parte, la perito psicóloga (fs. 138/144) informa que el peritado presenta un cuadro de Reacción Vivencial anormal neurótica con manifestación depresiva, de grado III, lo que representa un porcentaje del 40% de incapacidad. Sumando factores de ponderación estima un total del 47% de incapacidad.
Ambos peritos fundamentan sus conclusiones en el Dec. 478/98.
Corrido el pertinente traslado a las partes, la demandada únicamente impugnó la prueba pericial psicológica (fs. 146/147), la que fue contestada por la experta a fs. 158/159.
1.- Planteados los agravios del recurrente, por una cuestión de orden lógico, he de comenzar por analizar la exclusión de la incapacidad psicológica y psiquiátrica que el apelante pretende con fundamento en las cláusulas de la póliza.
Esta cuestión ya ha sido resuelta en precedentes de esta Alzada, con el voto de la suscripta, entre otros (autos “JARA JULIA ESTER C/SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA”, Expte. N° 39592/18, Acuerdo del 9 de junio de 2021, Sala II de la OAPyG de Zapala).
Igualmente, y 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.

En orden a las patologías psiquiátricas y psicológicas, la postura adoptada por la magistrada es también el criterio 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, se 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).
Agrego también que 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).
Con respecto al derecho de información, reiteraré algunas consideraciones vertidas en el precedente “Almeida” que es uno de los que cita la magistrada.
Se destaca que la información 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); se trata 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.
Sin perjuicio de ese concepto general, quiero señalar muy especialmente que las cláusulas limitativas que se

excluyen son las que producen un desequilibrio significativo entre los derechos y las obligaciones de las partes, en perjuicio del consumidor y que desnaturalizan el contrato, es decir el fin perseguido por el contrato. En estos casos, no resultará suficiente cumplir con el deber de información, porque hay un control de contenido de la cláusula, más allá de su inteligibilidad o que el consumidor la apruebe.
En este sentido se sostiene, en orden a las cláusulas abusivas: "… 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…". "…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…". (Fundamentos del Código Civil y Comercial, Título III, "Contratos de consumo").
Por lo expuesto, y considerando que los fundamentos traídos no alcanzan a conmover lo decidido, entiendo que cabe rechazar el agravio traído.
Sentado lo anterior, destaco lo considerado por la magistrada de la anterior instancia en cuanto refirió que aun habiéndose impugnado aquella pericia (psicológica) a su criterio el cuestionamiento resulta sostenido por los conocimientos de la experta, aunque luego acota que la cuestión no merecía mayor análisis, ello por cuanto había considerado los factores complementarios en la incapacidad física, lo cual resultaba suficiente para arribar al riesgo cubierto.
Sin perjuicio de este acotado análisis, y luego de una detenida lectura del dictamen producido en autos, considero que la pericia psicológica se adecua a los requisitos establecidos por el art. 476 del CPCC, y no obran en autos elementos de mayor convicción que me permitan apartarme de sus conclusiones, amén de ponderar que esta cuestión no fue motivo de crítica específica del recurrente, ya que su agravio se fundó en la exclusión de la patología.
En consecuencia, como dije, he de proponer el rechazo de este agravio, debiendo tenerse en cuenta la incapacidad psicológica que la perito fija en el 40% sin factores complementarios.
Consecuentemente y aplicando la fórmula de la capacidad restante, comenzando por el mayor porcentaje de incapacidad (40% psicológica) y siguiendo con los restantes porcentajes de incapacidad determinados por el perito médico, arribo a una incapacidad del 74,98% de la TO, sin factores complementarios, acreditándose en estos términos el riesgo cubierto, aún sin esos factores.
2.- Atento la forma en que propongo se resuelva la controversia precedente, no es necesario que me expida con relación a la inclusión de los factores complementarios.
Segundo agravio
El apelante cuestiona que los intereses se devenguen desde la notificación al tomador, alegando que no se da fundamento alguno para ello y proponiendo la fecha de la contestación de la demanda.
Mas la judicante expresamente da cuenta que los intereses se inician el 30 de Agosto del 2018, momento en que el actor denuncia el siniestro ante la propia aseguradora, concomitante con la puesta en conocimiento de la empleadora-tomadora.
Ello surge del telegrama obrante a fs. 18, el que inclusive fuera contestado por la aseguradora (fs. 19).
En relación a la respuesta de la aseguradora reclamando se le suministre información y documentación complementaria, la sentencia claramente expone que el actor desde su primera comunicación a la aseguradora le hizo saber que la documental debía ser requerida a la tomadora del seguro, que se encontraba en su legajo, poniéndolo expresamente a disposición, sin que la ahora recurrente haya invocado impedimento alguno para acceder a dicho legajo.
De esta manera, el quejoso realiza una afirmación incorrecta y a la vez no se hace cargo de los fundamentos concretos vertidos por la sentenciante, incumpliendo lo consignado en el art. 265 del CPCC.
Sumo a ello, que en su caso resulta de rigor el criterio aplicado por la Sala Civil del Tribunal Superior de Justicia en autos "Muñoz" (Ac 18/2014 del 26-08-2014) y "Monte" (Ac. 47/15 del 9-11-2015), antecedentes jurisprudenciales de los que surge que en casos como el de marras los intereses cabe computarlos a partir de la fecha en que la tomadora del seguro tuvo conocimiento de la incapacidad.
En el mismo sentido ha resuelto esta Alzada en los precedentes: "LEFICHE ENEDINA C/ INTEGRITY SEGUROS ARGENTINA S.A. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA (Expte. 26841, Año 2014), Sala I, Acuerdo de fecha 11 de abril de 2016 de la OAPyG de Cutral Co, y "VOLK JOSE SEGUNDO C/ SANCOR

COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA", (Expte. n° 40621/2018), Sala I, Acuerdo del 23 de octubre del 2020 OAPyG de Zapala, a cuyos fundamentos me remito en honor a la brevedad, siendo que además, dichos precedentes han tenido como demandada a la misma aseguradora.
En estos términos, y no encontrando mérito para apartarme de los precedentes mencionados con remisión a fallos del TSJ, el agravio ha de rechazarse.
IV.- Por las razones expuestas, he de proponer al Acuerdo se rechace el recurso interpuesto por la demandada, confirmando el fallo recurrido en todo cuanto ha sido materia de agravios, con costas a la recurrente perdidosa conforme arts. 17 de la ley 921 y 68 del CPCC, procediéndose a regular honorarios de esta instancia (30%) (arts. 15 y 20 ley 1594, mod. por ley 2933).
En consecuencia, corresponde regular los honorarios del Dr. Guillermo Alejandro Ruiz Guiñazú en la suma de $ 47.650,00 y los del Dr. Luis Ángel Quiles en la suma de $ 33.350,00 con más IVA en caso de corresponder.
Mi voto.
A su turno el Dr. Pablo G. Furlotti dijo:
Por compartir en un todo, los fundamentos y solución que propone la colega que me precede en orden de votación voy a adherir a su decisión votando en igual sentido.
Mi voto.-
Por lo expuesto, constancias de autos, de conformidad con la doctrina y jurisprudencia citadas, y la legislación aplicable, esta Sala I 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 interpuesto por la demandada, confirmando en consecuencia el fallo recurrido dictado en fecha 15/12/2021 en todo cuanto ha sido materia de agravios,
II.- Imponer las costas de alzada a la recurrente perdidosa.-
III.- Regular los honorarios por la labor desarrollada en alzada al Dr. Guillermo Alejandro Ruiz Guiñazú en la suma de pesos cuarenta y siete mil seiscientos cincuenta ($ 47.650,00) y al Dr. Luis Ángel Quiles en la suma de pesos treinta y tres mil trescientos cincuenta ($ 33.350,00) con más IVA en caso de corresponder.
IV.- Protocolícese digitalmente, notifíquese electrónicamente. Oportunamente remítanse al Juzgado de Origen.

Dra. Alejandra Barroso Dr. Pablo G. Furlotti
Jueza de Cámara Juez de Cámara

Dra. Norma Alicia Fuentes
Secretaria de Cámara

Se deja constancia que la presente sentencia ha sido firmada digitalmente por los Dres. Alejandra Barroso y Pablo G. Furlotti, como así también por la suscripta, y conforme surge del margen superior izquierdo de fs. 232 y constancia del sistema informático Dextra. Asimismo se protocolizó conforme a lo ordenado. Conste.
Dra. Norma Alicia Fuentes
Secretaria de Cámara

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

AUTOS: **"CLAUSE VICENTE C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA"** (Expte. Nº 44797/19). CAI, Sala I**.**

OBJETO: Interpone Recurso de Casación de Nulidad Extraordinario.

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 249 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 Nulidad Extraordinario en las causales previstas por el art. 18 de la ley 1406, arbitrariedad derivada del vicio en la motivación, contra la sentencia emanada de la Sala I de la Cámara Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, Minería y Familia, con competencia en la II, III, IV y V Circunscripción Judicial, en fecha 5 de mayo del corriente, por la cual se rechazó el recurso de apelación incoado contra el fallo dictada por la Sra. Jueza de primera instancia (fs.191/208) que hiciera lugar a la demanda promovida, condenando a la demandada al pago de la suma de $320.000 en concepto de indemnización prevista en los seguros de vida colectivo obligatorio ($20.000) y adicional ($300.000), con intereses y costas.

Solicito en consecuencia, se declare la admisibilidad del remedio aquí intentado, se nulifique el fallo impugnado y se rechace en consecuencia la demanda promovida respecto de la pretensión de cobro del seguro colectivo adicional promovida y, además, se modifique respecto del seguro obligatorio (y del adicional en subsidio), la fecha de cómputo de los intereses, con costas al actor.

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:

Este recurso se interpone contra la sentencia definitiva pronunciada por la Cámara de Apelaciones del Interior en fecha 5.05.2022, en la inteligencia que dicho decisorio ha resuelto la cuestión llevada a juzgamiento sin que reste posibilidad de ulterior replanteo a través de medio jurídico alguno; se trata de sentencia definitiva comprensible dentro del concepto estatuido por el art. 1º de la ley 1406.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Por ello peticionamos se considere cumplido el recaudo en análisis.

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 de la resolución recurrida, acaecida el día 05 de mayo de 2022 (fs. 240), ello de acuerdo al art. 2º de la ley 1406.

4º) Tribunal receptor:

Se presenta el remedio ante la Sala I de la Cámara Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, Minería y Familia, con competencia en la II, III, IV y V Circunscripción Judicial, 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 de la Provincia de Neuquén, respetando los importes establecidos por la ley casatoria local.

7º) 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: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

1) <u>Demanda</u>

Que a fs.20/35 Vicente Clause, por apoderado, promueve demanda sumarísima contra Sancor Cooperativa de Seguros Ltda., reclamando el pago del seguro de vida colectivo en sus modalidades obligatorio y adicional, por incapacidad psicofísica total y permanente del que resulta beneficiario por desempeñarse en relación de dependencia de la Dirección Provincial de Vialidad, que actuó como tomadora de tales seguros. Reclama la suma de $ 798.721,25, o lo que en más o en menos se determine en autos, con intereses y costas.

Relata que su mandante ingresó a trabajar en óptimas condiciones psicofísicas para su empleador y con motivo del vínculo laboral resultó asegurado en la contratación llevada por su empleador con la demandada. Sostiene que el 12-08-18 el Dr. Alejandro González, especialista en medicina del trabajo, confeccionó informe médico previsional donde determinó que padece –sin factores de ponderación- un 66,42% de incapacidad física, total, absoluta y permanente, por distintas afecciones, todas irreversibles y progresivas, las que sumadas mediante método de capacidad restante, arroja aquel porcentual. Advierte que las afecciones indicadas en el referenciado informe médico no son taxativas, es decir que ello no limita la existencia de otras afecciones que padezca su mandante, las que surjan al momento que el perito medico a designar, dictamine. También refiere padecer distintos síntomas de padecimientos psicológicos como angustia, depresión y ansiedad, que le generan invalidez psicológica y/o psiquiátrica, por la cual también reclama.

Refiere que a la consolidación jurídica del daño (12-08-18) la cobertura asegurativa vigente era la contratada con la demandada. Señala que una vez que tomó debido conocimiento de su incapacidad y que la misma es total y permanente, le remite a la hoy accionada carta documento el 30-08-18, donde intima el pago de las sumas de dinero correspondientes a los seguros en juicio, además, le pone en debido conocimiento la minusvalía psico-física que padece, indicando los segmentos de su cuerpo afectados, y que no posee la documentación correspondiente a formulario de solicitud del beneficio, formulario de incapacidad, copia de declaración de comisión médica y que en lo relativo a la historia clínica completa, DNI, recibo de sueldo, se encuentran agregados en su Legajo Personal, a disposición. Refiere que la aseguradora contesta por otra similar del 10-09-18 donde requiere el envió de documentación, que como ya le indicara en su propia comunicación, no obra en su poder. Deja expresa constancia que jamás se le entregó copia de las pólizas. Formula consideraciones respecto de la relación contractual, alcance de la cobertura, inoponibilidad e ineficacia de cláusulas contractuales.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

En este sentido argumenta que el riesgo asegurado es la incapacidad total, permanente y absoluta igual o superior al 66%, sin que las cláusulas previstas en las pólizas que restringen dicho presupuesto fáctico, puedan ser oponible al asegurado, dado que al limitar aquella cobertura, se presentan como abusivas.

Invoca aplicación del marco normativo de la Ley de Defensa del Consumidor. Ofrece pruebas. Se opone a la aplicación del límite de responsabilidad por costas, planteando inconstitucionalidad del art.277 LCT. Funda en derecho.

Ofrece pruebas. Peticiona.

1.1) <u>Documental de interés adjuntada a la demanda:</u>

Fs. 3, informe oftalmológico que diagnostica hiperiometría.

Fs. 4 recibo de sueldo en cual se informa sumas aseguradas del seguro obligatorio -$20.000- y adicional -$-300.000- con las primas correspondientes.

Fs. 5/6 informe médico previsional en el cual se diagnostica que el actor padece un 66,42% de incapacidad física, total y permanente, reuniendo los requisitos para acceder a la jubilación por invalidez. Se detectan las siguientes afecciones físicas: de columna, visual, várices, gastritis, auditiva.

Fs. 7 obra nota por la cual el asegurado le presenta el informe médico referido al tomador para ser agregado al legajo laboral.

Fs. 8/15 diversos estudios médicos.

Fs. 16/17 intercambio epistolar entre las partes antes narrado.

2) <u>Contestación de Demanda</u>

A fs.58/74 comparece la demandada y luego de negar los hechos, efectuar consideraciones respecto al seguro contratado, suma asegurada y carga de la prueba, sostenemos la inaplicabilidad de la ley de defensa del consumidor al régimen del seguro, en el sentido de que ésta última por ser ley especial no resulta modificada por aquella normativa general, conforme lo resuelto por la CSJN en “Buffoni”.

Respecto de la suma asegurada, referimos que el actor tenía contratado $20.000 en el seguro obligatorio y $300.000 en el adicional, siendo este último el tope de suma asegurada.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Aducimos que la contratación de la demandada es originaria, es decir no se halla condicionada por anteriores contrataciones que realizara el tomador.

También sostenemos que el actor se hallaba notificado o debidamente informado del contenido de las pólizas, dado que en fecha 25/04/2016 suscribió formularios de solicitud de incorporación al seguro en el cual se anexan condiciones de póliza, desprendiéndose de aquellos que el actor contestó el cuestionario de preguntas allí contenido, declaró estar en conocimiento del contenido de las pólizas y se le hizo entrega de las mismas junto, todo bajo firma de aquel, con lo cual no solo tuvo la posibilidad de interiorizarse sobre el contenido de la póliza y/o de informar su situación y/o de esclarecer las dudas que tuviera, sino que declaró estar en concomiendo de su contenido. Además se alegó que siempre tuvo a su disposición copia de las pólizas que estaban en poder del tomador.

Denunciamos demanda improponible por omisión en suministrar información solicitada. Alegamos exclusión de cobertura respecto del seguro de vida colectivo obligatorio y adicional en subsidio. Ello así, ya que la invalidez es inferior al 66% (no es total), además respecto del adicional no corresponde computar afecciones psicológicas yo psiquiátricas por estar expresamente excluidas (cláusula 7), las patologías físicas invalidantes no están previstas como riesgo asegurado en la cláusula taxtaiva que delimita o define a este riesgo. Se pide además, se aplique el método de cálculo de incapacidad previsto en al póliza optativa, esto es capacidad restante sin factores de ponderación. Se denuncia el actor no se ha jubilado por invalidez. Plantea inexistencia de cláusulas inoponibles y/o abusivas, especialmente las referidas a aquellas que determinan riesgo asegurado y capital pactado, en atención a que hacen al objeto del contrato.

Negamos estar mora de su parte, peticionado que los intereses en caso de corresponder, se computen desde la fecha de contestación de demanda, atento el incumplimiento de cargas informativas y la naturaleza de obligación a plazo de la demandada.

Planteamos límite de responsabilidad por costas. Formula reserva del caso federal. Ofrece pruebas

2.1) Documental de interés adjuntada a la contestación de demanda:

Fs. 43/45 copia de decretos PEP 0349/13 que aprobó la contratación de mi mandante y N° 541/17 que modificó sumas aseguradas.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Fs. 46, certificado negativo de antecedentes jubilatorios del actor emitido por ISSN.

Fs. 47/52, copia de las pólizas de seguro de vida colectivo obligatorio y adicional.

Respecto de esta última se transcriben a continuación las cláusulas que tienen relación con el presente recurso:

"Coberturas: … Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente… CLÁUSULAS COBERTURAS ADICIONALES CLÁUSULA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE TAXATIVA… 1º - RIESGO CUBIERTO El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula, cuando el asegurado, como consecuencia de una enfermedad o accidente, que padezca 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. Tal estado de incapacidad física, deberá manifestarse en forma ininterrumpida por SEIS (6) meses como mínimo, haberse instalado durante la vigencia de esta cláusula adicional y antes de que el asegurado exceda la edad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza como edad límite para esta cobertura adicional. Se entiende por: A) Incapacidad física total: aquella de índole física que determine una minusvalía no menor del 66 % que le impida al asegurado la continuidad de sus actividades laborales; B) Incapacidad física permanente: aquella que implique una minusvalía de naturaleza permanente, excluidos los casos que afecten al asegurado en forma parcial o temporal; C) Incapacidad física irreversible: aquella no pasible de ser revertida por tratamientos médicos y/o quirúrgicos. El Asegurador solicitará las pruebas médicas, estudios y demás elementos que a su juicio sean razonables y necesarios para establecer la procedencia del beneficio. A los efectos de otorgar el beneficio que concede la presente cláusula, se considerará taxativamente incapacidad física total, permanente e irreversible, a las definidas en los Artículos 2 y 3…. La determinación del estado de incapacidad será obtenida del siguiente modo: 1- Se realizará una evaluación cuantitativa, de los porcentajes correspondientes a cada una de las incapacidades físicas permanentes e irreversibles padecidas por el Asegurado, en función de las pruebas, diagnósticos y demás estudios efectuados al asegurado. 2- Una vez obtenidos los porcentajes de todas las incapacidades se procederá al ordenamiento decreciente de los mismos. 3- Al CIEN POR CIENTO (100 %) de la capacidad física se restará el porcentaje de la incapacidad parcial, que del ordenamiento establecido en el inciso 2 precedente, resulte ser la mayor, obteniendo la capacidad física remanente. 4- Al porcentaje de capacidad física remanente obtenido en el inciso 3 precedente, se aplicará el porcentaje correspondiente a la segunda incapacidad parcial y el cálculo resultante

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

establecerá el porcentaje que será restado a dicha capacidad, obteniendo de este modo una nueva capacidad física remanente. El mismo criterio se practicará en forma sucesiva a las demás incapacidades parciales que pudieran presentarse. 5- El porcentaje de incapacidad del asegurado, surgirá de restar a la capacidad total mencionada en el inciso 3 (100 %), la última capacidad física remanente obtenida… 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: ... b) Patologías Psiquiátricas y/o Psicológicas…"

Fs. 53 copias de cartas documentos remitidas a actor antes referidas.

Fs. 54/57 copia de formularios de solicitud de incorporación suscriptos por actor en fecha 25/4/2016, junto con anexos condiciones de pólizas

3) **Contestación de la parte actora.**

A fs. 82 contesta la parte actora el traslado de la documental y de las pruebas ofrecidas por la demandada, reconociendo la autenticidad de los instrumentos cuya firma se le atribuye y oponiéndose al punto pericial médico en el cual la demanda pide se utilice el método de cálculo de incapacidad previsto en la póliza adicional ya que considera debe aplicarse el baremo LRT.

Esta oposición es contestada por la demandada a fs. 86, solicitando su rechazo dado que debe estarse a los términos contractuales, sin que dicha cláusula sea abusiva.

4) Apertura a prueba.

A fs. 87/88 se abre la causa a prueba, resolviéndose la oposición planteada por la actora, desestimando la misma por considerar la jueza que los puntos cuestionados resultan conducentes, siendo ella quien resolverá el baremo o método que corresponde aplicar.

A fs. 93/119 el BPN S.A. acompaña copia del proceso licitatorio N° 044/2011 provisión del seguro de vida, en el cual constan las cláusulas contractuales invocadas por la demandada, las que se hallan redactadas en los pliegos licitatorios.

A fs. 138/144 obra pericia psicológica la cual concluye que actor presenta daño psíquico, padeciendo un cuadro compatible con trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, con síntomas psicóticos, crónico, que conforme Baremo Nacional de

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

la Tabla de evalución de incapacidades labores Ley 24.241, Decreto 478/98, por reacción vivencial anormal neurótica, con manifestación depresiva, de Grado III, representa un 40% de incapacidad, mas factores complementarios por edad cronológica, 10%; educación primaria: 7,5%. Total 47%.

Dicho dictamen fue impugnado por la demandada a fs. 146/147 por considerar que los test utilizados no son objetivos, ya que son auto-administrados (los responde el peritado).

A fs. 149/151 obra pericia médica en la cual se refiere que el actor, por su desempeño laboral en tareas diversas para la Dirección Provincial de Vialidad, con el correr de los años de trabajo comenzó a sentir dolores en su columna lumbar que lo llevaron a la consulta especializada, donde después de realizarle estudios específicos llegaron al diagnóstico de espondiloartrosis lumbar con compromiso discal e irradiación a los miembros inferiores. Agregado a esa patología lumbar desarrollo una patología cervical con artrosis y discopatías múltiples; y que junto a esas dolencias se le diagnostica hipoacusia bilateral y disminución de la agudeza visual con uso de lentes. Que presenta insuficiencia venosa de miembros inferiores de larga evolución. Que actualmente el peritado se encuentra medicado para sus patologías osteoarticulares. Conforme método de capacidad restante e incapacidad asignada a cada afección, fija 58,33% de incapacidad, a la que adiciona factores complementarios por edad cronológica (10%): 5,833% y nivel de educación formal: primario (7,5%): 4,37%, que determinar una incapacidad final del 68,53%.

A fs. 158/159 la perito psicóloga contesta la impugnación de pericia ratificando la misma.

A fs. 179/180 contesta la intimación por documental el tomador remitiendo recio de haberes

A fs. 190 pasan los autos a sentencia.

5) <u>Sentencia de primer instancia</u>

A fs. 191/208 obra sentencia de primera instancia por medio de la cual se hizo lugar a la demanda por la suma de $ 320.000 en concepto de capital indemnización pactada en el seguro de vida colectivo obligatorio y adicional, más intereses a la tasa activa del Banco de la Provincia del Neuquén, a computarse a partir de la fecha de puesta de conocimiento de la incapacidad a la aseguradora, la cual coinciden con la fecha de presentación del informe médico previsional ante el tomador, con costas.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUEN

La jueza a quo, luego de relatar los antecedentes de la causa, determina el objeto de litis (caducidad del derecho al cobro, si se configuró el riesgo cubierto, en su caso monto de indemnización e intereses).

En primer término se avoca al tratamiento de la defensa de improponibilidad de la demanda por incumplimiento de cargas informativas por parte del actor, resolviendo enmarcarlo en el ámbito del artículo 46 Ley de seguros, desestimándolo por cuanto no se probó que la omisión de suministrar la información en cuestión hubiera sido dolosa o maliciosa, es decir que si bien el actor no ha invocado ni justificado razón alguna para no cumplir el requerimiento que le efectuara la aseguradora, no se advierte de esa mera circunstancia, que tal incumplimiento revista el carácter de malicioso, recaudo exigido por la norma citada. 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.

Posteriormente sigue con el tratamiento del resto de las cuestiones objeto de litis y en ese camino consideró que, conforme el resultado de la pericia médica y psicológica, la actora presenta una incapacidad física superior al 66%.

A estos fines suma las incapacidades determinadas por el perito médico mediante el método de capacidad restante, adicionado factores de ponderación, concluyendo que la incapacidad es del 68,3% de la total obrera, razón por la cual estima probado con dicho medio probatorio que el actor presenta una invalidez total, absoluta y permanente de orden físico superior al 66%.

Respecto a la invalidez psicológica, afirma que no la pondera dado que la incapacidad física por si sola es total. Aduce, además, que la circunstancia de no hallarse jubilado el actor por invalidez no obsta al progreso de la acción, ya que el riesgo asegurado es la invalidez, independientemente de los dictámenes administrativos, siendo el medio de confirmación específica, la pericia oficial.

Luego considera que resulta procedente la demanda, ya que el riesgo asegurado en ambas pólizas es la incapacidad total, permanente y absoluta, declarando inoponible la cláusula delimitativa (taxatividad de afecciones) opuesta 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.

De allí que al haberse acreditado que el actor presenta una incapacidad física del 68,3%, concluye que las cláusulas de limitación y exclusión de

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

cobertura, en el caso, desvirtúan la finalidad del contrato y desnaturalizan las obligaciones de la aseguradora, concluyo que resultan ciertamente abusivas.

Por todo lo expuesto, hace lugar a la demanda por la suma indicada, aplicando “Bruna” del TSJ con intereses desde la fecha de denuncia de siniestro, la cual coincide con aquella en que se puso en conocimiento de la incapacidad al tomador, y costas.

6) <u>Apelación de la demandada</u>

A fs. 213/212 apela y funda la demandada contra el fallo de primer instancia, solicitando su revocación parcial, con costas.

a) A estos fines pedimos se rechace la demanda respecto de la pretensión del cobro del seguro adicional, en la medida en que no se probó el acaecimiento del riesgo cubierto conforme los términos de dicha póliza ya que: i) la incapacidad física sin factores de ponderación –conforme método de cálculo previsto en la póliza- es inferior al 66%; ii) no corresponde computar patología psicológica yo psiquiátrica, atento estar expresamente excluida de cobertura.

En este sentido aseveramos que la incapacidad del reclamante no es total y absoluta, explicando que los derechos y obligaciones de las partes se encuentran delimitados en el contrato de seguro suscripto e invocando fallos de la CSJN en tal sentido.

Afirmamos que para tener derecho al cobro del seguro optativo se debió probar el riesgo, en este caso la incapacidad total y permanente, cuya carga probatoria pesaba sobre el demandante, trayendo a colación jurisprudencia de las cámaras de apelaciones de la provincia en relación al porcentaje mínimo del 66%.

Aseguramos que para la determinación de la incapacidad debió aplicarse el método de cálculo de incapacidad establecido en la póliza adicional, el cual se corresponde con el método de capacidad restante sin factores de ponderación, transcribiendo la parte pertinente de la póliza adicional, y antecedente de la alzada capitalina.

Insistimos en la obligación de respetar la letra del contrato de seguro, afirmando que no se puede elegir libremente el baremo para ponderar la incapacidad.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

En tal contexto, agravia a mi mandante que la jueza a quo considerara probado con la pericia médica producida que el actor presenta una invalidez superior al 66% -total y absoluta-, cuando de dicho dictamen y del contenido de la póliza optativa surge, precisamente, lo contrario, situación que torna arbitraria la sentencia recurrida.

En el caso, la póliza adicional contiene una cláusula especial que resulta aplicable. Mencionamos que no se trata de elegir libremente el baremo de ley con el cual ponderar la invalidez, sino de aplicar lo estipulado en el contrato.

Destacamos que la pericia médica realiza los dos cálculos, capacidad restante sin factores, informando un porcentaje (58,33%) y posteriormente añade factores. Con lo cual, sin factores de ponderación la invalidez es menor al 66%, por lo que la demanda debió rechazarse.

Advertimos que la cláusula contractual no ha sido cuestionada por la parte actora, y no puede sostenerse que sea abusiva en forma alguna, resaltando que la jueza omite su aplicación sin motivo alguno.

Señalamos que se ha agregado a autos la solicitud de seguro y anexos, debidamente notificado el actor, sin observación alguna.

Solicitamos se desestime el reclamo de seguro adicional por no haberse comprobado el acontecimiento del riesgo asegurado, esto es la incapacidad total, permanente y absoluta igual o superior al 66%, sin factores de ponderación, conforme los términos de la póliza.

Por otra parte, y complementariamente afirmamos que no corresponde computar la invalidez psicológica y/o psiquiátrica, dado que se halla expresamente excluida de cobertura.

Conforme lo expuesto, manifestamos que no corresponde computar las afecciones psicológicas y/o psiquiátricas dado que se hallan expresamente excluidas de cobertura, y si bien la sentenciante no se expidió concretamente sobre el punto, lo cierto es que entiende que sus consideraciones son aplicables al caso, por ello plantea el agravio.

Expresamos que debe diferenciarse el seguro de vida colectivo del adicional, por cuanto se trata de dos pólizas cuyo contenido es diferente en cuanto a las condiciones de asegurabilidad y al riesgo cubierto, ya que mientras la póliza del seguro

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

obligatorio cubre el supuesto de incapacidad total y permanente, sin detallar baremo, tipología de afecciones que integrarían el riesgo cubierto, la del seguro adicional o facultativo posee una cláusula especial de incapacidad total por enfermedad o accidente, estableciéndose aquí el baremo a utilizar, detallando exhaustivamente las incapacidades parciales físicas permanente e irreversibles en porcentajes que se computarán a tal fin en forma taxativa, debiendo interpretarse por el art. 1 de la póliza adicional que en su último párrafo considera dichas incapacidades sólo a las definidas en los artículos 2 y 3. Cita asimismo lo dispuesto en el art. 7.

Citamos jurisprudencia del Cámara de Apelaciones de Neuquén, y del TSJ local, que entiende decidieron que no correspondía computar la afección psicológica, por estar expresamente excluida.

En el relato de los agravios (fs. 218 y vta.), manifestamos que la parte actora estaba debidamente informada de la existencia de la exclusión, conforme solicitud de seguro de vida colectivo y sus anexos suscriptos. Que más allá que no estén firmados en todas sus hojas, la firma final del documento permite tener por prestada la conformidad de las precedentes.

Agregamos que pudiendo objetivarse tal patología individualmente, no existe argumento ni médico ni jurídico para apartarse de los términos de la póliza referidos.

b) También nos agraviamos de la fecha de inicio del cómputo de intereses respecto a ambos seguros, obligatorio y adicional, alegando que corresponde como fecha de inicio la contestación de la demanda.

Manifestamos que la magistrada no da fundamento suficiente para iniciar los mismos desde el día en que se notifica al tomador.

Indica que en autos no se trata de un daño ocasionado por un obrar antijurídico y que la aseguradora incurre en mora recién al momento de pago, según arts. 49, 50 y 51 de la LS.

Se solicita se revoque el fallo recurrido, en la medida requerida, con costas. Formulamos reserva de caso federal.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

7) <u>Contestación de agravios</u>

La parte actora contesta agravios a fs. 223/226 y, en forma preliminar, denuncia el incumplimiento de los requisitos exigidos por el art. 265 del CPCC. Cita jurisprudencia de esta Alzada.

Seguidamente contesta los agravios en subsidio. Aduce que la accionada no se hace cargo de confrontar ni derrumbar la doctrina y jurisprudencia invocada por la sentenciante, en cuanto no hace lugar a las cláusulas limitativas impuestas en la póliza.

Cita los precedentes jurisprudenciales en que se fundamentó la sentencia, en los cuales no se cuestiona la aplicación de la LDC a las relaciones de consumo, como lo es este juicio, donde las cláusulas limitativas de la póliza le son inoponibles al actor, en las que se debaten relaciones que son de tipo social y laboral, siendo cláusulas limitativas de la responsabilidad de la demandada. Destaca que la demandada no pidió explicaciones ni impugnó la pericia médica.

En relación al segundo agravio, cita antecedentes de esta Cámara de Apelaciones en los que se decidió que los intereses moratorios deben liquidarse a partir del día en que la empleadora del actor tomó conocimiento de su incapacidad, los que resultan ajustados a derecho. Agrega que la demandada fue parte en los precedentes que identifica con lo cual no puede desconocer los fundamentos que de allí emanan.

En estos términos solicita se rechace el recurso interpuesto, con costas.

8) <u>Sentencia emitida por la Cámara de Apelaciones</u>

.A fs. 232/239 la Sala I de la Alzada del interior emite sentencia rechazando el recurso incoado, con costas

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

Luego de reseñar las posiciones de las partes, se avoca al tratamiento de los agravios deducidos, refiriendo que el recurso es admisible.

En cuanto al primer agravio, la jueza preopinante comienza al análisis por la queja deducida respecto de la exclusión de la patología psicológica y/o psiquiátrica afirmando, con cita de los precedentes “Jara” (Expte N° 39592/18) y “Almeida” (Expte. 33608/206) de la misma alzada, que dicha cláusula es abusiva en la

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

medida en que desnaturaliza el presupuesto fáctico asegurado –incapacidad total, permanente y absoluta- e importa incorporar una reglamentación irrazonable del riesgo asegurado. Además sostiene que este tipo de contratos debe ser analizado siguiendo la pauta del principio pro homine y de no regresividad, de forma tal de interpretarse en favor del consumidor.

Re afirma, con invocación de los precedentes del TSJ "Cifuentes" y "Ferreyra" afirma que el presupuesto fáctico cubierto es la incapacidad total, permanente y absoluta, de manera tal que teniendo en cuenta la función social de este tipo de contrato, las limitaciones y exclusiones de aquella cobertura no pueden ser opuestas al asegurado, ya que ello implicaría negar la propia existencia de este instituto de neto corte social.

Con relación al derecho a la información, refiere que el TSJ en "Bruna" ha reafirmado la postura jurisprudencial según la cual las cláusulas de limitación de responsabilidad que importan reducir o denegar la cobertura, resultan improcedentes, siendo de vital importancia garantizar a su respecto del deber de información.

En este sentido afirma que, mas allá de lo que surge del formulario de solicitud de incorporación al seguro – el cual no permite tener por cumplida la carga informativa veraz, completa, detallada y adecuada de los aspectos más importantes del contrato conforme previsiones del régimen consumeril-, lo cierto es que, al contrariar el fin perseguido por el contrato de seguro colectivo adicional, la cláusula de exclusión de cobertura de patologías psicológicas y/o psiquiátricas opuesta es abusiva, con lo cual el cumplimiento o no del deber informativo a su respecto es indiferente.

De esta manera desestima la queja y efectuando el cálculo de incapacidad sin factores de ponderación, es decir aplicando el método de cálculo de invalidez previsto en la póliza adicional conforme se solicitó en la apelación, concluye que el actor presenta una incapacidad psicofísica total, permanente y absoluta del 74,98%, con lo cual confirma la procedencia de la demanda respecto de la pretensión del cobro de la indemnización prevista en el seguro adicional.

En orden al segundo agravio dice que correspondería declararlo desierto ya que la jueza los fijó desde la fecha de denuncia de siniestro concomitante con la puesta en conocimiento de la empleadora-tomadora. Ello surge del telegrama obrante a fs. 18, el que inclusive fuera contestado por la aseguradora (fs. 19). En relación a la respuesta de la aseguradora reclamando se le suministre información y documentación complementaria, la sentencia claramente expone que el actor desde su primera

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

comunicación a la aseguradora le hizo saber que la documental debía ser requerida a la tomadora del seguro, que se encontraba en su legajo, poniéndolo expresamente a disposición, sin que la ahora recurrente haya invocado impedimento alguno para acceder a dicho legajo. De allí que la recurrente no se ha hecho cargo de esta argumentación

Asimismo refiere, igualmente, que conforme los precedentes "Monte" (Acuerdo N° 47 del 9-11-15) y "Muñoz" (Acuerdo N° 18 del 26-8-14) del TSJ en los cuales se impuso el inicio del cómputo de intereses desde la fecha en que el tomador del seguro había conocido la incapacidad del trabajador, con lo cual y con cita de otros casos de la misma alzada del interior, considera que debe confirmarse lo resuelto en origen

Así, propone desestimar ambos recursos, con costas.

Voto del Dr. FURLOTTI

Adhiere al voto de su colega.

Por ello la Cámara rechazó la apelación, con costas.

IV) FUNDAMENTACION DEL RECURSO DE NULIDAD EXTRAORDINARIO. SENTENCIA QUE CARECE DE FUNDAMENTACION ADECUADA. SENTENCIA ARBITRARIA

Sobre la base de los pilares analizados precedentemente, corresponde adelantar que la resolución aquí cuestionada vulnera acabadamente los recaudos de motivación[1] exigidos por los arts. 238 de la Constitución Provincial y 34, inc. 4º y concordantes del CPCC, en esencia, por cuanto más allá de la extensión del pronunciamiento y los precedentes judiciales citados en el mismo, la fundamentación dada a la decisión jurisdiccional resulta ser aparente, general y abstracta, sin anclaje en las constancias de autos, dando lugar a si a un supuesto de sentencia arbitraria.

Pues bien y en este aspecto consideramos que la sentencia de Cámara, resulta NULA por carecer de motivación suficiente, toda vez que la misma padece del vicio repudiado por la Constitución Provincial en el art. 238 en cuanto dispone "…*Las sentencias deben ser motivadas bajo pena de nulidad*…" y en el art. 18 de la Ley Provincial N° 1406 "…*cuando el pronunciamiento de las Cámaras de Apelación hayan*

[1] CSJN, *Fallos*, 307:639 y 320:2509. Como se ha graficado con lucidez, "la motivación (suficiente) -en cuanto justificatoria de una decisión- es el santo y seña de cualquier proceder razonable, o sea la única garantía para proscribir la arbitrariedad" (CNFed Cont. Adm., Sala I, *Mattera, Marta del Rosario c/ Consejo de la Magistratura Nacional Resolución 399/01*, 20/11/2003, con cita de Igartua Salaverría, Juan, *Discrecionalidad técnica, motivación y control jurisdiccional*, Civitas, Madrid, 1998, p. 13).

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

omitido lo preceptuado por el artículo 166º (hoy art. 238) segundo párrafo de la Constitución Provincial…"

Desde antaño V.E. ha señalado que es deber de los jueces fundar toda sentencia definitiva o interlocutoria, bajo pena de nulidad, respetando la jerarquía de las normas vigentes y el principio de congruencia[2] y que dicha obligación implica la aplicación del ordenamiento jurídico vigente, cualquiera sea la posición racional o afectiva del juzgador hacia la solución del caso"[3].

El a quo ha incumplido con uno de los deberes constitucionales más elementales e importantes que los jueces deben celosamente observar, el cual consiste en solucionar los conflictos que se someten a su conocimiento mediante la aplicación de normas jurídicas vigentes, es decir, existentes y de cumplimiento ineludible por parte de los ciudadanos.

Cuando esto no sucede, el decisorio que emana de la autoridad judicial implica una mero acto de voluntad arbitrario y autoritario que jamás podría ser catalogado como "sentencia", por configurar una violación patente al principio de juridicidad en el obrar estatal.

La exigencia de motivación procura que las decisiones judiciales no resulten puros actos de voluntad o fruto de meras impresiones de los jueces, sino que sean consecuencia de la consideración racional de las pruebas y de las normas vigentes que resultan aplicables al caso.

La motivación se erige así como la explicitación de la causa en el caso concreto; esto es, la declaración de cuáles son las expresiones de las razones o circunstancia de hecho y de derecho que ha llevado a dictar el acto, y se halla contenida dentro de los considerandos. Aparece como una necesidad tendiente a la observancia del principio de legalidad de la actuación de los órganos estatales".[4]

Todo ello impone la necesidad de declarar la nulidad absoluta e insalvable del acto jurisdiccional atacado, en cuanto resolvió arbitrariamente desestimar las dos quejas introducidas contra el pronunciamiento de origen: defensa de exclusión de cobertura opuesta respecto al progreso de la pretensión de cobro de indemnización prevista

---

[2] AC 29/98 "LOWENTAL LUDOVICO C/AGROLOTE S.A. Y OTROS S/DAÑOS Y PERJUICIOS" (Expte. 459/97).

[3] RI 119/98 "CERÁMICA ZANÓN C/CALF S/COBRO ORDINARIO DE AUSTRALES" (Expte. 70/94).

[4] C.N.C.A.F., Sala IV, 7/5/96 "SA de Exportaciones Sudamericanas-SADESA.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUEN

en el seguro de vida colectivo adicional y fecha de inicio del cómputo de los intereses (común a ambos seguros).

IV.1.) Agravio referido a existencia de motivación aparente al declarar ineficaz la cláusula contractual N° 7 de la póliza adicional, que excluye de cobertura a las psicológicas y/ psiquiátricas.

Mediante este carril impugnatorio se cuestiona, únicamente respecto al seguro de vida colectivo adicional, que se hubiera incluido en el cómputo final de incapacidad a la afección psíquica- psiquiátrica diagnosticada por la perito psicóloga (40%), cuando la misma estaba expresamente excluida de cobertura; con lo cual no debía sumarse en la cuenta global de incapacidad (cálculo que debe realizarse conforme los términos de la sentencia recurrida, es decir, capacidad restante sin factores de ponderación).

La cláusula 7° de la póliza adicional establece "…*Exclusiones especificas: …quedan excluidas de la cobertura…patologías psiquiátricas y/o psicológicas*…".

1) Argumentación genérica no es motivación debida.

En este punto, si bien la Cámara invoca diversos argumentos y precedentes para considerar que la afección psiquiátrica/psicológica debe ser ponderada a los fines de determinar el estado de invalidez del actor, más allá de que el contrato de seguro de vida colectivo adicional diga lo contrario, la argumentación desarrollada por los magistrados es generalista, dogmática y carente de sustento o anclaje en las particularidades de la causa, situación que torna al fallo arbitrario.

Es que, a poco que se repasen los argumentos dados por el a quo para resolver como lo hizo, V.E. advertirá que los mismos son tan genéricos que pueden justificar la declaración de invalidez de cualquier cláusula que delimite o excluya un determinado riesgo de la cobertura pactada en cualquier póliza o ramo, de forma tal que si dicho razonamiento sirve para justificar cualquier decisión, no justifica ninguna en particular, de allí que la motivación empleada sea "aparente", y por tanto arbitraria, dado que no se condice con las constancias o particularidades de esta causa.

Ello así, ya que bien es sabido que las sentencias tienen que resolver "casos" en particular, mas no es función del juez brindar soluciones mediante fórmulas generales –lo cual resultaría propio del legislador- aplicables a cualquier contienda judicial.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

En este sentido, estimamos que la resolución recurrida no satisface la exigencia de fundamentación, pues se sustenta en afirmaciones dogmáticas de una solución jurídica, desprovista del debido examen razonado de las circunstancias del caso y de los términos en que se planteó la cuestión debatida en el proceso, la cual la torna arbitraria (dictamen del Procurador General al cual adhiere la CSJN en Fallos: 345:175)

"…*Dados los términos en que la cuestión estaba planteada, aprecio que el tratamiento que le deparó el a qua no es suficiente para constituir una respuesta fundada, es decir, la expresión de un razonamiento que sea una derivación razonada del derecho vigente en relación con las circunstancias probadas de la causa*…" (CSJN Fallos: 345:175 Fallos: 326:3180; 329:513; 1541).

Y en este punto, nótese que frente a la existencia de la cláusula que excluye de la cobertura pactada a un determinada y concreta patología, no se ha invocado y por tanto demostrado por parte de los magistrados –menos aún por el actor- los extremos fácticos o razones de hecho que en el caso les permiten sostener que aquella cláusula –que se relaciona directamente con el objeto del contrato y la ecuación económica financiera del mismo- resultaba desnaturalizante de la cobertura asumida por la aseguradora o, en términos tajantes como se sostuvo en el fallo estaría "…*negando la propia existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional*…"

Es que ante la inexistencia de norma constitucional o legal alguna que impusiere, en forma indisponible, que el contenido del contrato debería prever dentro del riesgo cubierto a la patología psicológica y/o psiquiátrica (por ejemplo: LRT donde el contrato de afiliación no puede prever una cobertura menor o diferente a la del régimen legal; Seguro Obligatorio Decreto 1567/74; etc.), teniendo en cuenta, por el contrario, que el tomador al redactar el pliego (de naturaleza reglamentaria o normativa) de la Licitación Pública 044/2011 para la contratación de la provisión de los seguros aquí reclamados, fue quien estipuló la exclusión aquí opuesta, la cual forma parte obligatoriamente de las condiciones especiales y generales de la póliza a emitir[5]; con lo cual no se explica concretamente en la sentencia porque motivo, razón o circunstancia "razonable" el seguro adicional – de contratación voluntaria por el trabajador- debe incluir en su objeto a patologías psicológicas o psiquiátricas; o dicho de otro modo, que resulta ilegal o abusivo que solo cubra afecciones físicas.

[5] "…*sin perjuicio de las demás condiciones generales y particulares de estilo que la aseguradora que resulte adjudicataria incorpore a las mismas,* ***sin derogar ni sustituir ni modificar el contenido, alcance y sentido de las previstas en Anexos I y II…"*** (apartado –B- Pliego de condiciones generales, art. 1),

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

El fallo se erige o sustenta de este modo en premisas falsas –que debe asegurarse o cubrirse las patologías psicológicas y/o psiquiátricas- y en afirmaciones no probadas –que la exclusión de aquellas desnaturaliza o desbarata los derechos del actor-, todo lo cual torna nulo al pronunciamiento aquí cuestionado.

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*)…*”*.

De esta manera y en este contexto, 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 del pliego licitatorio que le da causa; y ante una previsión contractual que regula el caso, debe el juez aplicarla; si no lo hace, tiene que demostrar o dar cuenta de los motivos de hecho y derecho que lo llevan a no hacerlo, caso contrario se incurre en arbitrariedad, ya que sería el magistrado quien determinaría el objeto contractual, lo cual es írrito a la razón.

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.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Los aseguradores no están obligados a cubrir riesgos. Menos aún están obligados a cubrir todos los riesgos y en todas sus formas o medidas.

Y cuando celebran un contrato aceptando dar coberturas a algunos riesgos y no a otros, esa decisión debe ser respetada, salvo violación de la ley, que en el caso hemos visto no sucede, dado que no existe ninguna norma que imponga que en el supuesto de autos debe ponderarse la invalidez psicológica o psiquiátrica dentro del riesgo asegurado en la póliza adicional.

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.

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 que hacen al objeto del contrato, 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, y excluyendo la incapacidad psicológica, la física diagnosticada no llegaba al 66%, es decir es parcial.

Tampoco puede considerarse ineficaz o dejar de aplicarse una determinada cláusula por la circunstancia de resultar adversa a la pretensión del actor. Eso es arbitrario.

2) <u>Rige la doctrina “Cifuentes” del TSJ y “Almeida” de la misma Alzada. Argumento inaplicable.</u>

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

En efecto, conforme documentación agregada en autos - solicitud de seguro individual adjuntada al contestar la demanda junto con anexos de póliza, todas suscriptas por el actor y reconocida por éste- al contratar el seguro adicional con mi mandante en fecha 25/4/2016, aquel se anotició o informó debidamente del contenido de la póliza dado que en los anexos de aquel formulario constan las cláusulas que conforman el contrato.

De esta forma, resulta incorrecto afirmar que el trabajador no sabía lo que estaba contratando o que él creía que contrataba una determinada cobertura cuando en realidad era otra. No, esto es falso. El Sr. Clause, sabiendo que las afecciones

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

psicológicas estaban clara y expresamente excluidas de cobertura, igualmente accedió a contratar el seguro pagando 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" 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 el actor 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:

"…**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**

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

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…"[6] (el resaltado me pertenece)

La parte 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 otro lado, ha sido el propio TSJ el que ha considerado que los fallos que hicieron lugar a la defensa de exclusión de cobertura con sustento en la cláusula aquí invocada, no resultaban arbitrarios y por tanto declaró inadmisibles los embates efectuados contra aquellos. 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.

No se escapa a esta parte que en aquellos "casos" la afección psicológica resultaba ser la mayor invalidante, pero lo cierto es que en este proceso, **el**

[6] Juzgado Laboral N° 6, Neuquén capital, **"CID ROSA C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD - Expte. N° 510731/2017", sent. del 8/5/19**

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

porcentaje de incapacidad psicológica también lo es, ya que representa el 40% del total, siendo el primero utilizado por la Cámara para arribar a la invalidez psicofísica del 74, 98%[7] que se le asigna al actor; de forma tal que es importante y decisivo para la suerte de la causa, ya que la invalidez física del 58% determinada por perito médico, sin factores de ponderación, por si sola lejos está de alcanzar el mínimo indemnizable para ser considerada total. Es decir, no estamos en presencia de un supuesto "fronterizo" o "dudoso" en el cual falten algunos puntos de incapacidad para llegar al mínimo.

3) <u>Tercer argumento: función social del seguro, carácter tuitivo, interpretación literal.</u>

La Cámara sostiene que en virtud de las directrices referidas, corresponde apartarse de los términos de la póliza ya que la exclusión de cobertura de la patología psiquiátrica atentaría contra aquellos valores que serían, en escala valorativa propia de los magistrados, superiores y por tanto se imponen por sobre lo pactado y firmado.

Recientemente en 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*

[7] Afirma la Dra. Barroso en la sentencia"…*Consecuentemente y aplicando la fórmula de la capacidad restante, comenzando por el mayor porcentaje de incapacidad (40% psicológica) y siguiendo con los restantes porcentajes de incapacidad determinados por el perito médico, arribo a una incapacidad del 74,98% de la TO, sin factores complementarios, acreditándose en estos términos el riesgo cubierto, aún sin esos factores*…"

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUEN

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**…"[8].

Desde esa perspectiva, el Dr. Rosenkrant en su voto en la causa "Diaz"[9] 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).

---

[8]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

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

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Y, en este sentido resulta, siguiendo el voto del Dr. Rosenkantz en la causa "Díaz" y la doctrina de los fallos "Buffoni"[10] y "Flores"[11] 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.

Es efectivamente cierto que la persona humana es un ser singular, pero esa circunstancia no priva ni impide que puedan determinarse o dividirse las afecciones o patologías que lo afectan y darles un tratamiento distinto según el caso.

La afección psiquiátrica es perfectamente delimitable, y por tanto, perfectamente posible de pactar, 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.

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. El actor 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 el Sr. Clause estaba anoticiado 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.

---

[10]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".**

[11]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: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

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 el actor 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 el actor percibe ingresos vía su trabajo (no se probó la baja), con lo cual tal afirmación resulta ser meramente dogmática.

Asimismo, en este caso tampoco se comprobó que el actor 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 de no regresión. Acá la cobertura otorgada desde el 25/4/2016 - fecha en que el actor ingresó al seguro adicional por primera vez- fue siempre la misma, y el Sr. Clause lo sabía.

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.**

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: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

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.

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, el actor jamás tuvo contrato de seguro colectivo que asegurara tal patología, con lo cual no se trata de una situación imprevisible para el Sr. Clause o sorpresiva.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

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.

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 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 sin la incapacidad psiquiátrica/psicológica no se llega al 66% (dado que corresponde excluir factores de ponderación tal y como hizo la Cámara y solicitó esta parte), 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:

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

"*…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 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.

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).

En tal aspecto, es nuestra opinión que la sentencia recurrida no satisface sino en forma aparente la necesidad de ser derivación del derecho vigente, con adecuada referencia a la norma aplicable, por lo que corresponde atender los agravios de esta parte en cuanto a la arbitrariedad que le imputamos a lo resuelto (CSJN Fallos: 318:1151).

Cabe recordar que la Corte ha señalado reiteradamente que es condición de validez de los pronunciamientos judiciales que sean fundados y constituyan derivación razonada del derecho vigente con aplicación a las circunstancias comprobadas de la causa y consideración dé las alegaciones decisivas formuladas por las partes, exigencia que procura esencialmente la exclusión de decisiones irregulares que afecten el adecuado servicio dé justicia (Fallos: 329:3488; 330:2134 y 4930).

Tal es, precisamente, el caso del fallo recurrido, en tanto adolece de vicios que lo descalifican como pronunciamiento judicial válido en los términos de la doctrina reseñada: el razonamiento empleado por los magistrados se encuentra desprovisto

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

de sustento pues prescinde de la solución legal actual prevista para el caso, cual es la establecida en la Ley de Seguros, conforme hemos desarrollado.

De ahí que se solicita la declaración de nulidad del fallo, conforme los términos expuestos.

Por ello, se solicita se haga lugar al presente agravio, se nulifique 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 sin factores de ponderación, la incapacidad física no llega a ser total, permanente y absoluta, con costas.

IV.2) Agravio referido ambos seguros: de la fecha de inicio cómputo intereses

De igual forma- falta de motivación- se evidencia el actuar erróneo de la Cámara al determinar la fecha de inicio del cómputo de los intereses

A los fines de abordar el presente tema, comenzaremos poniendo de relieve que estamos en presencia de un reclamo en el cual se pretende obtener el pago de una prestación contractual, es decir hay un contrato de seguro de base.

En segundo orden de ideas, dable es referenciar que en este caso el daño y/o la invalidez –riesgo asegurado- no fue causada por el empleador o la aseguradora, sino que ello es indistinto: no estamos en presencia de un obrar antijurídico que generó el daño (incapacidad), como podría ser un supuesto de accidente de tránsito o accidente laboral.

Esto es importante de establecer: contrato y ausencia de antijuridicidad en la causación de la incapacidad, dado que a partir de allí podrá entenderse que la mora por la que debe responder, en todo caso, la aseguradora es por la generada a través o con causa en su supuesto incumplimiento contractual, hecho este que se sitúa al momento del pago (art. 49 LS y concordantes).

Es decir, la mora de la aseguradora debe situarse en el momento en que debió pagar y nunca antes, ya que hasta ese momento no hay incumplimiento alguno por parte de la demandada, ergo jamás podría válidamente cargar con la imposición de intereses moratorios previos.

Así se ha dicho que los intereses moratorios "…*son aquellos que se deben en caso de mora del deudor en el cumplimiento de su obligación. el deudor, con su incumplimiento, priva ilegítimamente al acreedor de su derecho a percibir un capital y, como consecuencia de ello, se encuentra obligado a reparar el perjuicio*

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

ocasionado. los intereses moratorios, en consecuencia, constituyen la indemnización de tal daño y requieren para su admisión que el incumplimiento le sea imputable al deudor. En el Código de Vélez se encontraban regulados en el art. 622, y en el CCyC por el art. 768 que sienta similar principio al previsto en la legislación derogada ("A partir de su mora el deudor debe los intereses correspondientes...")…"[12].

La ley de seguros indica –art. 49, 50 y 51- que la aseguradora debe pagar la indemnización en un determinado plazo, ergo cumplido ese término y no habiendo aquella abonado la prestación, incurre en mora, ya que allí hay incumplimiento.

El artículo 49 segundo párrafo establece:

"*…En los seguros de personas el pago se hará dentro de los quince días de notificado el siniestro, o de acompañada, si procediera, la información complementaria del artículo 46, párrafos segundo y tercero…*"

El artículo 51 dice

"…Mora del asegurador: El asegurador incurre en mora por el mero vencimiento de los plazos…"

Nos preguntamos ¿a qué plazos se refiere el artículo 51? Evidentemente, a los previstos en la "SECCION XII Vencimiento de la obligación del asegurador", en la que se encuentra, precisamente, la norma del artículo 49 antes citada.

Ello es conteste con la manda del art. 871 inc. b), Cód. Civ. y Com., en cuanto dispone que si hay un plazo determinado "cierto o incierto" el pago debe hacerse "el día de su vencimiento". En ambos supuestos, entonces, la mora opera automáticamente "por el solo transcurso del tiempo fijado para su cumplimiento". Pero para que haya pago, en este caso, previamente el asegurado debe cumplir con las cargas informativas, sino no puede darse el supuesto en cuestión.

Este es, precisamente, el criterio de la Cámara de Neuquén capital, conforme surge de la sentencia de fecha 27/5/2019 emitida por la Sala II "**GONZALEZ MARTA C/SMG LIFE SEGUROS DE VIDA S/COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD", (JNQLA2 EXP Nº 450249/2011), en la cual se dijo:**

"…En forma coincidente se han pronunciado las tres Salas de esta Cámara de Apelaciones y, puntualmente, esta Sala en su anterior composición ha

[12] Herrera-Carmelo-Picasso "Código Civil y Comercial de la Nación Comentado", T.III, p. 56. Ed. Presidencia de la Nación

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

dicho que: "En autos la demandada solicitó esta información complementaria (constancia de que la resolución judicial de la Cámara de Apelaciones en todos los Fueros de Zapala se encontraba firme), por lo que el plazo de pago recién comenzaría a correr cuando se acompañara esta documentación o, como se hizo mediante carta documento de fs. 12, se rechazara la pretensión de la aseguradora.- Por ende resulta correcto la fecha de inicio del cómputo de los intereses determinada por el a quo ya que fue solamente en ese momento (12 de febrero de 2012) y no antes, que se rechazó la pretensión de la demandada y se la colocó en mora..." ("PINCHEIRA VANESA C/ SMG LIFE SEGUROS DE VIDA S.A S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA", expte. nº 468325/2012, 2 de diciembre de 2014)…".

En dicho precedente se concluye que la obligación de la aseguradora tiene plazo determinado pero incierto, con lo cual se rige su mora por el régimen de las obligaciones a plazo.

Hasta hace poco tiempo atrás, también era el criterio de la Cámara del Interior: "Cruces Seguel" y "Cayul", entre otros al respecto:

"*…Y aquí resulta menester destacar un dato decisivo para este caso concreto y que está contenido en la norma del artículo 56 LS: el asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del asegurado dentro de los treinta días de recibida la información complementaria prevista en los párrafos 2º y 3º del artículo 46, por lo que el plazo que el apelante tenía para pronunciarse respecto del siniestro, vencido el cual se presume la aceptación del mismo, nunca comenzó a correr dado que el asegurado no cumplimentó con la obligación de información que a su cargo impone el artículo 46.2. de la LS sin que la actora haya invocado los motivos por los cuales quebrantó la carga legal impuesta, que tampoco puede considerarse maliciosa en los términos del artículo 48 LS. Desde esta perspectiva, lleva razón en mi opinión la recurrente en cuanto a que el cómputo de los intereses moratorios debe principiar a partir del 18 de agosto de 2016 (fs. 72), fecha de presentación de la contestación de demanda en la que la Aseguradora se pronunció en forma negativa respecto del de la actora, toda vez que luce no ajustado a derecho imponerle intereses sin que se encuentre en mora en el cumplimiento de su obligación (artículo 622 del Código Civil)…*"[13].

[13]CAI, Sala II CRUCES SEGUEL ELIANA ROSA C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expte. N. 32916 Año 2016, sent. del 7/3/18; **CAYUL ELBA C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA"** (Expte. N. 31881 Año 2016), sent. del 26-7-2018

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

En este caso, al no haberse cumplido con el pedido de información complementaria, la mora debía situarse en la fecha en que se contestó la demanda, dado que recién allí la demandada evidenció su voluntad de rechazar el reclamo.

Mi mandante tiene el derecho y la facultad legal y contractual de controlar si se dan los recaudos pertinentes para el pago del siniestro y de auditar con los respectivos especialistas de acuerdo a las patologías denunciadas como invalidantes a los efectos de evaluar el real estado de salud de la asegurada (art. 46, 47, 46, 56 y concordantes Ley de Seguros; artículos 9, 10, 11, 12 de la póliza contratada), para luego expedirse en uno u otro sentido expresando las razones que en cada caso motiven la decisión.

La mora- enseña Pizarro[14]- presupone una prestación exigible pero retardada en su ejecución temporal por causas imputables al deudor. Uno de sus presupuestos, continúa exponiendo el autor citado, consiste en la cooperación del acreedor:

"…En numerosas obligaciones pesan sobre el acreedor distintos deberes especiales de cooperación, también llamados cargas, con sustento en el principio de la buena fe (art. 9, Cód. Civ. y Com.) y en el ejercicio regular de los derechos (art. 10, Cód. Civ. y Com.), que tienen por objeto posibilitar que el deudor pueda cumplir conforme a los términos de la relación existente. A veces, la propia liberación del deudor depende del cumplimiento de esos deberes (así, por ejemplo, cuando el acreedor debe suministrar los materiales para que el deudor realice una obra, o hacerse presente en un lugar determinado a recibir la cosa). En tales supuestos, la falta de cooperación del acreedor puede obstar a la configuración de la situación jurídica de mora. Para que el retraso pueda ser imputable (subjetiva u objetivamente) al deudor, es presupuesto indispensable que el acreedor realice los actos de cooperación necesarios para que aquél pueda cumplir. La falta de cooperación impide que pueda hablarse de mora, por falta, precisamente, de uno de sus presupuestos, sin perjuicio de que, además, bajo ciertas condiciones, pueda ser apta para provocar la mora del acreedor….

Pues bien, estas consideraciones son claramente trasladables al caso: el actor en su rol de acreedora/asegurada, debía cumplir con la información complementaria solicitada (a título de carga y colaboración), para que la aseguradora ejerza sus derechos de base legal y contractual de verificación y se pueda expedir al respecto. Si esto no sucede, mal puede considerarse que la aseguradora deba afrontar intereses

[14] Nota publicada en Diario La Ley, AÑO LXXX Nº 49, DIRECTOR: JORGE HORACIO ALTERINI, Tomo La Ley 2016-b, de fecha 14 de marzo de 2016, "La mora del deudor en el Código Civil y Comercial Ramón" D. Pizarro

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

moratorios desde la fecha en que la asegurada le informa su estado de invalidez al tomador. Este hecho no genera mora alguna de mi mandante.

Asimismo, tal y como se hizo notar en instancias anteriores, ratificar lo resuelto por la Cámara implicaría no solo convalidar el incumplimiento de la ley y de los deberes de buena fe que deben respetar y honrar inclusive los asegurados en el marco de una relación asegurativa sino también generar un enriquecimiento sin causa a favor de la actora, por cuanto conforme hemos expuesto la aseguradora no causó el daño –incapacidad- sino que su ilícito, en caso de haber existido- se configuró cuando rechazó el siniestro, lo que aconteció por el propio obrar de la actora, al contestar la demanda.

Por otro lado, vale la pena recalcar que en el precedente "Monte" (Acuerdo n° 47 del 09/11/2015, TSJ), y en "Muñoz" (Acuerdo n° 18 del 26/08/2014, TSJ), no se explicaron los motivos por ls cuales se fijó la fecha de mora en *"…la época en que la tomadora tuvo conocimiento de la incapacidad que padecía el actor…"*, situación que no justifica seguir dicho criterio ante el texto expreso de la ley que indica una solución diferente.

Con todo ello, queda en evidencia que la respuesta dada por la Cámara a los agravios expresados en la apelación no tuvo por finalidad ni efecto explicar los motivos por los cuales se situó la mora en el día en que denunció el siniestro, independientemente de que lo fuera ante la aseguradora o el tomador, ya que ello es indistinto en atención al contenido de la queja recursiva llevada ante la Alzada, sino simplemente en desatenderse de aquel planteo[15].

Todo justiciable tiene el derecho a obtener una resolución fundada; a conocer porque su juzgador ha resuelto de la manera que lo ha hecho; a obtener una decisión ajustada a derecho y no un compendio de jurisprudencia y doctrina aunado a conceptos ajenos a las constancias de la causa.

Conteste con lo aquí sostenido, la jurisprudencia nacional ha indicado que *"El juzgador debe dar razones suficientes para evitar que la prelación de unas probanzas sobre otras represente el ejercicio de su sola voluntad"* [16].

[15] V.E. en "Baldes" (Expediente JZA1S1 N° 42.785 – Año 2019), mediante R.I. N° 1/2022 declaró la admisibilidad de recurso de casación por este agravio, junto con otros –suma asegurada y exclusión patología psicológica y/o psiquiátrica-, conforme surge de aquel pronunciamiento.
[16] SCBA, el Dial-W14EA5, 21/11/2001.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
Virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Asimismo, la doctrina tiene dicho que *"La exigencia de motivación -y de una cierta motivación, no de cualquiera- no es una mera exigencia técnica; es mucho más que eso…, recordando a los lingüistas, la motivación es una necesidad humana, consustancial a nuestra distintiva condición de entes de razón. Esto es ya por sí sólo suficiente, pero, por si pareciera muy abstracto el argumento, importa recordar que todo poder público es un poder funcional como poder otorgado en consideración a intereses ajenos a los de su titular; es un poder, por lo tanto, obligado a justificarse en su ejercicio, a dar cuenta cumplida de éste. Al dominus negotii no le basta, como es obvio, cualquier explicación que su mandatario convenga en darle en el momento de la obligada rendición de cuentas; éstas han de ser, en todo caso, debidamente justificadas"* [17].

En efecto, *"El Estado democrático de Derecho, en cuanto idea regulativa, significa el sometimiento del Estado, del poder, a la razón, y no de la razón al poder. El Derecho es precisamente el instrumento -o uno de los instrumentos- de racionalización del poder. Esa idea tiene como necesaria consecuencia que las decisiones de los órganos públicos no se justifican simplemente en razón de la autoridad que las dicta; además se precisa que el órgano en cuestión aporte razones intersubjetivamente válidas, a la luz de los criterios generales de la racionalidad práctica y de los criterios positivizados en el ordenamiento jurídico (estos últimos no pueden consistir en otra cosa que en concreciones llevadas a cabo dentro de la esfera de lo posible -lo no prohibido- de acuerdo con el discurso práctico general. Su presupuesto, obviamente, es una concepción suficientemente amplia de la razón, o sea, el postulado de que la razón no es únicamente razón instrumental o estratégica, sino también razón respecto de los fines, razón práctica"* [18].

Así, *"la motivación aparece como una necesidad tendiente a la observancia del principio de legalidad en la actuación de los órganos estatales y que desde el punto de vista del particular o administrado traduce una exigencia fundada en la idea de una mayor protección de los derechos individuales, ya que de su cumplimiento depende que el administrado pueda conocer de una manera efectiva y expresa los antecedentes y razones que justifiquen el dictado del acto"* [19].

---

[17] FERNÁNDEZ, Tomás Ramón, "De nuevo sobre el poder discrecional y su ejercicio arbitrario" (*Revista Española de Derecho Administrativo*).
[18] ATIENZA, Manuel "Sobre el control de la discrecionalidad administrativa. Comentarios a una polémica" (*Revista Española de Derecho Administrativo* N° 85, Año 1995, p. 5).
[19] CASSAGNE, Juan Carlos, *Derecho Administrativo*, t. II, ps. 149 y ss., Abeledo Perrot, 5ª ed. actualizada, Buenos Aires, 1996.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUEN

Como se ha dicho, la motivación de los actos estatales y en particular, los de estirpe jurisdiccional, no resulta un problema de mera forma sino de estricto fondo, ya que se relaciona con el mismo contenido de lo que el acto dispone, por cuanto una inadecuada motivación o su ausencia, generan una disfunción entre lo que se está decidiendo y los fundamentos para arribar a tal decisión.

Así, el razonamiento jurídico no constituye una demostración formal, sino una argumentación que busca persuadir y convencer a aquellos a quienes se dirige de que la elección que ha sido efectuada es adecuada por ser legamente correcta, valiosa y congruente con el sentido común. Por lo tanto, la prueba debe apreciarse conforme a las reglas de esa lógica específica, de las máximas de la experiencia y del sentido común. Luego, al dictar sentencia, el juez deberá expresar el proceso intelectual que seguido para arribar a determinada conclusión. Tal deber de fundar es esencial en el proceso para no afectar la garantía de la defensa en juicio y el principio de no contradicción[20].

Por lo demás, vuestro Alto Cuerpo se ha servido exponer que *"en los artículos 34, inc. 4º, y 271 del C.P.C. y C, se especifica, que toda sentencia debe ser con arreglo a derecho, conteniendo la decisión expresa, positiva, precisa y fundada, bajo pena de nulidad. Esta falta de fundamentación respecto al método utilizado para llegar a la conclusión arribada impide a las partes el conocimiento de ese tema y en consecuencia, no pueden controlar la legalidad del procedimiento empleado ni verificar la logicidad del razonamiento del juzgador"* y que *"toda sentencia no sólo debe resolver la cuestión sometida a su decisión; también debe llevar al ánimo de los litigantes la convicción de que han sido considerados todos los aspectos de aquélla. Y eso se consigue con la motivación de la sentencia, o sea, la exposición de los fundamentos que han determinado la decisión, lo cual, por otra parte, hace a la esencia del régimen republicano, en el que el Juez ejerce la jurisdicción por delegación de la soberanía que reside originariamente en el pueblo y, en el que éste tiene derecho a controlar sus actos"*, para finalmente concluir que *"la motivación de la sentencia constituye el conjunto de razonamientos, de hecho y de derecho, en los cuales el juez apoya su decisión y que se consignan como garantía de justicia a la que se le ha reconocido raigambre constitucional, entendiendo que motivar es fundamentar, exponer los argumentos tanto fácticos como jurídicos que justifican la resolución"* [21].

[20] DE LOS SANTOS, *El juez frente a la prueba*, JA, 1996-I-652.
[21] TSJ NQN, Sec. Civil, "Dommage Rosalía S/ Sucesión Ab-Intestato" (Expte. Nº 566-año 2002), Acuerdo Nº 58, 29/11/2005.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

De lo dicho hasta aquí resulta elocuente la infracción a la obligación constitucional de motivar en la que ha incurrido el fallo atacado, lo cual deriva en la necesidad de proceder a su declaración de nulidad, con fundamento en la abierta violación al art. 238 de la Constitución Provincial y 34 inc. 4º y concordantes del CPCC.

Por lo expuesto, se solicita se haga lugar al presente agravio casando la sentencia impugnada e imponiendo los intereses moratorios desde el día en que se contestó la demanda en este proceso, con costas.

V) MANTIENE RESERVA DEL CASO FEDERAL.

Cualquier solución que se diera a esta causa, dejando de lado los argumentos vertidos en los recursos que anteceden, importará un cercenamiento de los derechos de rango constitucional de propiedad, igualdad ante la ley, debido proceso legal, defensa en juicio de nuestra parte, defensa de la competencia y evidente arbitrariedad. Por dicha causa se deja planteada la cuestión constitucional a los fines del eventual Recurso Extraordinario Federal para ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación (ley 48), por violación de los artículos y 14, 16, 17, 18, 31, 33, 43 y correlativos de la Constitución Federal.

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.)

VI) PETITORIO.

Por todo ello solicito:

A la Excma. Cámara que:

Tenga por interpuesto el recurso extraordinario de casación por nulidad extraordinaria, 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:

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Haga lugar al recurso de casación de nulidad extraordinario y modifique la sentencia en lo que ha sido materia de agravios, con costas.

Tenga presente la reserva del caso federal.

Proveer de conformidad que,

SERÁ JUSTICIA.

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

Macro

BANCO MACRO S.A. FECHA 06/05/2022

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: CLAUSE VICENTE

CUIT: 30500014047

CBU 0970043753009798980015

TRAMITE. 0

IMPORTE $ 40429.60

S.E.U.O.

PODER JUDICIAL PROVINCIA DE NEUQUÉN Archivo Mesa de entradas virtual

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966



BPN

Comprobante de Saldo

Información de la cuenta

Cuenta:	979898/1
CBU:	09700437-53009798980015
Juzgado:	CAM DEL INT PCIAL - ZAPALA
Expediente:	CZACI-EXP-44797-2019
Carátula:	CLAUSE VICENTE C/ SANCOR COOPE
Sucursal:	DELEG. CIUDAD JUDICIAL
Fecha y Hora de consulta:	19/05/2022 12:12:02
Reporte generado por:	Quiles, Luis Angel

Consulta de Saldo

Saldo: **$ 40.429,60** al 19/05/2022

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

Código de seguridad:

MaxtO00Z0tVTXYgit/PUJzBPrBxvxJTY0bMJQnU9yBFjBoMA6PwN5LhkbaOf9MCgJAxZYHYdEgm5kpxfHL9FPOvwZcIE8zze

© Copyright **BPN S.A** | 0-800-999-3338

Fecha de Ingreso: 19/05/2022 12:15 | Fecha del Cargo: 19/05/2022 12:15 | Firmado por LUIS ANGEL QUILES - Número: 966

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

AUTOS:"CLAUSE VICENTE c/ SANCOR COOPERATIVA DE SE – GUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expte Nº 44797 – Año 2019).

OBJETO: CONTESTO TRASLADO RECURSO DE CASACIÓN – SOLICITO ELEVACIÓN TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA PROVINCIA DE NEUQUÉN.-

EXCMO. TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA:

Guillermo Alejandro Ortiz Guiñazú, abogado, en el carácter acreditado en autos, con domicilio procesal constituido por ante el Excmo. Tribunal Superior de Justicia de la Provincia del Neuquén, en calle Catriel Nº 190 (Estudio Fernández Ferro) de Neuquén Capital, y casilla electrónica principal en za90, ante V.E. respetuosamente me presento y conforme a derecho digo:

I.- Objeto:

Vengo por la presente en tiempo y forma, conforme lo dispuesto por el artículo 3º de la Ley 1406, a contestar traslado del recurso de casación, interpuesto por la parte demandada, Sancor Cooperativa de Seguros Limitada, el que fuese concedido mediante providencia de fecha 20 de mayo año 2022, notificada electrónicamente a esta parte con fecha 24 mismo mes y año, solicitando desde ya se declare preliminarmente su inadmisibilidad, por no cumplir la quejosa las prescripciones legales dispuestas en la ley casatoria, como así también su rechazo total de los agravios impetrados, por resultar los mismos improcedentes, todo ello con expresa imposición de costas a cargo de la recurrente.

II.- Inadmisibilidad del recurso interpuesto por incumplimiento de las prescripciones legales:

Se solicita a V.E. que al momento de efectuar el examen preliminar prescripto por el artículo 5º del ritual se resuelva la inadmisibilidad

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

del recurso extraordinario de casación en traslado, atento la carencia del cumplimiento de las disposiciones exigidas por la Ley.

Así tenemos:

La recurrente no cumplió con los recaudos de admisibilidad formal a saber:

(i) La recurrente no cumplió con el recaudo de **autonomía recursiva**, dispuesto por el artículo 16º del indicado texto legal, donde se prescribe textualmente en lo pertinente:

… "*El escrito por el que se deduzca será fundado de manera autónoma y suficiente, no pudiendo limitarse a la remisión de piezas anteriores*…" (el subrayado me pertenece).

Al respecto, la pacífica doctrina del Excmo. Tribunal Superior de Justicia tiene dicho:

"*un escrito como el de análisis, exige que de su sola lectura pueda interpretarse cuáles han sido las pretensiones de las partes, cuál es el desarrollo del proceso, los resultados obtenidos en las instancias anteriores, y como se configurarían las causales denunciadas*" (Cfr. Doctrina sentada y sostenida por este Tribunal en R.I. Nros: 197/88; 213/88; 689/92; 1083/94; 1431/96; 234/2007; 159/2016; 226/2016 entre muchas otras).

Asimismo, adviértase que en el ac. III) "Antecedentes" la recurrente se refiere textualmente "*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****…"*

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

El énfasis me pertenece, toda vez que la recurrente únicamente se encuentra planteando el recurso de casación de Nulidad Extraordinario.

Dicha circunstancia denota incoherencia en la recurrente, toda vez que no puede por un lado presentar un recurso de nulidad extraordinario como única causal, y por otro lado, referirse al recurso de inaplicabilidad de ley el cual no fue desarrollado.

No obstante lo expuesto, en la especie, la recurrente ha incurrido en importantes omisiones que rebasan la presentación recursiva, y obligan a los señores jueces a tener que compulsar las demás piezas procesales del expediente, a los fines de poder arribar a su comprensión cabal y veraz, debido a la imposibilidad de establecer con toda claridad y por su sola lectura, cómo han sido las pretensiones de las partes, el desarrollo del proceso, entre otros, y es justamente lo que se quiere evitar con una presentación de la naturaleza de los actuados (extraordinaria).

Así vemos que dentro de las omisiones incurridas, y solo a título meramente ejemplificativo, podemos citar:

- Demanda: el recurrente afirma que la actora en su demanda indica que el informe médico previsional presentado por el Dr. Alejandro Gonzalez determinó que el actor padece de un 66,42% de incapacidad física, total, absoluta y permanente y agrega la quejosa -sin factores de ponderación-. Dicha afirmación es falaz.

Además, omite referirse: a la naturaleza de la relación contractual, nos encontramos frente a un contrato por adhesión con cláusulas predispuestas; nos encontramos frente a un derecho de la seguridad social, con finalidad tuitiva y protectora; cláusulas que resultan inoponibles e ineficaces a los derechos del actor como son: la exclusión de afectación psicológica y/o psiquiátrica; falta de

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

información de la parte profesional a la parte débil y vulnerable, en forma cierta, veraz, eficaz, amplia y detallada sobre los alcances del servicio que constituye el principio cardinal del derechos de los consumidores, tal cual lo prescribe el art. 42 de la Constitución Nacional.; la aplicación del art. 37 de la LDC, la no interpretación literal de los términos de las cláusulas de invalidez, siendo la interpretación correcta de tal cláusula que las incapacidades que sufra el actor no le permitan encontrarse en condiciones de **continuar** realizando las tareas que habitualmente desempeñaba y que su incapacidad sea igual o superior al 66% de la T.O.; fallos de la Suprema Corte de Justicia Nacional donde el máximo órgano de justicia del país señala que las cláusulas contractuales **no pueden ser entendidas en su expresión literal pues de lo que se trata es de establecer si el beneficiario se encuentra imposibilitado de realizar aquéllas actividades que le eran habituales u otras similares, caso contrario, el riesgo cubierto sería inexistente … (Fallos 311:1557).**

También omite señalar que al momento de contestar demanda, en el ac. de prueba, no hace mención alguna de oponerse expresamente a la pericial psicológica ofrecida por la actora.

- Sentencia de primera instancia: la recurrente afirma situaciones que no son reales, indica "*Respecto a la invalidez psicológica, afirma que no la pondera dado que la incapacidad física por sí sola es total."* No es que la juez a quo no haya ponderado la incapacidad psicológica que la experta determinó que padece el actor, sino que indica que pese a la impugnación de la demandada, la pericia surge debidamente sostenida en los conocimientos de la experta, indicando que aun descartando dicha pericia, no modifica la situación de incapacidad total del accionante, conforme así lo determina el galeno actuante. La perito psicóloga afirma que el actor padece daño psíquico, siendo un cuadro compatible con trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, con síntomas psicóticos,

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

crónico, que conforme Baremo Nacional de la Tabla de evaluación de incapacidades laborales Ley 24.241, Decreto 478/98 corresponde a reacción vivencial anormal neurótica con manifestación depresiva, Grado III, representa un 40% de incapacidad, más factores complementarios por edad: 10%; educación primaria: 7,5%. Total 47%.

-Apelación de la demandada: la recurrente omite indicar que la sentenciante afirma que la pericia médica no recibió impugnaciones. También omite indicar que la sra. juez hace lugar a la inoponibilidad al beneficiario del seguro, como el que se reclama en autos, de tipo social, de aquéllas cláusulas que tiendan a limitar la cobertura contratada. También omite hace mención a los precedentes del TSJ local y al caso “Almeida c/ Sancor”, donde se hace incapié en el derecho a la información. De allí, que considera la inoponibilidad de las limitaciones de cobertura invocada por la aseguradora.

-Contestación de agravios: la recurrente omite indicar que la actora solicitó la aplicación del art. 277 del CPCyC respecto de la pericia médica, habida cuenta que en su momento procesal no solicito explicaciones y mucho menos la impugnó, por lo que no corresponde hacerlo en esta instancia, también omitió señalar que la actora refirió, que los factores complementarios, que cuestiona la recurrente, están dispuestos en el Decreto Ley 478/98 de la Ley 24.241, lo que implica que una póliza de adhesión, como lo es el seguro colectivo de vida adicional, no puede disponer lo contrario, máxime cuando la parte actora resulta ser un consumidor/trabajador, con lo que jurídicamente y doctrinariamente ello implica (finalidad tuitiva, protectora).

- Sentencia de Cámara : omite referirse que en los precedentes “Ferreyra” y “Cifuentes”, ambos del TSJ, solamente los enuncia, en el primero de ellos el cimero tribunal provincial, **incluyó** la

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

incapacidad psiquiátrica del actor, con fundamento que estamos presente a un derecho de la seguridad social y de tinte **laboral**, por lo que siempre deben interpretarse de la forma más favorable al trabajador/consumidor. En el segundo precedente (Cifuentes), indica que 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.** También indica dicho precedente "Los contratos de seguro de vida colectivo **no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contrarién 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**", también agrega "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 las pautas establecidas por los **tratados** 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.

También omite referirse al precedente "Almeida, Jorge Omar c/ Sancor", donde se analiza el marco normativo aplicable al caso de autos, esto es la aplicación al contrato de seguro de la LDC, como así también las normas contenidas en el Código Civil y Comercial, además la aplicación de principios protectorios propios de la tutela del consumidor, que continúa vigente la protección constitucional del artículo 42, siendo la Constitución Nacional la fuente principal, el derecho de los consumidores tiene carácter de ius fundamental, la aplicación del artículo 37 LDC , el que se refiere a la interpretación, teniendo por **no convenidas a las cláusulas que desnaturalicen las obligaciones o limiten responsabilidad por daños**, que **no se**

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

discute la naturaleza social y laboral del seguro colectivo de vida, que la **exégesis del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor, tener presente el carácter de orden público que tiene la LDC, de aplicarse 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, también, el deber de información, el consumidor debe recibir información veraz, adecuada, detallada, suficiente y eficaz, no es de publicidad, debe proveerse información sobre las circunstancias relevantes para el contrato, debe brindarse información necesaria para que el consumidor pueda tomar la decisión de contratar debidamente impuesto de los alcances del contrato, para que pueda ser eficaz.**

Con todo lo expuesto, se está privando al Tribunal del pormenorizado conocimiento al que deberían arribar, con la sola lectura del recurso de casación y obligándolo a la remisión del expediente.

"*Cabe tener presente que debido al carácter extraordinario de la intervención de este Tribunal Superior de Justicia en esta instancia, no corresponde al Cuerpo interpretar o suplir errores u omisión en que incurra la parte"* (cfr. R.I. Nros: 2/20 "Parada" y 158/20 "Bruno" del Registro de la Secretaría Civil).

En la especie, la reseña efectuada por la quejosa resulta parcial, sesgada, conforme lo sostenido precedentemente, siendo en consecuencia las omisiones denunciadas relevantes a la hora de resolver sobre la admisibilidad del recurso extraordinario interpuesto, toda vez que no cumple con el valladar dispuesto en el art. 16º de la Ley 1406, por no ser el mismo autónomo y suficiente.

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Como corolario de lo expuesto, y en lo que es motivo de análisis, se considera que lo puntualizado provoca la necesidad de rebasar la pretensión recursiva y compulsar las demás piezas del expediente para arribar a su apropiada comprensión, atento a la imposibilidad de establecer con claridad y por su sola lectura, entre otros, los extremos apuntados que resultan transcendentes de cara a la impugnación formulada (cfr. R.I. Nro. 159/2016).

(ii) La recurrente no cumplió con el recaudo de la **suficiencia de fundamentación**, dispuesto por el art. 16° de la Ley 1406, que requiere un recurso de la naturaleza de los actuados.

Sobre el particular, se dijo :"*Sucede que para cumplir dicho presupuesto, el quejoso debe -a fin de activar la intervención y facultad revisora de este Cuerpo- , impugnar la totalidad de los fundamentos en los que sustenta la decisión, pues de nada serviría ingresar al estudio de los agravios, si -no obstante- el fallo en crisis subiste incólume fundado en otras razones no contradichas que serían suficientes para motivarlo"* (cfr. R.I. Nros. 45/12, 285/15, 5/16, 159/16, 226/16 entre otras).

Al respecto se ha dicho:"… *siendo el recaudo reseñado la cuña que busca romper el pronunciamiento, requiere -para que esta tarea sea exitosa- que el escrito postulatorio consista en una crítica razonada, concreta y precisa del decisorio que le causa agravio (cfr. Hitters, Juan Carlos, Técnica de los recursos extraordinarios y de la casación, 2ª edición, pág. 594)"… " Esta Sala ha dicho que no se satisface el requisito de la fundamentación suficiente si en el escrito recursivo se consiente y no se rebaten motivaciones en las que se funda el decisorio atacado y que forman parte del desarrollo seguido por los sentenciantes: Ello es así porque al no impugnar alguna de las razones utilizada por aquéllos, la decisión del caso puede quedar fundamentada por la no discutida y al quedar incólume hace que la*

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

resolución recurrida permanezca firme" (Acuerdo 164/2016 entre muchos otros).

Para poder cumplir dicha exigencia, la recurrente debe demostrar el modo en que los vicios denunciados afectan al resolutorio.

También, esa comprobación debe hacerse tomando como premisa las proposiciones y conclusiones sentadas en la sentencia atacada, pues de lo contario, solo serviría para exhibir un punto de vista propio y distinto al sustentado en el pronunciamiento y, por tanto, inhábil para poner en evidencia que en éste se ha incurrido en la infracción invocada (Acuerdo N°50 de fecha 18/03/2020 entre muchos otros).

De una lectura de la fundamentación del recurso de casación de nulidad extraordinario se observa que el art. 19° de la ley 1406 dispone su **improcedencia** cuando el error pueda ser reparado por el recurso de inaplicabilidad de ley.

En la especie, la quejosa disponía del recurso de inaplicabilidad de ley (art. 15° en sus cuatro incisos) a los fines de poder reparar lo que considera la existencia de un error. Ello es así, toda vez que si entiende que en autos debió aplicarse, a los fines de resolver la litis, exclusivamente **la póliza del seguro de vida colectivo adicional** que contrató con la tomadora del seguro, debió cuestionar la aplicación de la normativa correspondiente a los Derechos del Consumidor, como así también las normativas del Código Civil y Comercial, y la jurisprudencia y doctrina invocada al respecto.

Se considera en consecuencia la improcedencia del recurso de nulidad extraordinario.

Además, se considera que el recurso interpuesto por la recurrente resulta **abstracto.**

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Ello es así, toda vez que la interesada no incorpora como agravio, en el presente recurso extraordinario, la pericia médica, es decir que la misma llega a esta instancia **firme y consentida**. Y justamente dicha pericia, con el agregado de los factores complementarios, arriba a una incapacidad física del 68,53% de la T.O.

En consecuencia, debatir sobre la exclusión de la incapacidad psiquiátrica y/o psicológica como propone la recurrente, no modifica en lo sustancial la incapacidad que el galeno determinó, la que llega sin discusión a esta instancia, toda vez que la interesada no la cuestionó utilizando el carril extraordinario para hacerlo.

También se hace saber, que se encuentra firme y consentido que el contrato de seguro objeto de juicio resulta ser un **contrato de consumo** y/o **relación de consumo**.

De ello se sigue que el recurso extraordinario interpuesto por la recurrente, para tener acogida favorable, debiera derrumbar los sólidos fundamentos dados por las sentencias de primera y segunda instancia en lo concerniente a que nos encontramos frente a una relación de consumo. En cambio, de una lectura del recurso en traslado, la quejosa se fundamenta en la **Ley de Seguros**, toda vez que la póliza en crisis se sostiene en dicha ley.

De lo expuesto, surge evidente la falta de fundamentación que se esgrime.

Al no haber cuestionado la interesada que nos encontramos frente a una relación de consumo, implica la aceptación de la aplicación a los actuados de la copiosa jurisprudencia de nuestro Tribunal Superior de Justicia desde el precedente “Camargo”, “Géliz”, “Ferreyra”, “Cifuentes” entre otros, como así también del precedente “Almeida, Jorge Omar c/ Sancor” de fecha 24 de abril año 2018, de la Excma. Cámara de Apelaciones Provincial, los que han derrumbado el

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUEN

listado taxativo que surge de la póliza contratada, en donde también se excluye la afección psiquiátrica y/o psicológica, con fundamento que en este tipo de contratos deben ser interpretados siguiendo el principio de **progresividad y no de regresividad, teniendo presente que estamos frente a un derecho de la seguridad social y también con fundamento fáctico laboral, por lo que siempre deben interpretarse de la forma más favorable al trabajador/consumidor**. Además, como ya sostuvo nuestro cimero tribunal provincial (precedente Cifuentes), dichos contratos **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 prevista 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.**

Dichos precedentes se mantienen vigentes. Así en el Acuerdo N° 17 autos: "Bruna, Miguel Ángel c/ Sancor" el TSJ sostuvo en lo pertinente: …*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 (cfr. Acuerdos N° 38/12 "Ferreyra" y N° 47/15 "Monte", entre otros, del registro de la Secretaría Civil. Ello se sostuvo en supuestos en que se invocan cláusulas de exclusión o limitativas de garantía, que lógicamente importaban denegar o reducir la cobertura, con consecuente afectación de los asegurados".*

Resulta palmario, señores jueces, que la exclusión de la patología psiquiátrica y/o psicológica de la póliza, resulta una cláusula

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

limitativa que reducen la cobertura asegurativa, con un claro perjuicio en los derechos constitucionales del consumidor/trabajador.

Además de lo expuesto, no se puede pasar por alto que la recurrente **no se opuso** al momento de contestar su demanda a la procedencia de la pericial psicológica propuesta por la actora, ni tampoco manifestó su desinterés en la producción de dicho medio de prueba.

Dicha circunstancias, exponen flagrantemente, la falta de fundamentación del recurso extraordinario de casación, toda vez que la falta de cuestionamiento a la prueba psicológica, llevan al consentimiento de la misma por la recurrente.

Además, no refuta frontalmente las premisas que sostienen la decisión de primera y segunda instancia, siendo que encontrándonos ante un contrato de consumo resulta de aplicación: el orden público protectorio; siendo la LDC de orden público, no es válida la pretensión de fundar la prevalencia de una ley en su carácter de ley especial; el derecho de los consumidores tiene carácter de norma ius fundamental por ser su fuente La Constitución Nacional, como así también los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, por lo que el sistema de solución de conflictos no está guiado por las pautas de las antinomias legales tradicionales; el régimen consumeril es aplicable a los contratos de seguro de vida colectivo; inaplicabilidad del criterio sustentado por la CSJN en la causa “Buffoni” , en supuestos como el de autos; la exigencia constitucional y convencional de velar por la progresividad en la efectiva aplicación de los derechos humanos reconocidos en los instrumentos internacionales, partiendo de los principios hermeneúticos de justicia social (pro justicia socialis), de interpretación y aplicación de la norma más favorable a la persona humana (pro homine), progresividad de los derechos y no de regresividad; la necesidad de acudir al diálogo de fuentes

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

consagrado legalmente en los arts. 1 y 2 del CCyC y a la consecuente integración normativa, de modo tal que la regla sea siempre la que protege mejor a la persona humana, sea ley general o especial, anterior o posterior.

También resta eficacia a la fundamentación del recurso extraordinario, la situación que la recurrente **no impugnó** la **totalidad** de los fundamentos dados por los jueces inferiores, así las cosas, los mismos tienen plena validez, por lo que el recurso interpuesto adolece de una debida técnica recursiva.

Es de advertir que la argumentación del recurrente se estructura sobre proposiciones propias y no en las del decisorio puesto en crisis, para así demostrar que sus desenlaces adolecen del vicio que se denuncia.

Es que la recurrente deja incolumne el fallo en lo referente a que el derecho de los consumidores tiene carácter **ius fundamental,** conforme lo dispuesto por el artículo 42 de la Constitución Nacional, también que el susodicho derecho es una norma de orden público (art. 65 Ley 24.240); tiene preeminencia frente a otras leyes generales o especiales (art. 3 Ley 24.240), por ello y en el supuesto de existir conflicto entre la Ley Defensa del Consumidor y la Ley de Seguros, resulta claro y evidente el privilegio y preeminencia de la normativa que deriva expresamente de la Constitución Nacional (art. 42 C.N.), como así también lo dispuesto por los artículos 984, 987, 988, 989, 1092, 1094, 1117, 1122 del Cod. Civil y Comercial de la Nación.

Ello implica, a todas luces, un criterio distinto y particular del quejoso que elude rebatir las consideraciones que sustentan el razonamiento seguido en la sentencia en crisis. Es decir, nos encontramos frente a un mero disenso pero no frente a una crítica razonada, por lo que no logra demostrar que el pronunciamiento cuestionado incurra en el

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

vicio alegado, no satisfaciendo el recaudo que exige este recurso (cfr. R.I. N° 242/15).

También se observa en la especie, que la recurrente no derrumba frontalmente el deber de información que tiene para los consumidores, en la especie, la actora.

Obsérvese, que el bloque consumeril prevé en cabeza de la parte dominante (demandada) de la relación, deberes precontractuales de información necesarios a los fines de preservar un adecuado consentimiento sobre el objeto -seguro de vida contractual-, (LDC arts. 4, 9, 21 y 25), y ante su transgresión, se verá comprometido el contrato o una o más cláusulas (art. 37 in fine indicado texto legal).

Es sabido, que desde la óptica del derecho de seguro, el deber de información está integrado con el deber de cooperación, con el fin de equilibrar los polos integrantes de la relación contractual. De tal forma, el Dr. Grabriel Stiglitz sostiene :" ….*como el contrato es un instrumento que exhibe inocultablemente la desigualdad formal que ostentan las partes, se hace preciso acudir a la regla moral y a los principios jurídicos tradicionales o modernos, como ser el de la protección de la parte más débil, para evitar que se constituya en un instrumento de opresión en favor de quien concentra el poder de negociación … Acontece, que el informado se halla en situación de ventaja con relación al desinformado, circunstancia que provoca una desnaturalización de la relación de equilibrio deseada …" (*autor indicado "Derecho de Seguro – T° V, pág. 410).

Obsérvese, V.E. que de una lectura del recurso extraordinario, la interesada no confronta y mucho menos derrumba el deber de información que mantenía con la consumidora (actora) antes, durante o con posterioridad a su celebración. También omite hacer alguna consideración a los precedentes "Almeida", "Bascur", donde

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

se desarrolla abiertamente el deber de información y la implicancia que tiene la falta del mismo en la relación de consumo.

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 la contestación de demanda.

Al respecto, es preciso poder diferenciar los conceptos de “oferta de incorporación” del “certificado individual”.

Así vemos, que el primero es una solicitud de adhesión, el que fuese oportunamente suscripto por la actora, a los fines de poder incorporarse al seguro colectivo de vida adicional, mientras que el segundo debe ser emitido por la aseguradora, de donde surja 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. Dicho certificado individual jamás fue entregado a la actora.

La exclusión de cobertura por afectación psicológica y/o psiquiátrica, condicionada a la suscripción de un nuevo formulario no puede generar una carga extra en la beneficiaria. Si la aseguradora redacta el clausulado y lo predispone, está en cabeza de la misma “informar en forma veraz, adecuada, suficiente y eficaz” dicha circunstancia, “ *… 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 puede ser eficaz. …”* (Lorenzatti, Ricardo Luis; Código Civil y Comercial de la Nación , comentado – T VI, pag. 257).

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Como puede el beneficiaria quedar excluida del seguro si ni siquiera le entregan el certificado individual?

Así, se concluye que la recurrente no cumplió en los actuados con su debida obligación de información a la demandada.

La falta de cumplimiento de su deber de información, trae como consecuencia directa que las cláusulas sean abusivas. Ello es así, toda vez que la desigualdad entre asegurado y aseguradora preexiste a la formación del contrato, pues es la última quien ostenta la estructura financiera para prever los siniestros mediante cálculos actuariales, ensayar riesgos y redactar las cláusulas ajustadas a sus intereses. Dicha circunstancia, coloca al consumidor en una situación de vulnerabilidad contractual, ya que ignora la extensión de las cláusulas, y todo un contenido predispuesto unilateralmente.

La situación expuesta, impide referirnos a un orden contractual, por lo que las cláusulas que **restringen** los derechos de los usuarios atentan contra el orden público, lo que trae como consecuencia inmediata su nulidad, la que debe ser declarada de oficio, teniendo presente que esta parte desde la portada de su demanda requirió la inoponibilidad de toda cláusula que atente contra los derechos de la actora, incluso la afectación psiquiátrica y/o psicológica.

Al respecto, el Dr. Rubén Stiglitz, en obra ya citada, distingue cuatro grupos de cláusulas abusivas; 1) las que restringen la autonomía de la voluntad del adherente para futuros contratos; 2) las que contrarían normas específicamente protectoras de los derechos de los consumidores y usuarios; 3) las que por su trascendencia en la economía del contrato, es imprescindible que no pasen desapercibidas para el consumidor o usuario y 4) las que son incorporadas bajo un título distinto, ajeno y extraño al contenido de aquéllas.

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

En dicho contexto, la exclusión de cobertura psiquiátrica y/o psicológica , devine como cláusula abusiva e ineficaz, toda vez, que la actora (consumidora/trabajadora) jamás tomó conocimiento del contenido de la póliza, y mucho menos informada por la aseguradora de dicha circunstancia.

Además de lo expuesto, se puede observar que toda la argumentación del quejoso se estructura sobre proposiciones propias, y no en las del fallo puesto en crisis, cuando tal desarrollo debía relacionarse o enlazarse con las premisas y conclusiones de la sentencia atacada, para así demostrar que sus desenlaces adolecen del vicio que se denuncia.

Sin esa vinculación, todo lo argüido implica un criterio distinto y particular del recurrente que elude rebatir las consideraciones que sustentan el razonamiento seguido en el pronunciamiento, es decir; solo constituyen una mera opinión discrepante que resulta insustancial e inhábil para demostrar que se incurre en las infracciones pretendidas.

Su propia visión sobre lo que es motivos de agravios, implica sin lugar a dudas desentenderse de las razones dadas por los magistrados a los fines de hacer lugar a la demanda impetrada. En consecuencia, no logra demostrar que la sentencia impugnada incurra en el vicio que le endilga.

Es dable reiterar una vez más, que las exigencias antedichas no son solemnidades innecesarias, ni arcaísmos sacramentales que hayan perdido su justificación procesal, sino que responden a la necesidad de **no restarle al recurso su carácter extraordinario, lo que impone el previo cumplimiento de obligaciones inexcusables para evitar que en la práctica se concluya por desvirtuarlo** (cfr. R.I. Nros, 1431/96; 130/99; 48/06; 114/2006; 63/10; 97/10; 108/10;

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

43/11; 65/13; 72/13; 98/14; 80/15; 242/15; 159/16 entre muchas otras).-

Además, cuadra mencionar que el calificativo de extraordinaria alude a que la revisión alcanza los casos más allá de lo ordinario, lo que significa que su rol se circunscribe a revisar solo aquellos casos que, a pesar de haber sido juzgados en dos ocasiones previas -instancias ordinarias-, contengan únicamente ciertos errores -de significativa entidad- que no puedan ser subsanados por otros medios. Por eso, el ámbito de su actuación será la excepcionalidad. Es que la conveniencia que aporta el análisis de un mismo asunto por otra nueva instancia examinadora, no puede llegar a convertirse en una necesidad para todos los casos, sino tan solo de aquellos que el legislador reservó (cfr. R.I. Nro. 226/2016).

Por todo lo expuesto se solicita a V.E., se declare la inadmisibilidad del recurso de casación, por incumplimiento y omisiones de las prescripciones de la ley 1406, con expresa imposición de costas a la recurrente.

III.- Improcedencia del recurso de casación:

Efectuado el análisis preliminar, se procederá a continuación, y en el supuesto que V.E. considere que el recurso de casación interpuesto por la recurrente hubiera aprobado su admisibilidad formal, a contestar los agravios interpuestos por la misma.

El recurso de nulidad extraordinario resulta improcedente por las siguientes razones:

1) Del art. 19° de la ley casatoria resulta que si el recurrente puede reparar errores a través del recurso de inaplicabilidad de ley **debe** disponer del mismo.

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

En la especie, si el propio recurrente parte de la existencia de un contrato resguardado y/o sostenido únicamente en la Ley de Seguros, ante la aplicación del bloque de defensa de los consumidores, requeridos por la actora desde la portada de su demanda y sostenido por las sentencias de primera y segunda instancia, a los fines de enmendar supuestos errores **debió** interponer el recurso extraordinario de inaplicabilidad de ley y no el que interpuso, de ahí su improcedencia.

2) El recurso interpuesto resulta a todas luces **abstracto**, toda vez que la pericia médica determinó una incapacidad física en la actora que es total y permanente. Dicha pericia se encuentra firme y consentida. El recurso de nulidad extraordinario tiene únicamente como agravio la exclusión de la incapacidad psiquiátrica y/o psicológica. No incorpora como agravio la pericia médica. En consecuencia, la resolución del presente en nada cambia la incapacidad indicada.

De lo expuesto resulta su improcedencia.

3) Los argumentos defensistas del quejoso giran en torno a que nos encontramos frente a un contrato general, es decir, sostenido exclusivamente en las normas de la Ley de Seguros. De ahí, que sus agravios no conmueven los sólidos fundamentos de las sentencias de primera y segunda instancia, las que tienen un enfoque jurídico distinto, donde aplican las normas en Defensa de los Derechos de los Consumidores; las normas correspondientes del Código Civil y Comercial de la Nación y la doctrina sentada en precedentes del TSJ “Ferreyra”, “Cifuentes” donde parten del presupuesto fáctico de la incapacidad **laboral**, del precedente “Almeida”, doctrina sentada por la CSJN, donde se indica que las cláusulas de la póliza que cubre el riesgo de invalidez total, no se la puede entender en su expresión literal, sino en un sentido más flexible, pues de lo que se trata es de establecer si el beneficiario se

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

encuentra imposibilitado de realizar aquéllas actividades que le eran habituales u otras similares (Fallo: 311:1557).

De lo expuesto, el recurso interpuesto, resulta a todas luces **improcedente e inadmisible**.

No obstante lo expuesto, y a todo evento, los agravios impetrados deben ser rechazado en forma total, toda vez, que la quejosa se limita a reiterar lo que fue motivos de agravios por ante la cámara de apelaciones, los que fueron rechazados, siendo sus fundamentos serios e inconmovibles, y la recurrente no logra “derrumbarlos” por la sencilla razón que da una **opinión** distinta, esto es; expone **su visión particular** del conflicto, lo que **no** resulta suficiente a los fines de ser considerado un verdadero agravio.

Obsérvese, que la recurrente parte de una premisa falaz, como ser que el precedente “Buffoni” , “Flores” y “Díaz” de la CSJN, se imponen en los actuados y en virtud de los mismos se debe aplicar la Ley de Seguros 17.418 y no la Ley de Defensa del Consumidor 24.240.

No obstante ello, del texto del artículo 42 de la C.N., resulta palmario la protección que se da a los consumidores, es decir, hace operativo la LDC, lo que la eleva a una categoría de ius fundamental.

Dejando claro esa preeminencia y/o jerarquía normativa que detenta la LDC por sobre otras leyes, como en el caso, la LS, debe tenerse muy en cuenta que los precedentes jurisprudenciales indicados no corresponden al “caso”, toda vez que en los actuados, lo que se debate es procedencia o no del pago de un seguro de vida colectivo en su modalidad adicional; por el contrario en los precedentes de referencia, hacen alusión a un juico de daños y perjuicio que es diametralmente opuesto a la naturaleza de los actuados.

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Ello implica una diferencia ostensible entre un caso y el otro, toda vez que en el de autos, nos encontramos frente a un seguro social, el que se ubica dentro de la esfera de la seguridad social; por el contrario los precedentes jurisprudenciales indicados, son de contenido netamente patrimonial -de transporte de personas, daños y perjuicios- correspondiente al ámbito privado.

También sostiene la aplicación a los actuados del fallo “Bastía”, el que tampoco se puede trasladar, toda vez que no tienen plataforma fáctica similar, obsérvese que en dicho precedente se refiere a una incapacidad psiquiátrica del 70%, mientras que la sra. Julia Ester Jara padece una incapacidad psicológica y/o psiquiátrica del 50% de la T.O. (ver pericia en la especialidad).

Así, luce palmario que la recurrente no puede pretender que se aplique al sub lite un precedentes, que no corresponde, por las características dadas, a los actuados.

Amén de lo expuesto, corresponde advertir, que la jurisprudencia de la CSJN solo decide en los procesos concretos que le son sometidos y sus fallos resultan obligatorios para casos análogos, lo que **no acontece en los actuados.**

Además, y en lo referente a la afirmación de la quejosa, en el sentido que las cláusulas contractuales de la póliza deben interpretarse en forma literal, dicha afirmación se contrapone ostensiblemente con lo decidido, sobre el particular, por la CSJN al decir:” *Si la cláusula de la póliza que cubre el riesgo de invalidez total, requiere que el asegurado no pueda desempeñar “cualquier actividad remunerativa”* ***se la entendiese en su expresión literal****, el riego cubierto sería inexistente, dado que, salvo el caso de muerte, siempre una persona estaría en condiciones de realizar alguna tarea, por más insignificante que ella fuese”* (Isabelino Marotte vs. Yacimientos

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

Petrolíferos Fiscales y otros – Fallos: Tomo 311:1556, Volumen 1. 1988).

También sostuvo el Máximo Tribunal Federal del País "*Las leyes deben ser interpretadas a favor de quienes al serle aplicadas con este sentido consiguen o tiendan alcanzar el bienestar, esto es, las condiciones de vida mediante las cuales es posible a la persona humana desarrollarse conforme a su excelsa dignidad"* (Fallos: 298;430)

Dichas pronunciamientos de la CSJN, se encuentran en consonancia con los Tratados Internacionales de Derechos Sociales (Convención Americana sobre los Derechos Humanos –art.26-; Protocolo Adicional de San Salvador -art. 1-; Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –art. 2.1-, los que disponen la **obligación de progresividad y la correlativa prohibicón de regresividad**.

Por ello, se sostiene que el fallo en crisis, y en lo que es motivos de agravios, es inconmovible en su fundamentación, toda vez que la legislación que aplicaron los jueces de las instancias anteriores, es la correcta, esto es LDC, toda vez que el actor, es un asegurado y consumidor, y por tal motivo, merece la protección constitucional que le dispensa el art. 42, como así también los tratados internacionales de derechos humanos.

Al respecto se señala que la protección de los derechos de los consumidores, es uno de los derechos civiles constitucionalizados, con categoría de derechos iusfundamentales operativos (cfr. Sobrino Waldo; Consumidores de Seguros, acápite II.3.2.1. pág 65); en sentido análogo Lorenzetti, Ricardo Luis; "Consumidores, segunda edición actualizada, - Derechos Iusfundamentales Operativos" pág. 44. Rubinzal – Culzoni).

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

PODER JUDICIAL
Recibido
Mesa de entradas
virtual
PROVINCIA DE NEUQUÉN

Además, es una norma de orden público (art. 65 LDC); tiene preeminencia sobre otras leyes (art. 3 LDC). La Ley Defensa del Consumidor tiene prioridad frente a leyes especiales que regulan la actividad del proveedor (Lorenzetti, Ricardo Luis "Consumidores – Autonomía del Micro Sistema – pág. 52 – Rubinzal Culzoni).

Por tal motivo, las pautas, normas y derechos de la Carta Magna, como así también de los tratados internacionales sobre derechos humanos, tienen preeminencia y prioridad jerárquica frente a cualquier ley sea especial o general, incluyendo obviamente a la LS.

El Dr. Ricardo Luis Lorenzetti sostiene que "*… en los casos que se presentan 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 …"* (Consumidores , Acápite II, Prioridad de la Constitución – Derechos Iusfundamentales Operativos – pág. 44/45 – Rubinzal Culzoni).

Además, es de advertir, que según doctrina invariable del TSJ, quien afirma que una sentencia viola determinado precepto legal, no hace otra cosa que anticipar una premisa cuya inmediata demostración debe hacer en el mismo escrito, no resultando suficiente a ese fin la exposición de un criterio distinto al del juzgador (cfr. R.I. Nro. 226/2016).

Justamente el quejoso obra en contradicción con dicha doctrina, toda vez que de su libelo recursivo luce en forma palmaria que antepone argumentos propios los que por sí solos resultan a su entender aptos para comprobar el error de los plasmados por la Alzada.

Resulta que el distinto entendimiento respecto de las normas que resuelven el caso no es un método hábil para probar los supuestos

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

yerros de la sentencia atacada, por ello, toda la fundamentación ensayada resulta ostensiblemente insuficiente.

Respecto del agravio referido a la fecha de inicio cómputo de los intereses:

Se puede advertir la improcedencia del recurso interpuesto por la recurrente toda vez que no cumple con las causales dispuestas en el art. 18° ni con los requisitos prescriptos en el art. 20° de la ley 1406.

También se puede advertir, que la Cámara fundamenta el motivo del inicio del cómputo de los intereses, sin que la quejosa los pueda dejar sin efecto a través de un fundamento jurídico serio.

También se puede observar que el criterio que sigue la Cámara a través de los precedentes del TSJ, invocados por la misma, se encuentran vigentes.

En consecuencia, el recurso tiene una visión sesgada y parcializada lo que conspira contra su interés.

Como corolario de todo lo expuesto, se considera que el presente recurso de casación debe ser rechazado en un todo, toda vez que no nos encontramos frente a un verdadero agravio, **sino frente a una visión distinta de la quejosa**, **una opinión**, que no es suficiente para conmover los sólidos fundamentos jurídicos y doctrinales que fundaron la sentencia en crisis; por ello más que una crítica, nos encontramos frente a un disenso con la sentencia, pero tal circunstancia, no alcanza para poder “derrumbarla”.

Se considera, que de una lectura del recurso de casación impetrado, se puede observar, que el apelante omite confrontar ciertas situaciones adversas, a las que me remito en honor a la brevedad, sus expresiones se limitan, a disentir con el fallo, sin efectuar una

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

crítica razonada, concreta, por lo que no tienen el “peso” suficiente para constituir verdaderos agravios que sirvan de sustento válido al objetivo de aquélla.

Así es menester dejar bien en claro V.E. que el vocablo “criticar” difiere sustancialmente del de “disentir”. Ello porque el primero, implica un ataque directo, pertinente a la fundamentación del pronunciamiento, intentándose al menos demostrar los errores fácticos o jurídicos que el mismo pudiera contener, la mera divergencia estriba en cambio, en manifestar que no se está de acuerdo con la sentencia, que es lo que acontece en el sub lite, toda vez que el recurrente en la pieza que se examina, aporta su visión, su punto de vista, que no es otro que el de defender sus intereses.

El fallo de la Alzada, en lo que es motivos de agravios, es inconmovible en su fundamentación, y la quejosa no lo pudo derrumbar.

En virtud de todo lo expuesto precedentemente, se solicita se rechace en un todo el recurso de casación en traslado, confirmando la sentencia recurrida, en lo que es motivo de agravios, con expresa imposición de costas al recurrente.

IV.- Caso Federal:

Para el eventual e improbable caso que V.E. acogiera la casación interpuesta, dejo planteado expresamente el Caso Federal para recurrir por ante la corte Suprema de Justicia de la Nación por la vía del Art. 14 de la Ley 48, atento a que dicha sentencia vulnera los derechos constitucionales del consumidor incapacitado, sujeto de preferente tutela constitucional (art. 14 bis C.N.), propiedad, debido proceso garantizados por los Art. 17 y 18 de la Constitución Nacional, como así también por los Tratados Internacionales de DDHH los que tienen al consumidor como sujeto

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

preferencial de protección, contra decisiones judiciales injustas y carentes de las normas protectorias que conforman un plexo normativo tendientes a su justa valoración, tornándola en una sentencias arbitraria la que prescinde de dar tratamiento adecuado a la controversia de acuerdo a las constancias agregadas en la causa y la normativa aplicable.

V.- Petitorio: Por todo lo expuesto a V.E. solicito:

1.- Admita en tiempo y forma escrito de contestación de traslado de Recurso de Casación interpuesto por la demandada y por denunciado casilla de correo electrónica principal en za90.-

2.- Disponga la elevación de los presentes al Excmo. Tribunal Superior de Justicia de la Provincia del Neuquén.

3.- En su oportunidad, el Máximo Tribunal Provincial declare la inadmisibilidad del Recurso Extraordinario intentado, por los fundamentos dados; y a todo evento rechace en forma total el mismo, con expresa imposición de costas a la recurrente.

4.- Téngase presente la reserva del caso federal, que

Será Justicia.-

Fecha de Ingreso: 08/06/2022 13:48 | Fecha del Cargo: 08/06/2022 13:48 | Firmado por GUILLERMO ORTIZ GUIÑAZU - Número: 991

Digitally signed by BUSAMIA Roberto German
Date: 2022.08.24 13:14:45 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by MAZIERES Gustavo Andres
Date: 2022.08.24 13:17:50 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by COSENTINO Joaquin Antonio
Date: 2022.08.24 14:13:04 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

RESOLUCIÓN INTERLOCUTORIA N° 89.

NEUQUÉN, 24 de agosto de 2022.

VISTAS:

Las actuaciones caratuladas **"CLAUSE, VICENTE c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expediente JZA1S2 N° 44.797 – Año 2019)**, venidas a conocimiento de la Sala Laboral del Tribunal Superior de Justicia, y

CONSIDERANDO:

I. La demandada –Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.- dedujo recurso de Nulidad Extraordinario (fs. 244/262vta. y de igual tenor fs. 264/282vta.) contra la sentencia dictada por la Sala 1 de la Cámara Provincial de Apelaciones -con competencia en el Interior- (fs. 232/239vta.), que rechazó el recurso de apelación interpuesto por su parte y, en consecuencia, confirmó la sentencia de primera instancia (fs. 191/208vta.), admitiendo la demanda interpuesta y condenándola al pago de la suma de $320.000.- en concepto de capital, con más intereses y costas.

La recurrente invocó en la queja el artículo 18 de la Ley N° 1406 y circunscribió el remedio en base a la arbitrariedad derivada del vicio de motivación (artículos 238, Constitución provincial (CP), y 34, inciso 4, y concordantes del Código Procesal Civil y Comercial de Neuquén –CPCyC-).

Aclaró que únicamente se cuestiona, respecto del seguro de vida colectivo adicional, que se hubiera incluido en el cómputo final de incapacidad a la afección psíquica-psiquiátrica diagnosticada por la perita psicóloga cuando la misma estaba expresamente excluida de cobertura conforme lo establecía la cláusula 7°.

Expuso que si bien la Cámara de Apelaciones invocó diversos argumentos, éstos resultarían generales, dogmáticos y carentes de sustento o anclaje en las particularidades de la causa, situación que -dijo- tornaría al fallo arbitrario.

Además, insistió en que la explicación brindada sería tan genérica que podría justificar la declaración de invalidez de cualquier cláusula que delimite o excluya un determinado riesgo de cobertura pactada en cualquier póliza o ramo. De allí que –sostuvo- la motivación sería aparente.

Luego, denunció que el fallo se asentaría en premisas falsas y en afirmaciones no probadas que lo tornarían nulo, debiendo el juzgador atenerse a las pautas que surgen de la póliza de seguro y del pliego licitatorio de la causa.

Por otro lado, expuso que no resultaba aplicable al caso la doctrina "Cifuentes" ni el caso "Almeida" porque en ellos la parte actora desconocía los términos de la póliza, por haberse efectuado un traspaso de cartera de una cobertura mayor a una más restringida. Cuestión que –agregó- no ocurre en los presentes desde que el actor suscribió el 25/04/16 la solicitud de seguro colectivo y anexos de las condiciones de la póliza, por lo que conocía expresamente sus términos.

Asimismo, enunció que la afección psiquiátrica era perfectamente delimitable y, por tanto, posible de pactar por cuanto su segmentación resultaba lícita. Sostuvo que no se estaría ante una "duda razonable", en tanto no se daría el supuesto de imprecisión conceptual de la cláusula ni dudas en torno a su oponibilidad como, tampoco, se encontraría probado que el actor tuviera

contratada originariamente una cobertura mayor ni que él y su familia se encuentren desguarecidos. Citó los precedentes "Bastía" y "Cid Rosa" de este Tribunal Superior de Justicia.

Recordó que, en el caso, sin la incapacidad psicológica-psiquiátrica no se llega al 66% dado que corresponde excluir los factores de ponderación. Además, adujo que no se vislumbraría una violación a la Ley N° 24240 puesto que la cuestión se vincula al riesgo asegurado y a la ecuación económica del contrato.

Por último, respecto a la fecha de inicio del cómputo de los intereses en ambos seguros, sostuvo que la Cámara de Apelaciones incurrió en falta de motivación porque la mora de la aseguradora correspondía situarla en el momento en que debió pagar porque hasta ese instante no hay incumplimiento alguno. Por ello –añadió- no se puede cargar a su parte con la imposición de intereses moratorios previos conforme se desprende de los artículos 49, 50 y 51 de la Ley de Seguros. Explicó que este es el criterio de la Cámara de Apelaciones de Neuquén en la causa "González" y de la Cámara Provincial de Apelaciones –con competencia en el Interior- en los expedientes "Cayul" y "Seguel".

Sostuvo que, en el caso, al no haberse cumplido con el pedido de información complementaria, la mora debía situarse en la fecha en que se contestó la demanda, dado que recién ahí se evidenció la voluntad de la aseguradora de rechazar la demanda.

Para finalizar, manifestó que mantiene la reserva del caso federal.

II. Conferido el traslado correspondiente, el actor solicitó que se declare la inadmisibilidad del

recurso y, eventualmente, su rechazo (fs. 285/297vta.).

III. Luego, se notificó el recurso interpuesto a la Fiscalía General (fs. 302vta.).

IV. Relatados los antecedentes de la causa, corresponde en este estadio procesal efectuar el examen de admisibilidad formal previsto por el artículo 5 del ritual casatorio, a fin de determinar si se encuentran cumplidos los recaudos legales que posibiliten la apertura de la instancia extraordinaria.

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

b) Se han constituido debidamente los domicilios postal y electrónico.

c) En relación con el recaudo de definitividad de la sentencia recurrida establecido por el artículo 1 de la Ley N° 1406, se observa cumplido ya que la sentencia pone fin a la cuestión debatida en autos.

d) En orden al depósito exigido por el artículo 2 del ritual casatorio, tal recaudo se encuentra observado, previa intimación al efecto, conforme dan cuenta las constancias obrantes a fs. 263, 263vta., 301vta. y la consulta al sistema *HomeBanking* de esta Secretaría Civil.

e) En cuanto al requisito 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 tiene por verificado el requerimiento analizado, atento a que del relato efectuado por la impugnante surge

con meridiana claridad la materia traída a revisión extraordinaria.

f) Y en orden a la suficiencia recursiva, no obstante advertirse ciertos defectos formales al fundamentar el remedio de Nulidad Extraordinario, ha de admitirse la impugnación deducida, teniendo en cuenta que se encuentra abierta la instancia casatoria por la misma cuestión traída aquí a revisión mediante Resoluciones Interlocutorias N° 223/21 "Jara" y 1/22 "Baldes", del registro de la Secretaría Civil.

Ello, sin que lo expuesto importe anticipo alguno sobre el pronunciamiento de fondo.

Es que corresponde priorizar la función uniformadora a fin de aventar la existencia de pronunciamientos dispares en casos análogos y facilitar, en consecuencia, la aplicación uniforme del derecho, en tutela de la seguridad jurídica y la igualdad de tratamiento (cfr. Resoluciones Interlocutorias N° 110/17 "Provincia del Neuquén c/ Sucesores de Cifuentes" y N° 92/18 "Municipalidad de Neuquén c/ Banco Hipotecario S.A.", entre otras, del registro antes citado).

V. En virtud de todo lo expuesto hasta aquí, corresponde declarar admisible el recurso extraordinario interpuesto.

Por ello,

SE RESUELVE:

I. Declarar **ADMISIBLE** el recurso de Nulidad Extraordinario deducido por la parte demandada –Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.- (fs. 244/262vta. y de idéntico tenor 264/282vta.).

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

III. Ordenar registrar y notificar esta decisión.

MM

Dr. ROBERTO G. BUSAMIA
Vocal

Dr. GUSTAVO A. MAZIERES
Vocal

JOAQUÍN A. COSENTINO
Secretario

Digitally signed by BUSAMIA Roberto German
Date: 2024.04.15 13:06:34 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by MAZIERES Gustavo Andres
Date: 2024.04.15 14:24:21 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by COSENTINO Joaquin Antonio
Date: 2024.04.15 14:29:17 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

ACUERDO N° 9. En la ciudad de Neuquén, capital de la provincia del mismo nombre, a los quince (15) días del mes de abril de dos mil veinticuatro, en Acuerdo, la Sala Laboral del Tribunal Superior de Justicia integrada por los señores Vocales doctores Gustavo Andrés Mazieres y Roberto Germán Busamia y, por existir disidencia, por la Sra. Presidente doctora María Soledad Gennari, con la intervención del señor Secretario Joaquín Antonio Cosentino, procede a dictar sentencia en las actuaciones **"CLAUSE, VICENTE c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expediente JZA1S2 N° 44.797 - Año 2019)**, del registro de la Secretaría Civil.

ANTECEDENTES: La aseguradora demandada -Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- interpuso recurso de Nulidad Extraordinario (fs. 244/262vta. y -de igual tenor- fs. 264/282vta.) contra la sentencia dictada por la Sala 1 de la Cámara Provincial de Apelaciones –con competencia en el Interior-, con asiento en la ciudad de Zapala (fs. 232/239vta.). En ese pronunciamiento, la Alzada rechazó el recurso de apelación interpuesto por idéntica parte y, en consecuencia, confirmó la sentencia de primera instancia (fs. 191/208vta.) admitiendo la demanda interpuesta y condenando a la aseguradora al pago de la suma de $320.000.- en concepto de capital, con más intereses desde el 30/08/18 y costas.

Corrido traslado, el actor solicitó la inadmisibilidad del remedio incoado y, eventualmente, su rechazo, con costas (fs. 285/297vta.).

A través de la Resolución Interlocutoria N° 89/22, se declaró admisible el recurso de Nulidad Extraordinario deducido por la demandada (fs. 304/306vta.).

A su turno, la Fiscalía General Subrogante propició la improcedencia del recurso de Nulidad Extraordinario (fs. 308/311vta.).

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

CUESTIONES: a) ¿Resulta procedente el recurso de Nulidad Extraordinario? b) En su caso, ¿qué pronunciamiento corresponde dictar? c) Costas.

VOTACIÓN: Conforme el orden del sorteo realizado, el **Dr. Gustavo Andrés Mazieres** 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. El Sr. Vicente Clause promovió demanda sumarísima contra Sancor Cooperativa de Seguros Limitada, reclamando el pago del seguro colectivo de vida e incapacidad total, tanto obligatorio como adicional.

Invocó que padece una incapacidad que configuraría el riesgo cubierto y que se desempeñó en relación de dependencia de la Dirección Provincial de Vialidad, quien habría actuado como tomadora de ese seguro. Reclamó la suma de $798.721,25.- más intereses y costas.

Sostuvo que el 12/08/18 el Dr. Alejandro González, especialista en medicina del trabajo, confeccionó informe médico previsional donde determinó que padece 66,42% de incapacidad por distintas afecciones, todas irreversibles y progresivas. Advirtió que estas últimas no son taxativas y que no limita la existencia de otras afecciones que padezca, las que puedan surgir al momento que el perito médico dictamine.

Refirió que, a la fecha de consolidación jurídica del daño, la cobertura asegurativa vigente era la contratada con la demandada. Señaló que, una vez que tomó debido conocimiento de su incapacidad total y permanente, le remitió a la hoy accionada carta documento el 30/08/18 intimando el

pago de las sumas de dinero correspondientes a los seguros en juicio; además, le puso en debido conocimiento la minusvalía que padece, indicando los segmentos de su cuerpo afectados, y que no posee la documentación correspondiente al formulario de solicitud del beneficio, formulario de incapacidad, copia de declaración de comisión médica y que en lo relativo a la historia clínica completa, DNI, recibo de sueldo, se encuentran -a disposición- agregados en su legajo personal.

Indicó que la aseguradora contestó por epistolar del 10/09/18 requiriendo el envío de documentación, que como ya le indicara el actor, no obraba en su poder. Dejó expresa constancia que jamás se le entregó copia de las pólizas.

Formuló consideraciones respecto de la relación contractual, alcance de la cobertura, inoponibilidad e ineficacia de cláusulas contractuales. Invocó aplicación del marco normativo de la Ley de Defensa del Consumidor (LDC).

2. La aseguradora reconoció que contrató con la empleadora del actor dos pólizas de seguros colectivos, uno obligatorio y otro adicional, cuya cobertura comprendía una indemnización por incapacidad total permanente y absoluta, pero alegó que tal indemnización solo es otorgada cuando se reúnen las condiciones estipuladas en la póliza.

Formuló consideraciones respecto de la carga de la prueba, monto de los seguros, invocando monto máximo de $300.000.- para el seguro adicional. Sostuvo que su contratación es originaria. Planteó la oponibilidad del contenido de las pólizas y la inaplicabilidad de la Ley de Defensa del Consumidor (LDC). Denunció demanda improponible por omisión del actor en suministrar la información solicitada.

Alegó exclusión de cobertura respecto del seguro de vida colectivo obligatorio y adicional en subsidio. Denunció

que el actor no se jubiló por invalidez. Luego, mencionó que conforme lo dispone la Cámara de Apelaciones de Neuquén, el método de cálculo de incapacidad establecido en la póliza es el método de la capacidad restante sin los factores de ponderación del Baremo N° 659/96 ni tampoco se dispone la aplicación de las disposiciones del Decreto N° 478/98 de la Ley N° 24241. Sostuvo que las patologías invalidantes denunciadas en la demanda no están previstas como riesgo asegurado adicional. Solicitó el rechazo de la demanda. Planteó inexistencia de cláusulas inoponibles y/o abusivas. Negó mora de su parte. Y solicitó que los intereses se computen desde el rechazo del siniestro con la contestación de demanda.

3. El actor, al contestar el traslado de la documental, se opuso a que el perito se expida sobre el porcentual de incapacidad de cada patología física hallada mediante el método de capacidad restante establecido en la póliza de vida en el apartado 3, sin computar los factores complementarios. Al respecto, el trabajador sostuvo que el baremo que se debe aplicar es el del Decreto N° 478/98 previsto por la Ley N° 24241 que emplea factores complementarios.

4. La Jueza de Primera Instancia rechazó el planteo de improponibilidad de la acción porque el actor en su intercambio epistolar le hizo saber a la aseguradora que la documentación obraba en su legajo personal (el que estaba a su disposición) y la demandada no invocó impedimento alguno para acceder a aquella documentación.

Luego, valoró las pericias médica y psicológica y determinó que el actor presenta una incapacidad física superior al 66%, conforme resulta de la pericia médica que no fuera impugnada. También expuso que por la pericial psicológica se acredita un daño psíquico que alcanza a un 47%

(incluyendo factores complementarios). En función de ello, adujo que aun descartando la pericial psicológica, no modifica la incapacidad total del accionante.

Agregó que por más que el actor no acreditó haber accedido al beneficio de jubilación por invalidez, las pericias confirmarían que se halla incapacitado totalmente y estas pericias son el medio específico para corroborar ello.

Seguidamente, expuso que el contrato de seguro queda aprehendido por la Ley de Defensa del Consumidor (LDC) y por las normas contenidas en el Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC). Citó la doctrina de este Tribunal Superior de Justicia en las causas "Camargo", "Géliz" y, más recientemente, "Muñoz". Luego afirmó que los contratos de seguros de vida no pueden ser reglados de modo que desnaturalicen o contraríen su aludida función social y al aplicar las limitaciones y exclusiones de cobertura previstas en la póliza se estaría negando la propia existencia del instituto de neto corte social. Por lo que consideró abusivas dichas cláusulas en la medida que desnaturalizan las obligaciones de la demandada.

Sentado ello, fijó para el obligatorio la suma de $20.000.- y para el adicional aplicó el tope establecido en el precedente de este Cuerpo en la causa "Bruna".

En consecuencia, condenó a la demandada al pago de $20.000.-, en concepto de seguro obligatorio, y $300.000.-, en concepto de seguro adicional, con más los intereses a tasa activa del BPN desde la denuncia del siniestro a la aseguradora (30/08/18) que, en el caso –dijo- es concomitante con la puesta en conocimiento de la incapacidad a la empleadora.

5. La demandada apeló (fs. 213/221vta.) y formuló su réplica el actor (fs. 223/226vta.).

En sus agravios la aseguradora hizo hincapié en que para la determinación de la incapacidad debió aplicarse el método de cálculo de la incapacidad establecido en la póliza adicional, el cual se corresponde con el método de capacidad restante sin factores de ponderación. Transcribió la parte pertinente de la póliza adicional y antecedente de la Cámara de Apelaciones de Neuquén e insistió en la obligación de respetar la letra del contrato de seguro. Destacó que la pericia médica realizó los dos cálculos (con factores y sin ellos) y que tomando la capacidad restante sin factores se informó un porcentaje de 58,33%, menor al 66% que requiere la póliza.

Insistió en que la cláusula contractual no ha sido cuestionada por la parte actora y que no puede sostenerse que sea abusiva en forma alguna.

Por otra parte, refirió que no corresponde computar la invalidez psicológica y/o psiquiátrica dado que se encuentra expresamente excluida de la cobertura del seguro adicional conforme la cláusula del artículo 7.

Dijo que el actor estaba debidamente informado de la existencia de la exclusión, conforme seguro de vida colectivo y sus anexos, y que la firma al final del documento permite tener por prestada la conformidad. Citó jurisprudencia de la Cámara de Neuquén y de este Cuerpo que según la recurrente avalan su postura.

Por último, se agravió del cómputo de los intereses respecto de ambos seguros (obligatorio y adicional).

Alegó que como fecha de inicio se debe tomar la contestación de la demanda. Justificó tal proceder porque no se está ante un hecho antijurídico y que la aseguradora incurrió en mora al momento del pago, según los artículos 49, 50 y 51 de la Ley de Seguros (LS).

6. El Tribunal de Alzada rechazó el recurso

interpuesto por la demandada y, en consecuencia, confirmó la decisión de grado (232/239vta.).

Para así resolver, en lo que aquí interesa, sostuvo que respecto a la exclusión de la incapacidad psicológica y psiquiátrica que el apelante pretende con fundamento en las cláusulas de la póliza, esa cuestión ya había sido resuelta en precedentes de dicha Alzada, en autos "Jara, Julia Ester c/ Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. s/ Cobro de Seguro de Vida" y "Almeida, Jorge Omar c/ Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. s/ Cobro de Seguro de Vida". La postura allí asumida –agregó- resultaba coincidente con el criterio del Tribunal Superior de Justicia en "Ferreyra c/ Caja de Seguros" del año 2012 y con "Cifuentes c/ Caja de Seguros S.A." de idéntico año. Trajo a colación de este último precedente que, al analizarse y valorarse el dictamen pericial con absoluto apego a la literalidad de las cláusulas contractuales, se omitió considerar la finalidad tuitiva y de naturaleza alimentaria de esta clase de seguros, sin hacerse 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. A la par 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.

En este sentido, agregó que consideraba que no se había modificado la doctrina que había citado precedentemente, por el contrario –dijo- la postura que excluye las cláusulas limitativas de responsabilidad que

importan denegar o reducir la cobertura ha sido ratificada recientemente en el precedente “Bruna” (Acuerdo N° 17/21).

Con respecto al derecho de información, reiteró algunas consideraciones vertidas en el precedente “Almeida” y destacó que la información 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 (artículos 42 de la CN y 1100 del CCyC); se trata de la información necesaria que debe brindarse para que el consumidor pueda tomar la decisión de contratar debidamente impuesto de los alcances del contrato. Y –añadió- que las cláusulas limitativas que se excluyen son las que producen un desequilibrio significativo entre los derechos y las obligaciones de las partes, en perjuicio del consumidor y que desnaturalizan el contrato, es decir el fin perseguido por el contrato. En estos casos, no resultará suficiente cumplir con el deber de información, porque hay un control de contenido de la cláusula, más allá de su inteligibilidad o que el consumidor la apruebe.

Por lo expuesto, y considerando que los fundamentos traídos no alcanzaban a conmover lo decidido, entendió que debía rechazarse el agravio traído.

Sentado lo anterior, destacó lo considerado por la Magistrada de la anterior instancia en cuanto refirió que aun habiéndose impugnado aquella pericia (psicológica), a su criterio el cuestionamiento resulta sostenido por los conocimientos de la experta, aunque luego acotó que la cuestión no merecía mayor análisis, ello por cuanto había considerado los factores complementarios en la incapacidad física, lo cual resultaba suficiente para arribar al riesgo cubierto.

Sin perjuicio de este acotado análisis consideró

que la pericia psicológica se adecua a los requisitos establecidos por el artículo 476 del CPCyC, y no obraban en autos elementos de mayor convicción que le permitan apartarse de sus conclusiones, amén de ponderar que esta cuestión no fue motivo de crítica específica de la recurrente, ya que su agravio se fundó en la exclusión de la patología.

En consecuencia, propuso el rechazo de este agravio, debiendo tenerse en cuenta la incapacidad psicológica que la experta estimó en el 40% sin factores complementarios.

Consecuentemente aplicó la fórmula de la capacidad restante, comenzando por el mayor porcentaje de incapacidad (40% psicológica) y siguiendo con los restantes porcentajes de incapacidad determinados por el perito médico, arribó a una incapacidad del 74,98% VTO, sin factores complementarios, acreditándose en estos términos el riesgo cubierto, aún sin esos factores.

Por la forma en que propuso que se resuelva la controversia precedente, no era necesario expedirse con relación a la inclusión de los factores complementarios.

Como segundo agravio, se cuestionó que los intereses se devenguen desde la notificación al tomador, alegando que no se da fundamento alguno para ello y proponiendo la fecha de la contestación de la demanda.

Al respecto, expuso que el quejoso realizó una afirmación incorrecta y a la vez no se hizo cargo de los fundamentos concretos vertidos por la sentenciante, incumpliendo lo consignado en el artículo 265 del CPCyC. A ello le sumó el criterio aplicado por la Sala Civil del Tribunal Superior de Justicia en autos “Muñoz” (Acuerdo N° 18/14) y “Monte” (Acuerdo N° 47/15), antecedentes jurisprudenciales de los que surge que en casos como el de

marras los intereses cabe computarlos a partir de la fecha en que la tomadora del seguro tuvo conocimiento de la incapacidad.

En estos términos, no encontró mérito para apartarse de los precedentes mencionados con remisión a fallos de este Tribunal Superior de Justicia, por lo que entendió que el agravio debía desestimarse.

Por todo ello, rechazó el recurso interpuesto por la demandada y confirmó la sentencia de grado, con costas a la recurrente vencida.

7. Como ya se expresó, la accionada –Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- dedujo recurso de Nulidad Extraordinario.

Se declaró la admisibilidad de la vía extraordinaria local mediante Resolución Interlocutoria N° 89/22.

La recurrente invocó en la queja el artículo 18 de la Ley N° 1406 y circunscribió el remedio en base a la arbitrariedad derivada del vicio de motivación (artículos 238 de la Constitución provincial y 34, inciso 4, y concordantes del Código Procesal Civil y Comercial de Neuquén (CPCyC).

Aclaró que únicamente cuestiona que, respecto del seguro de vida colectivo adicional, se hubiera incluido en el cómputo final de incapacidad a la afección psíquica-psiquiátrica diagnosticada por la perita psicóloga cuando la misma estaba expresamente excluida de cobertura conforme lo establecía la cláusula 7°.

Expuso que si bien la Cámara de Apelaciones invocó diversos argumentos, éstos resultarían generales, dogmáticos y carentes de sustento o anclaje en las particularidades de la causa, situación que -dijo- tornaría al fallo arbitrario.

Además, insistió en que la explicación brindada sería tan genérica que podría justificar la declaración de

invalidez de cualquier cláusula que delimite o excluya un determinado riesgo de cobertura pactada en cualquier póliza o ramo. De allí que –sostuvo- la motivación sería aparente.

Luego, denunció que el fallo se asentaría en premisas falsas y en afirmaciones no probadas que lo tornarían nulo, debiendo el juzgador atenerse a las pautas que surgen de la póliza de seguro y del pliego licitatorio de la causa.

Por otro lado, expuso que no resultaba aplicable al caso la doctrina "Cifuentes" ni el caso "Almeida" porque en ellos la parte actora desconocía los términos de la póliza, por haberse efectuado un traspaso de cartera de una cobertura mayor a una más restringida. Cuestión que –agregó- no ocurre en los presentes desde que el actor suscribió el 25/04/16 la solicitud de seguro colectivo y anexos de las condiciones de la póliza, por lo que conocía expresamente sus términos.

Asimismo, enunció que la afección psiquiátrica era perfectamente delimitable y, por lo tanto, posible de pactar por cuanto su segmentación resultaba lícita. Sostuvo que no se estaría ante una "duda razonable", en tanto no se daría el supuesto de imprecisión conceptual de la cláusula ni dudas en torno a su oponibilidad como tampoco se encontraría probado que el actor tuviera contratada originariamente una cobertura mayor ni que él y su familia se encuentren desguarecidos. Citó los precedentes "Bastía" y "Cid Rosa" de este Tribunal Superior de Justicia.

Recordó que, en el caso, sin la incapacidad psicológica-psiquiátrica no se llega al 66%, dado que corresponde excluir los factores de ponderación. Además, adujo que no se vislumbraría una violación a la Ley N° 24240 puesto que la cuestión se vincula al riesgo asegurado y a la ecuación económica del contrato.

Por último, respecto a la fecha de inicio del cómputo de los intereses en ambos seguros, sostuvo que la Cámara de Apelaciones incurrió en falta de motivación porque la mora de la aseguradora correspondía situarla en el momento en que debió pagar porque hasta ese instante no hay incumplimiento alguno.

Por ello –añadió- no se puede cargar a su parte con la imposición de intereses moratorios previos, conforme se desprende de los artículos 49, 50 y 51 de la Ley de Seguros (LS). Explicó que este es el criterio de la Cámara de Apelaciones de Neuquén en la causa "González" y de la Cámara Provincial de Apelaciones –con competencia en el Interior- en los expedientes "Cayul" y "Seguel".

Sostuvo que, en el caso, al no haberse cumplido con el pedido de información complementaria, la mora debía situarse en la fecha en que se contestó la demanda, dado que recién ahí se evidenció la voluntad de la aseguradora de rechazar la demanda.

8. A su tiempo, el actor respondió el planteo y postuló el rechazo de la vía extraordinaria intentada.

II. Relatados los antecedentes expuestos, corresponde ingresar al tratamiento de la cuestión aquí traída.

1. Al fundar el recurso de Nulidad Extraordinario, la recurrente alega arbitrariedad de la sentencia derivada del vicio de motivación.

Cabe destacar que la hipótesis esgrimida como configurante de la nulidad del fallo impugnado se encuentra contemplada por el artículo 18 de la Ley ritual N° 1406, que establece que "... *en casos de quebrantamiento de las formas esenciales prescriptas para la sentencia y cuando el pronunciamiento de las Cámaras de Apelación haya omitido lo preceptuado por el artículo 166 segundo párrafo de la*

Constitución Provincial [conforme el antiguo texto, hoy 238]. También procederá cuando se hubiere omitido decidir cuestiones esenciales sometidas por las partes de modo expreso y oportuno al órgano jurisdiccional, cuando la sentencia fuere incongruente, o no tuviera sustento suficiente en las constancias de autos, o dictadas respecto de quien no fue parte en el proceso, o resolviere sobre cuestiones ajenas a la litis, o que se hallaren firmes ...".

Este Tribunal ha sostenido que a través de dicho precepto han quedado comprendidas, según la célebre clasificación de Genaro Carrió, las trece causales de arbitrariedad susceptibles de descalificar el acto jurisdiccional –sólo se excluye la arbitrariedad por absurdo, propia del recurso por Inaplicabilidad de Ley- y que dicho autor agrupa de la siguiente forma: a) concernientes al objeto o tema de la decisión; b) concernientes a los fundamentos de la decisión; y c) concernientes a los efectos de la decisión (cfr. Acuerdos N° 11/00 "Valenzuela", N° 53/13 "Tizzano" y N° 1/14 "Comasu", del registro de la Secretaría Civil).

También se ha dicho que dos son los aspectos -como mínimo- a tener en cuenta en el juicio de procedencia de un recurso que persigue la invalidación.

Por un lado, no perder de vista que la nulidad es el último remedio al que debe apelarse entre las múltiples soluciones que brinda el mundo jurídico. Y que, por ello, es pasible de un análisis riguroso a la luz de una interpretación restrictiva.

Y, por otro, la finalidad misma del recurso extraordinario de nulidad, que consiste en resguardar las formas y solemnidades que constitucionalmente debe observar la judicatura en sus sentencias, de modo tal que ellas no

sean deficientes o nulas por poseer algún vicio que así las torne (cfr. Acuerdos N° 14/11 "Cona" y N° 27/13 "Salina", entre otros, de idéntico registro actuarial).

Con ello, "*... además de observarse la línea principal de política que no aconseja la recepción de la nulidad sino en supuestos límites, se preserva el principio de conservación y la actividad jurisdiccional computable, dándose así una más beneficiosa respuesta a las finalidades que conlleva el servicio ...*" (Acuerdo N° 14/11 "Cona" -ya citado-, del registro de la Secretaría Civil).

2. La recurrente alega vicios en los recaudos de motivación, fundamentación aparente, dogmática y sin anclaje en las constancias de la causa.

Si bien las hipótesis esgrimidas como configurantes de la nulidad del fallo impugnado se encuentran contempladas por el artículo 18 de la Ley N° 1406, en el caso bajo estudio, a poco de ahondar en el análisis de la pieza casatoria, se advierte que la quejosa ha apelado a una deficiente técnica recursiva. Ello así, por cuanto en la pretendida queja no se fundamentan las causales esgrimidas a través del remedio deducido sino que el ataque se concentra en la alegada infracción a las pautas que surgen de la póliza de seguro (clausula N° 7) y del pliego licitatorio que le da causa, planteando la recurrente su distinta interpretación respecto del contrato de seguro y de las cláusulas limitativas que éste último impone, a la par que pretende la aplicación de ciertos precedentes de este Tribunal Superior de Justicia y de la misma Cámara Provincial de Apelaciones, cuestiones todas éstas que son impropias del recurso deducido.

En ese sentido, este Tribunal Superior de Justicia ha considerado que "*... cuando se advierte, como se dijera, que la alegación de las causales de nulidad denunciadas sólo*

ponen en evidencia una diversa interpretación legal de las normas de aplicación que formaron la convicción de los magistrados de Alzada, el libelo casatorio incumple el recaudo de la debida fundamentación ...” (Acuerdo N° 23/15 “Provincia del Neuquén”, del registro de la Secretaría Civil).

Pues, *“... el acierto de una decisión resulta ajeno al recurso extraordinario de nulidad y su revisión debe obtenerse por vía del de inaplicabilidad de ley ...”* (cfr. Resolución Interlocutoria N° 227/15 “Provincia del Neuquén”, de idéntico registro).

3. En síntesis, no se constata la indebida motivación de la sentencia en tanto los agravios que trae la quejosa a esta instancia resultan insuficientes para conmover los argumentos expuestos por la Cámara de Apelaciones e importan -en rigor- una discrepancia con la determinación fijada por la judicatura en una tarea que le está reservada.

4. Más allá de lo expuesto, cabe señalar que el suscripto se ha expedido sobre los temas traídos en casación en la causa “Baldes, Nuria Doralisa c/ Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. s/ cobro de seguro de vida” (Acuerdo N° 08/24).

En dicha causa se siguió la postura 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 colectivo, en sus versiones obligatorio y adicional.

También se dijo que la Alzada había reconocido la existencia de la incapacidad denunciada, porcentaje y extensión del riesgo, pero había resuelto con absoluto apego a la literalidad de las cláusulas contractuales. Y que la incapacidad laborativa era el presupuesto fáctico que debía

concurrir para que el beneficiario tenga derecho a las prestaciones previstas en un seguro de vida por incapacidad.

Luego, se hizo mención del precedente "Géliz", extractando que el seguro de vida obligatorio debe ser situado en el ámbito laboral, en tanto su objeto consiste en cubrir toda la gama de contingencias y necesidades que afectan individualmente a un sujeto y sus efectos se proyectan socialmente.

Se agregó que similares reflexiones resultaban aplicables al seguro de vida adicional contratado pues, si sus estipulaciones se hallan vinculadas con el contrato de trabajo, se está en presencia, sin duda alguna, de un seguro que debe ser situado también dentro del ámbito del derecho laboral. Ello, por su innegable naturaleza tuitiva y protectora destinada a resguardar al trabajador y a sus causahabientes, en caso de producirse el siniestro que dé lugar a la protección del riesgo cubierto.

Sentado ello, se consignó que las contingencias cubiertas son la muerte y la incapacidad total y permanente y que, frente al reclamo indemnizatorio del asegurado, corresponde verificar si alguna de aquéllas se había producido, pues su ocurrencia generaba el derecho a la indemnización en cabeza de la beneficiaria.

En este marco, se constató que los accionantes estaban incapacitados en forma total para continuar trabajando; empero, la Cámara de Apelaciones, en contra de lo que esos elementos arrojaban, concluyó en que la incapacidad de los actores no resultaba indemnizable en razón de la oponibilidad de las cláusulas limitativas de exclusión de cobertura. Conclusión a la que arribó –se dijo- en razón del apego irrestricto a la literalidad de dichas cláusulas limitativas.

También se reafirmó en sendos antecedentes que, por

la finalidad tuitiva, naturaleza alimentaria de esta clase de seguros y su función social, la Cámara de Apelaciones se apartó del principio por el cual, en caso de duda razonable, corresponde rechazar el desconocimiento de los derechos del asegurado, apartándose de la literalidad de los términos contractuales.

Posteriormente, se aclaró que si bien la Ley N° 17418 no contiene directivas de interpretación, a partir de la sanción de la Ley N° 24240, se cuenta con las directrices específicas para interpretar los contratos por adhesión, como son los artículos 37 y 65 que establecen la exégesis a favor del consumidor y el orden imperativo que excede y sobrevuela las convenciones privadas.

Así se concluyó que los contratos de seguros de vida no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su aludida función social y que si se aplican 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.

Sumado a lo expuesto, se dijo que la situación se agravaba aún más si se tiene en cuenta que el seguro colectivo se celebra entre el tomador y el asegurador y el asegurado no interviene ni influye en el contenido contractual; es decir, resulta ajeno a la discusión del alcance de la cobertura, su determinación, su delimitación y, consecuentemente, de sus exclusiones.

Por esto, se consideró indispensable que los actores como mínimo conozcan el contenido del contrato y todas las modificaciones que se le introduzcan a través de una información clara y precisa. Cuestión que se entendió

como no probada por la aseguradora ante la nula prueba en torno a la entrega del certificado de incorporación.

Todas estas proposiciones se reforzaron con el argumento de que el ser humano es único, que funciona como un organismo total, como una realidad sustantiva con notas constitutivas psico-orgánicas, no divisibles, atributos propios y esenciales de la persona humana.

También se indicó que una interpretación contraria controvierte los principios elaborados a partir de los artículos 14 bis de la Constitución nacional, 38 de la Constitución provincial y, especialmente, lo dispuesto en los diversos tratados internacionales de derechos humanos, cobrando –en estos últimos- particular relevancia los principios hermenéuticos de justicia social (pro justicia socialis) de interpretación y aplicación de la norma más favorable a la persona humana (*pro homine*), de progresividad de los derechos y de no regresividad. Asimismo, se señaló que estas pautas son coadyuvantes del principio protectorio, por cuanto están orientadas a dar preferencia a la interpretación que con mayor efectividad resguarde los derechos humanos involucrados.

En este marco, se concluyó que se deben rechazar las interpretaciones restrictivas y privilegiar la interpretación extensa a favor de quienes las normas, a través de esta herramienta de la Seguridad Social, buscan proteger.

5. Consecuentemente y sentado lo expuesto, considero entonces que la sentencia que aquí se recurre, presenta una argumentación razonable, suficiente y en línea con la posición que se sostuviera en similares precedentes.

No encuentro que los agravios expuestos por la recurrente resulten aptos para conmover los fundamentos expuestos por los sentenciantes en la sentencia recurrida, la

cual se nutre de los antecedentes de este Tribunal que anteriormente se citaran. Consiguientemente, dicha circunstancia me lleva a propiciar la improcedencia de la vía casatoria intentada.

6. Si bien considero que en todo contrato de seguro de vida se debe tener en cuenta la delimitación de los riesgos asumidos pues, sostener lo contrario, implicaría debilitar la ecuación económica del contrato; no es menos cierto que debe imponerse el diálogo de fuentes entre los distintos microsistemas normativos para lograr una solución armónica de las diferentes situaciones jurídicas.

La Ley N° 17418 (LS) es complementaria del CCyC y ello surge expresamente del artículo 5 del CCyC y, en tal carácter, debe conjugarse con los principios generales del código y sus normas indisponibles. El contrato de seguro de consumo queda enmarcado en las disposiciones específicas de dicha categoría contractual y por ende son exigibles a las aseguradoras, en tanto proveedoras, los deberes, cargas, obligaciones y responsabilidades establecidos en el artículo 42 de la Constitución nacional, Ley N° 24240 (LDC) y artículos 1092 y siguientes del CCyC.

7. Con arreglo a la doctrina adoptada por este Cuerpo –y que fuera extensamente desarrollada-, las cláusulas en los seguros de vida colectivos exigen una "incapacidad total y permanente" del afectado y ellas no deben ser entendidas con un rigor que conduzca, en la práctica, a la eliminación del beneficio al que se dirige. Más aún, si nos encontramos ante contratos de adhesión con cláusulas predispuestas en las que el asegurado, a pesar de su condición de destinatario final de la prestación de la aseguradora, no participa ni le es factible influir en el contenido contractual de las condiciones generales y

particulares de la negociación.

8. Se reitera que los agravios vertidos por la aseguradora no son hábiles para conmover los fundamentos de la sentencia, ya que no logran acreditar la insuficiencia de la fundamentación brindada.

La Cámara de Apelaciones ha elaborado una exégesis de sus postulados extensiva con los principios rectores del derecho consumeril, del derecho previsional y laboral, haciendo foco en la naturaleza propia de los seguros colectivos de vida y su conexión constitucional y convencional. En este aspecto, cobra especial relevancia la protección constitucional que recae sobre el actor en su doble faceta de trabajador y consumidor y, en particular al tratarse de una persona en condiciones de vulnerabilidad en virtud de la incapacidad padecida. Y, en este marco, el deber de información alcanza una trascendencia sustancial.

Las razones apuntadas se afincan en apreciaciones personales de la recurrente, disímiles de las sostenidas en la sentencia impugnada como base de la decisión final arribada, lo que resulta insuficiente para considerar cumplido el recaudo analizado. Es decir, el planteo de la quejosa parte de una interpretación literal de la póliza, desprovista de un análisis comprensivo del derecho del consumidor, del trabajo y de la seguridad social. Y, por tal razón, es que no se vislumbra el déficit de motivación que se alega en el recurso bajo análisis.

9. Tampoco resulta acertada la remisión que efectúa la quejosa a las inadmisibilidades decretadas en las causas "Bastías" y "Cid" (Resoluciones Interlocutorias N° 21/20 y N° 83/20, del registro de la Secretaría Civil) con el fin de documentar que este Tribunal habría convalidado la exclusión de cobertura con sustento en la cláusula N° 7 de la póliza contratada.

Ello así, en tanto este Cuerpo, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley N° 1406, efectúa un análisis meramente formal a fin de determinar si se encuentran cumplidos los recaudos legales que posibilitan la apertura de la instancia extraordinaria local. De allí que, en la aludida etapa procesal, no puede ni debe expedirse acerca de la cuestión de fondo planteada.

Por lo que mal puede entenderse que en los antecedentes señalados este Tribunal ha resuelto el fondo del debate propuesto como para sostener que habría violación a su doctrina.

9. En otro orden de cosas, cabe recordar que es insuficiente el recurso de Nulidad Extraordinario que tiende a poner en tela de juicio la interpretación que ha hecho la judicatura de grado del alcance y contenido de determinado contrato, como asimismo de la conducta de las partes contratantes, pues tales cuestiones solo podrían ser materia de revisión por el carril casatorio de Inaplicabilidad de Ley y en caso de que se invocara y demostrara que dicha tarea del Tribunal ha sido producto de una valoración manifiestamente irrazonable del negocio que instrumenta ese contrato (cfr. Acuerdo N° 14/16 "Vázquez", del registro de la Secretaría Civil).

En esta senda, la Corte bonaerense ha expuesto que *"... la valoración de las pruebas y, en general, de las circunstancias de la causa, así como la interpretación del sentido, alcance y consecuencias jurídicas de las cláusulas del contrato de seguro constituye materia propia de las instancias ordinarias y son temas ajenos al ámbito de la casación, salvo que se demuestre acabadamente que se ha incurrido en absurdo ..."* (cfr. SCBA, Acuerdos N° 57.691, sentencia del 20/02/96 y N° 53.687, sentencia del 22/03/94;

citados en Resolución Interlocutoria N° 179/10 "Cuevas", del registro de la Secretaría Civil). Cuestión excepcional que, en el *sub-lite,* ni siquiera ha sido denunciada por la aseguradora recurrente.

10. Sumado a lo expuesto, en el caso, no se encuentra controvertido que el actor padezca una incapacidad total, permanente e irreversible de más del 66% para realizar sus tareas habituales. Ese porcentaje fue determinado en la sentencia de grado de conformidad a lo dictaminado por los informes médico y psicológico.

La demandada no rebate dicha circunstancia sino que desde la instancia de apelación únicamente controvierte que la patología psicológica y/o psiquiátrica que presenta el actor se halla expresamente excluida de la cobertura del seguro de vida colectivo optativo conforme la póliza contratada (cláusula 7°). Por lo que entiende improcedente computarla a los fines de ponderar el riesgo asegurado en la modalidad optativo.

Tampoco rebatió a cabalidad que *"... las cláusulas limitativas que se excluyen son las que producen un desequilibrio significativo entre los derechos y las obligaciones de las partes en perjuicio del consumidor y que desnaturalizan el contrato, es decir el fin perseguido por el contrato. En estos casos, no resultará suficiente cumplir con el deber de información, porque hay un control de contenido de la cláusula, más allá de su inteligibilidad o que el consumidor la apruebe ..."* (fs. 237vta.).

De esa manera, el embate parcial descripto resulta insuficiente para demostrar el vicio de motivación alegado.

Y *"... al no impugnar alguna de las razones utilizadas por aquellos, la decisión del caso puede quedar fundamentada por la no discutida y al quedar incólume hace que la resolución recurrida permanezca firme ..."* (Resolución

Interlocutoria N° 89/21 "Salinas", del registro de la Secretaría Civil).

11. Para finalizar, opino que, en el caso particular, resulta por demás discutible la exclusión de las incapacidades generadas por patologías psiquiátricas y/o psicológicas cuando están en juego situaciones en que el componente psicológico o psiquiátrico se corresponde con una base orgánica, como consecuencia de la integridad psicofísica inescindible que conforma al ser humano.

En estos supuestos se crea en el espíritu de los asegurados la falsa creencia de una garantía inexistente, desnaturalizando las obligaciones de la aseguradora y frustrando la finalidad misma que es propia de este tipo de contratos.

12. Así, el perito médico especialista en medicina del trabajo informó que el actor padece distintas patologías físicas: 1) patología osteoarticular - columna lumbar - discopatías- limitación de la movilidad; 2) patología auditiva: hipoacusia perceptiva bilateral; 3) patología insuficiencia venosa periférica- Estadio II; y 4) patología osteoarticular –limitación funcional de columna cervical- 5) patología oftalmológica –disminución de la agudeza visual-. Por otra parte, la pericial psicológica realizada sostuvo que el accionante padece patología invalidante correspondiente con un trastorno del estado del ánimo, compatible con un cuadro F 32.2. Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos, crónico. Señaló que estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral y en otras áreas de su vida.

13. No puede perderse de vista que la incapacidad total y permanente diagnosticada en el Sr. Vicente Clause se integra con componentes de patología psiquiátrica

interactuando con otras de base orgánica, lo que arroja un grado de incapacidad total e irreversible mayor al 66% fruto de la interrelación de la unidad psicofísica inescindible propia del ser humano.

En tal sentido, la licenciada en psicología en su dictamen de fs. 138/144, apuntó que la incapacidad que padece el actor tiene adecuada relación de causalidad con la incapacidad física y que, a la fecha del dictamen pericial, el actor se encontraba impedido de realizar sus tareas habituales.

14. Si el contrato de seguro de vida colectivo brinda cobertura a la invalidez o incapacitación total del asegurado, considero que no resulta razonable que el núcleo prácticamente absoluto de la gradación de incapacidad se halle constituido exclusivamente por la enfermedad física.

Tal cláusula limitativa desnaturaliza el mismo riesgo asumido por la aseguradora que, en el caso, se efectiviza a raíz de la sumatoria de ambas patologías relacionadas de manera inseparable porque -como se señaló- se desprende de la pericial que la manifestación depresiva se manifiesta a partir de las enfermedades físicas padecidas.

Merece resaltarse lo establecido por los peritos intervinientes en los autos bajo análisis -y que no fuera objetado por la demandada-, en cuanto se señala la imposibilidad del actor de realizar tareas remunerativas ni de poder superar un examen preocupacional (fs. 144 y 150vta.), lo que conlleva a reforzar la interpretación armónica de los hechos y concluir en la configuración de una incapacidad total y permanente del asegurado.

Es que el elemento que define el grado de incapacidad a los efectos del pago del seguro, no está dado por la estimación matemática de la minusvalía sino por la consideración de ella sobre las posibilidades laborales del

afectado. Si la incapacidad residual que le queda al damnificado es insuficiente para permitirle la realización de otras labores que le proporcionen los medios de subsistencia adecuados a su condición socioeconómica, ello debe ser indemnizado.

15. Por lo expuesto, carece de razón la recurrente, en cuanto no se ha configurado, en la especie, el vicio de nulidad denunciado. De ahí que la pretensión recursiva analizada deviene improcedente, confirmándose así lo resuelto por la Cámara sentenciante.

16. Sentado lo que antecede, corresponde analizar la queja referida al cómputo de intereses del capital de condena.

Sobre este punto, la demandada expresa que la sentencia en crisis evidencia falta de motivación al determinar la fecha de inicio del cómputo de los intereses a partir del 30/08/18. Es decir, en una fecha distinta a la que ella considera como denegación del reclamo.

Sostuvo que el asegurado debía cumplir con las cargas informativas y la aseguradora tenía la facultad de verificar y expedirse sobre el pago del capital asegurado. Por lo que al no cumplirse con el pedido de información complementaria, considera que la mora debió situarse en la fecha en que se contestó demanda, ya que recién allí la demandada evidenció su voluntad de rechazar la solicitud.

En este aspecto he sostenido en la citada causa "Baldes" (Acuerdo N° 08/24) que las reglas contenidas en los artículos 50 y 51 de la Ley de Seguros nos llevan a formular que la mora del asegurador opera por el mero vencimiento de los plazos y resultaría nulo cualquier convenio que exonere al asegurador de la responsabilidad por su mora.

Conforme la doctrina de este Tribunal en los casos

"Muñoz" y "Monte" (Acuerdos N° 18/14 y N° 47/15) se fijó como fecha de inicio de los intereses la época en que "... *la empleadora tomó conocimiento de la incapacidad que padecía el actor ...*".

Igualmente, en el antecedente "Ferreyra", y por las particularidades propias del caso, se fijó dicho término en la época en que se determinó la incapacidad en sede administrativa.

En este punto, cabe señalar que resulta correcto –porque corresponde a la causa del contrato- identificar "la notificación de la incapacidad a la empleadora" con el nacimiento del débito de responsabilidad: ya que ahí se constituye el requerimiento del hecho indemnizable (muerte o incapacidad total).

Consecuentemente, es la notificación a la empleadora de la incapacidad que padece el asegurado lo que debe ocurrir dentro de la duración de la relación aseguradora, ya que, a partir de allí, surge implícitamente de manera automática una obligación del asegurador en los límites del contrato celebrado. Véase que, en el presente caso, en idéntica fecha (30/08/18), el actor remitió epistolar a la aseguradora en la que se denuncia el siniestro y se informa la documentación que obra en su poder y la que estaría en resguardo de la empleadora.

Por otra parte, la notificación del rechazo del siniestro por parte de la aseguradora (que esta última pretende diferir al momento de contestación de demanda) sólo representa la voluntad de la compañía de no admitir el mismo, pero no se constituye en la fecha de mora por incumplimiento de la obligación.

Además, cabe advertir que los argumentos de la aseguradora sólo intentan oponer una singular interpretación de las circunstancias de la causa, al diferir con lo resuelto

por la Cámara de Apelaciones y la doctrina de este Tribunal Superior de Justicia en materia de cómputo de intereses y sin tener en cuenta que dichas cuestiones resultan propias del ámbito reservado a los jueces ordinarios de la causa y, en principio, ajena a esta instancia extraordinaria siempre y cuando no se demuestre en la especie la configuración de absurdo probatorio, conforme la doctrina de este Cuerpo. Extremo que la impugnante ni siquiera ha denunciado –ni por ende demostrado- en el caso.

Al cabo de este análisis se concluye que la presentación casatoria articulada no resulta suficiente para lograr la apertura de la revisión extraordinaria procurada.

17. Por último, cuadra reiterar que las exigencias antedichas no son solemnidades innecesarias ni arcaísmos sacramentales que hayan perdido su justificación procesal, sino que responden a la necesidad de no restarle al recurso su carácter extraordinario, que impone el previo cumplimiento de presupuestos inexcusables para evitar que en la práctica se concluya por desvirtuarlo.

18. En suma, propongo al Acuerdo declarar improcedente el recurso de Nulidad Extraordinario incoado por la aseguradora recurrente.

III. Que, con relación a la tercera de las cuestiones planteadas y sometidas a escrutinio en este Acuerdo, las costas de esta instancia serán a cargo de la parte recurrente vencida (artículo 12, Ley Casatoria).

IV. Por todo lo expuesto, de conformidad con el dictamen de la Fiscalía General Subrogante, propongo al Acuerdo: **1) DECLARAR IMPROCEDENTE** el recurso de Nulidad Extraordinario deducido por la aseguradora demandada –Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- (fs. 244/262vta. y de idéntico tenor fs. 264/282vta.) y, en consecuencia, **CONFIRMAR**

la sentencia de la Cámara Provincial de Apelaciones –con competencia en el Interior- (Sala I), con asiento en la ciudad de Zapala (fs. 232/239vta). **2)** Las costas en esta etapa serán a cargo de la recurrente vencida (artículo 12, Ley Casatoria). **3) REGULAR** los honorarios a los letrados intervinientes en esta etapa, en un 25% de lo que corresponde por su actuación en primera instancia (artículos 15 y concordantes, Ley de Aranceles). **4) DISPONER** la pérdida del depósito realizado conforme constancias de fs. 263, 263vta. y 301vta. -en concordancia con la consulta al sistema *homebanking* de esta Secretaría Civil- (artículo 10, Ley N° 1406). **VOTO POR LA NEGATIVA.**

V. El señor Vocal doctor **Roberto G. Busamia**, dijo: Comparto el análisis desarrollado por el Sr. Vocal que antecede, en orden a la improcedencia del remedio de Nulidad Extraordinario incoado por el agravio referido al inicio del cómputo de los accesorios del capital de condena, a la luz de la doctrina de este Tribunal Superior de Justicia en torno a este punto y mi voto coincidente con el del citado Vocal en la causa "Baldes".

No obstante ello, discrepo con los argumentos expuestos en cuanto a idéntico remedio en lo que respecta a la defensa de exclusión de cobertura.

1. Conforme he manifestado en la causa "Jara" (Acuerdo N° 21/23, del registro de la Secretaría Civil), y mantenido en el precedente "Baldes", 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.

El riesgo 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.

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 formula 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.

2. En la especie, el seguro de vida colectivo se encuentra instrumentado en dos modalidades: 1) Seguro de Vida Colectivo obligatorio (Póliza N° 286950); y 2) Seguro de Vida Colectivo optativo (Póliza N° 287099).

Para el obligatorio la cobertura básica es por muerte por cualquier causa y las coberturas adicionales son por 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 que la cobertura básica es por muerte por cualquier causa y las coberturas adicionales son por 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° 287099 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 ...".

3. 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, LA LEY AR/DOC/1634/2006).

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

4. 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).

5. Conforme este marco conceptual -desarrollado en los antecedentes antes citados ("Jara" y "Baldes")- 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 el beneficiario, ella ha sido redactada con una impresión fácilmente advertible en el contexto general del documento negocial.

Con cita de Rubén S. Stiglitz se dijo 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 del asegurado.

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, ps. 106 y ss.), ya que lo contrario provocaría un grave desequilibro en el conjunto de las operaciones de la compañía.

6. Paralelamente a lo expuesto, debe señalarse que el formulario de solicitud de seguro colectivo (en su modalidad obligatoria y adicional) fue suscripto al pie por el Sr. Vicente Clause, conforme surge de fs. 54/57vta..

Ello denota que el actor 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 oponibles sus términos.

Repárese que, anoticiado el Sr. Vicente Clause 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 recapitular 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. Facal, Carlos José María, "El Seguro de Vida en la Argentina", Bs. As, LexisNexis, 2007, p. 176).

Por ello, en la presente causa se encuentra acreditado el conocimiento expreso del contenido del contrato y sus limitaciones, de idéntica forma a la acaecida en los expedientes anteriormente fallados por esta Vocalía. A su vez, no estamos ante un caso de traspaso de cartera, con modificaciones en los términos de las exclusiones, ni los términos de la negociación con la empleadora la obligaban a cubrir todos los supuestos de incapacidades.

7. 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, 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 abusivas 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 puede considerarse que se haya desvirtuado el 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 LA LEY AR/DOC/832/2021).

8. Entonces, despejado lo atinente a la redacción clara y legible de la cláusula de exclusión de cobertura como, asimismo, al debido anoticiamiento que tenía el accionante de la misma, resta analizar –como en los antecedentes anteriormente fallados- si 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 el asegurado.

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 al actor.

El perito médico informó que el actor padece distintas patologías físicas: 1) patología osteoarticular- columna lumbar- discopatías- limitación de la movilidad; 2) patología auditiva: hipoacusia perceptiva bilateral; 3) patología insuficiencia venosa periférica- Estadio II y 4) patología osteoarticular –limitación funcional de columna cervical- 5) Patología oftalmológica –disminución de la agudeza visual-. Total de incapacidad: 58,33%.

Por otra parte, la pericial psicológica realizada sostuvo que el accionante padece patología invalidante correspondiente con un trastorno del estado del ánimo, compatible con un cuadro F 32.2. Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos, crónico. Total incapacidad psicológica: 40%.

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 el actor no alcanzan el porcentaje de incapacidad mínimo para tener por configurado el daño indemnizable (58,33%).

Véase al respecto que, sin la incapacidad psicológica y/o psiquiátrica, el asegurado no alcanza el porcentaje de incapacidad permanente y total requerido por el contrato.

Ello en razón de que la patología psiquiátrica y/o psicológica incide en un 40% en la invalidez del interesado 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".

9. Además, conforme lo sostenido por la demandada desde la contestación de demanda y reiterado en la etapa probatoria (fs. 86) y en las instancias recursivas (fs. 213vta./214), no corresponde hacer operativo los factores complementarios que prescribe el Decreto N° 478/98.

El presente contrato hace referencia en su articulado a un procedimiento específico para determinar la incapacidad del beneficiario. Cuenta con un procedimiento propio para el cálculo de la incapacidad, el que si bien adscribe al método de la capacidad restante de la Ley de Riesgos no contiene los factores de ponderación del Baremo N° 659/96 ni dispone la aplicación de las disposiciones del Decreto N° 478/98 de la Ley N° 24241.

Tal como surge de la pericia médica mencionada, el trabajador padece diferentes minusvalías parciales y permanentes. Dicha circunstancia implica la necesidad de realizar el cálculo de la manera en que se prescribe en el apartado respectivo de la póliza acompañada (3° "INCAPACIDADES PARCIALES" -fs. 48-) que regula el método específico de cálculo. Esto a los fines de fijar la incapacidad total a considerar respecto de los términos asegurativos.

Amén de lo expuesto, considero que la aplicación literal de esta cláusula no conllevaría una desnaturalización del contenido del contrato de seguro desde que la adición de dichos factores tales como los de ponderación o complementarios se encuentran previstos específicamente para sistemas concretos (riesgos de trabajo y sistema de jubilaciones y pensiones). Por consiguiente, dichas variables

no pueden ser trasladadas en forma analógica sin más a este tipo de reclamos.

En este punto, debo señalar que las pretensiones por cobro de seguros como el que nos ocupa y las derivadas del régimen jubilatorio o de riesgos del trabajo, por ser de diversa naturaleza jurídica, se rigen por reglas procesales y principios de derecho de fondo que le son propios e independientes.

Pues, conforme he dicho en otra oportunidad, "*... la incapacidad prevista por las leyes previsionales se basa en presupuestos diferentes a los exigidos por el seguro ...*" (cfr. Acuerdo N° 33/22 "Pino", del registro de la Secretaría Civil).

En consecuencia, tomando en consideración que a los fines de fijar la incapacidad asegurada solo debe aplicarse el método de la capacidad restante, se observa que el actor no supera ese 66%. De ahí que no se alcanza el grado de minusvalía fijado en el contrato de seguro como para calificar la incapacidad del Sr. Vicente Clause como total, permanente e irreversible. Esto en razón de que el perito médico, sin tener en cuenta los factores complementarios, determinó ese porcentual en un 58,33% (conforme surge de fs. 150vta.).

10. En este contexto, la sentencia pronunciada por la Cámara Provincial de Apelaciones –con competencia en el Interior- exhibe un claro error de motivación porque amplía la garantía asegurativa al incorporar patologías psiquiátricas y/o psicológicas que se encontraban *ab initio* excluidas de cobertura, en contraposición a expresas cláusulas contractuales.

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. La función social del seguro no varía la conclusión a la que se arriba, 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 CSJN que "*... 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). La CSJN indicó que "*... 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 Sr. 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 y 322:653).

14. Por todo lo expuesto, si la cláusula exonerativa del riesgo es clara y fue debidamente conocida por el asegurado deberá ser aceptada y acatada. El contrato debe ser respetado en su redacción, ya que los derechos resultantes de las convenciones suscriptas 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 diálogo 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, incurrió en arbitrariedad por deficiente fundamentación al apartarse de

los términos claros y precisos del contrato suscripto y, por sobre todo, 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.

Ha sostenido nuestra Corte Federal al respecto que *"... Para resguardar las garantías de la defensa en juicio y debido proceso es exigible que las sentencias estén debidamente fundadas tanto fáctica como jurídicamente y de tal modo constituyan una derivación razonada del derecho vigente con aplicación a las concretas circunstancias de la causa, sin que basten a tal fin las meras apreciaciones subjetivas del juzgador ni los argumentos carentes de contenido ..."* (Fallos: 327:5456).

15. Entonces, propongo al Acuerdo declarar procedente el recurso de Nulidad Extraordinario articulado por la parte demandada, por vulnerar los recaudos de debida fundamentación en lo que respecta a la cláusula de exclusión de cobertura e improcedente respecto del restante agravio invocado (inicio del cómputo de los intereses), conforme la adhesión formulada al voto preopinante.

16. De acuerdo a lo prescripto por el artículo 21 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. 213/221vta.) sólo en lo atinente al aspecto casado. En su mérito, corresponde revocar -en lo pertinente- la sentencia dictada en primera instancia 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 computados desde el 30/08/18, conforme fuera desarrollado en el voto que abre el presente Acuerdo.

17. 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 (cfr. Acuerdo N° 21/23 "Jara" del registro de la Secretaría Civil).

Luego, para las provocadas ante la Alzada se tiene en consideración el resultado final al que se llega por el presente y los agravios de las partes ante dicha instancia, entendiendo que se deben imponer en el orden causado.

Por último, las generadas en esta etapa casatoria se imponen también en el orden causado (artículos 68, 2do. párrafo, 279, CPCyC, y 12, Ley N° 1406).

De seguido, corresponde dejar sin efecto las regulaciones de honorarios efectuadas, debiendo adecuarse al nuevo pronunciamiento en la instancia de origen, regulando

los honorarios de los letrados intervinientes ante el Tribunal de Alzada y en la 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, Ley Arancelaria).

VI. Convocada a dirimir la disidencia (artículo 4, Reglamento de División en Salas del Tribunal Superior de Justicia), la señora Presidente –**Dra. María Soledad Gennari**– dijo:

Al analizar este tipo de contratos, como expuse en su momento al suscribir el Acuerdo N° 1/17 "Acevedo", siguiendo los lineamientos trazados en los precedentes "Camargo" y "Géliz", no es posible soslayar la función social, finalidad tuitiva y naturaleza alimentaria de los seguros de vida colectivos (en sus modalidades obligatorio y adicional). Sin embargo, las particularidades de este caso, me convencen de la improcedencia del reclamo del seguro adicional pretendido por la accionante.

Es que, en el sub-lite, la cláusula de exclusión de las "patologías psicológicas y/o psiquiátricas" se encontraba clara, legible y fue debidamente notificada a la actora. En consecuencia, si las reglas de autonomía eran claras, la extensión del riesgo debe apreciarse literal, restrictiva o limitadamente. Por lo que no era admisible la interpretación analógica o extensiva de la materia sobre la que se contrata, dado que ampliar la cobertura provocaría, inevitablemente, una desnaturalización de la relación de equilibrio.

Por lo demás, debo señalar que en el presente caso se debe calcular la incapacidad física total sin la adición de los factores complementarios. Ello, en atención a que la

cláusula relacionada con la manera de calcular la incapacidad física, total, permanente e irreversible (fs. 48), si bien adscribe al método de capacidad restante, en ningún momento reconoce la posibilidad de aplicar factores complementarios y/o de ponderación. Estos últimos refieren a una variable no prevista para este tipo de reclamos y resultan propios de otros sistemas (riesgos de trabajo y jubilaciones y pensiones). Por consiguiente, contando la póliza con un procedimiento específico para determinar la incapacidad del beneficiario, debe estarse a las estipulaciones pactadas.

Con esta perspectiva es que me inclino por adherir al voto el Dr. Roberto G. Busamia, expresando el mío en idéntico sentido, compartiendo tanto los fundamentos como la solución por él postulada. **MI VOTO.**

VII. De lo que surge del presente Acuerdo, oída la Fiscalía General Subrogante, por mayoría, **SE RESUELVE: 1°) Declarar PROCEDENTE** el recurso de Nulidad Extraordinario impetrado por la aseguradora demandada –Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- (fs. 244/262vta. y de igual tenor 264/282vta.), contra la sentencia dictada por la Sala I de la Cámara Provincial de Apelaciones –con competencia en el Interior-, con asiento en la ciudad de Zapala (fs. 232/239vta.), **NULIFICANDO PARCIALMENTE** dicho fallo por vulnerar los recaudos de debida fundamentación en lo que respecta a la cláusula de exclusión de cobertura. **2°)** Declarar **IMPROCEDENTE** idéntico remedio respecto del restante agravio invocado (inicio del cómputo de intereses). **3°)** Por imperio de lo dispuesto en el artículo 21 del ritual casatorio, **RECOMPONER** el litigio mediante el acogimiento parcial del recurso de apelación articulado por la parte demandada (fs. 213/221vta.) sólo en lo atinente al aspecto casado. Por consiguiente, revocar –en lo pertinente- la sentencia dictada en primera instancia, manteniéndose el

acogimiento de la demanda únicamente por el seguro de vida obligatorio ($20.000.-) con más los intereses computados desde el 30/08/18. **4°)** Mantener la imposición de las costas en la primera instancia a la parte demandada en su calidad de vencida (artículo 17, Ley N° 921). Luego, las provocadas ante la Alzada y en esta etapa casatoria se imponen en el orden causado (artículos 68, 2do. párrafo, 279, CPCyC, y 12, Ley N° 1406). **5°)** Dejar sin efecto las regulaciones de honorarios dispuestas en las instancias anteriores, readecuándolas al nuevo pronunciamiento, en la instancia de origen. Regular los honorarios de los letrados intervinientes ante el Tribunal de Alzada y en la etapa casatoria en un 30% y un 25%, respectivamente, de la cantidad que corresponde 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 (artículo 15, Ley N° 1594). En este aspecto, se deberá tener en cuenta que atento el exiguo monto de condena ($20.000.-) y de conformidad con la doctrina de la confiscatoriedad seguida por este Cuerpo, se deberán regular de acuerdo a los mínimos legales. **6°) DISPONER** la devolución del depósito efectuado a fs. 263, 263vta. y 301vta. –en concordancia con la consulta del sistema *homebanking* de la Secretaría Civil-, por imperio del artículo 11 de la Ley Casatoria. **7°) ORDENAR** registrar y notificar esta decisión a las partes y, oportunamente, **REMITIR** las actuaciones a origen.

vap

Dr. ROBERTO G. BUSAMIA
Vocal

Dr. GUSTAVO A. MAZIERES
Vocal

Dra. MARÍA SOLEDAD GENNARI
Presidente

JOAQUÍN A. COSENTINO
Secretario

RECURSO EXTRAORDINARIO FEDERAL

(Caratula artículo 2º reglamento)

Expediente

Nro. de causa: 44.797/2019

Carátula: "CLAUSE, Vicente 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 I 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: CLAUSE, Vicente

Letrado patrocinante:

Apellido y nombre:

Tomo: Folio

Domicilio constituido:

Decisión recurrida:

Descripción: Acuerdo N° 9 dictado por el Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén

Fecha: 16/04/2024

Ubicación en el expediente: Actuación 22500

Fecha de notificación: 16/04/2024

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) (conf. Fallos:280:382; 296 693; 311:1804; 324:547). Asimismo se introdujo formalmente al momento de contestar traslado recurso de casación de nulidad extraordinario.

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. Violación del bloque de derecho constitucional, convencional, consumeril y normas del CCyC que protegen los derechos de los consumidores. Violación de la doctrina de la CSJN sobre cláusulas abusivas Fallo:340:172 – Considerando 10.

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, señor Vicente Clause, 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:” CLAUSE, VICENTE ***c/*** SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA**”** (Expte. JZA1S2 N° 44.797-Año 2019), 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° 9 dictado por el Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén con fecha 16 de abril año 2024, notificado electrónicamente a esta parte en misma fecha, que declaró procedente por mayoría el recurso de Nulidad Extraordinario interpuesto por la aseguradora demandada, casando parcialmente la decisión dictada a fs. 232/239 vta. por la Sala I de la Cámara Provincial de Apelaciones -con competencia en el interior-, con asiento en la localidad de Zapala, por vulnerar los recaudos de debida fundamentación en lo que respecta a la cláusula de exclusión de cobertura, recomponiendo el litigio mediante el acogimiento parcial del recurso de apelación articulado por la parte demandada (fs. 213/221vta.) solo en lo atinente al aspecto casado, revocando la sentencia dictada en primera instancia (fs. 191/208) 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), art. 5 (la Ley 17.418 – L.S.- es complementaria del Código Civil y Comercial la necesidad del dialogo de fuentes con los principios generales del mismo y sus normas indisponibles), 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° 9 de fecha 16 de abril año 2024 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. 20/35 se presenta el Sr. Vicente Clause, 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 de la Dirección Provincial de Vialidad de la Provincia de Neuquén, quien ha actuado como tomador de tales seguros. Reclama la suma de $ 798.721,25 o lo que en más o en menos resulte de autos, con intereses. Señala que Ingreso a trabajar en óptimas condiciones psicofísicas para su empleador con fecha 2 de mayo año cumpliendo tareas de perforista, limpieza de alcantarillados, maquinista de máquinas viales y electricista de máquinas pesadas. 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 12 de agosto 2018 el Dr. Alejandro González, médico especialista en medicina del trabajo, confecciona informe médico previsional, donde determinó que padece una incapacidad física del 66,42%, 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 las afecciones que padece son osteoarticulares, oftalmológicas, flebopatía periférica, gastritis crónica, hipoacusia bilateral severa. También padece de afección psicológica que se manifiesta en un cuadro depresivo, crisis de llanto, angustia, inutilidad, desesperanza. 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. Una vez que tomó debido conocimiento de su incapacidad, remite carta documento el 30/08/2018 mediante la cual pone en conocimiento su incapacidad e intima el pago de los seguros. Sostiene que la demandada recibió la indicada epistolar, y solicita envió de documentación que ya la actora había comunicado no estaba en su poder. 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. 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. Señala, que nos encontramos en presencia de 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 en 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 las 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). De allí que debe aplicarse el criterio sostenido por la CSJN donde debe aplicarse pautas equitativas para interpretar estas cláusulas, sosteniendo que "*la cláusula de invalidez total no se la puede entender en su expresión literal , esto es estar casi muerto o ser incapaz de realizar cualquier tipo de tareas, sino en un sentido más flexible, pues de lo que se trata es de establecer si el beneficiario se encuentra imposibilitado de realizar aquéllas actividades que le eran habituales u otras similares …" "Si la cláusula de la póliza que cubre el riesgo de invalidez total , que requiere que el asegurado no pueda desempeñar "cualquier actividad remunerativa" se la entendiese en su expresión literal, el riesgo cubierto sería inexistente, dado que -salvo el caso de muerte- siempre una persona estaría en condiciones de realizar alguna tarea por más insignificante que ella fuere".*(CSJN:311:1557). Respecto de las cláusulas abusivas dice que son las que desnaturalizan la obligación (art. 1117 sgtes del CCyC), de admitirse se produciría un desequilibrio significativo entre los derechos y obligaciones de las partes, en perjuicio del consumidor. Dice que la cláusula abusiva comprenden los concluidos por adhesión y los que tienen cláusulas predispuestas. Su razón es que no se trata de un control de incorporación sino de contenido, donde no importa si hubo adhesión o consentimiento. Las cláusulas abusivas se tienen por no convenidas. Funda en derecho. Ofrece pruebas. Peticiona. 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.58/74 comparece la demandada y luego de negar los hechos, efectuar consideraciones respecto al seguro contratado, suma asegurada y carga de la prueba, sostiene la inaplicabilidad de la ley de defensa del consumidor al régimen del seguro, en el sentido de que ésta última por ser ley especial no resulta modificada por aquella normativa general, conforme lo resuelto por la CSJN en "Buffoni". Respecto de la suma asegurada, refire que el actor tenía contratado $20.000 en el seguro obligatorio y $300.000 en el adicional, siendo este último el tope de suma asegurada. Dice que la contratación de la demandada es originaria, es decir no se halla condicionada por anteriores contrataciones que realizara el tomador. También indica que el actor se hallaba notificado o debidamente informado del contenido de las pólizas, dado que en fecha 25/04/2016 suscribió formularios de solicitud de incorporación al seguro en el cual se anexan condiciones de póliza, desprendiéndose de aquellos que el actor contestó el cuestionario de preguntas allí contenido, declaró estar en conocimiento del contenido de las pólizas y se le hizo entrega de las mismas junto, todo bajo firma de aquel, con lo cual no solo tuvo la posibilidad de interiorizarse sobre el contenido de la póliza y/o de informar su situación y/o de esclarecer las dudas que tuviera, sino que declaró estar en conocimiendo de su contenido. Además se alegó que siempre tuvo a su disposición copia de las pólizas que estaban en poder del tomador. Denuncia que la demanda es improponible por omisión en suministrar información solicitada. Alega exclusión de cobertura respecto del seguro de vida colectivo obligatorio y adicional en subsidio. Ello así, ya que la invalidez es inferior al 66% (no es total), además respecto del adicional no corresponde computar afecciones psicológicas yo psiquiátricas por estar expresamente excluidas (cláusula 7), las patologías físicas invalidantes no están previstas como riesgo asegurado en la cláusula taxativa que delimita o define a este riesgo. Se pide además, se aplique el método de cálculo de incapacidad previsto en a l póliza optativa, esto es capacidad restante sin factores de ponderación. Se denuncia el actor no se ha jubilado por invalidez.

Plantea inexistencia de cláusulas inoponibles y/o abusivas, especialmente las referidas a aquellas que determinan riesgo asegurado y capital pactado, en atención a que hacen al objeto del contrato. Plantea límite de responsabilidad por costas. Formula reserva del caso federal. Ofrece pruebas.

3.- Prueba: A fs. 87/88 se abre la causa a prueba, resolviéndose la oposición planteada por la actora, desestimando la misma por considerar la jueza que los puntos cuestionados resultan conducentes, siendo ella quien resolverá el baremo o método que corresponde aplicar. A fs. 93/119 el BPN S.A. acompaña copia del proceso licitatorio N° 044/2011 provisión del seguro de vida, en el cual constan las cláusulas contractuales invocadas por la demandada, las que se hallan redactadas en los pliegos licitatorios. A fs. 138/144 obra pericia psicológica la cual concluye que actor presenta daño psíquico, padeciendo un cuadro compatible con trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, con síntomas psicóticos, crónico, que conforme Baremo Nacional de la Tabla de evalución de incapacidades labores Ley 24.241, Decreto 478/98, por reacción vivencial anormal neurótica, con manifestación depresiva, de Grado III, representa un 40% de incapacidad, mas factores complementarios por edad cronológica, 10%; educación primaria: 7,5%. Total 47%. Dicho dictamen fue impugnado por la demandada a fs. 146/147 por considerar que los test utilizados no son objetivos, ya que son auto-administrados (los responde el peritado). A fs. 149/151 obra pericia médica en la cual se refiere que el actor, por su desempeño laboral en tareas diversas para la Dirección Provincial de Vialidad, con el correr de los años de trabajo comenzó a sentir dolores en su columna lumbar que lo llevaron a la consulta especializada, donde después de realizarle estudios específicos llegaron al diagnóstico de espondiloartrosis lumbar con compromiso discal e irradiación a los miembros inferiores. Agregado a esa patología lumbar desarrollo una patología cervical con artrosis y discopatías múltiples; y que junto a esas dolencias se le diagnostica hipoacusia bilateral y disminución de la agudeza visual con uso de lentes. Que presenta insuficiencia venosa de miembros inferiores de larga evolución. Que actualmente el peritado se encuentra medicado para sus patologías osteoarticulares. Conforme método de capacidad restante e incapacidad asignada a cada afección, fija 58,33% de incapacidad, a la que adiciona factores complementarios por edad cronológica (10%): 5,833% y nivel de educación formal: primario (7,5%): 4,37%, que determinar una incapacidad final del 68,53%. A fs. 158/159 la perito psicóloga

contesta la impugnación de pericia ratificando la misma. A fs. 179/180 contesta la intimación por documental el tomador remitiendo recibos de haberes. A fs. 190 pasan los autos a sentencia.

4.- Sentencia de primera instancia: A fs. 191/208 obra sentencia de primera instancia por medio de la cual se hizo lugar a la demanda por la suma de $320.000 en concepto de capital por seguro de vida colectivo obligatorio y adicional más intereses, con costas. Para así resolver luego de relatar los antecedentes de la causa, sintetizar las posturas de las partes, narrar las pruebas producidas, 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. A estos fines suma las incapacidades determinadas por el perito médico mediante el método de la capacidad restante, adicionando factores de ponderación, concluyendo que la incapacidad es del 68,3% de la T.O., razón por la cual estima probado con dicho medio probatorio que el actor presenta una invalidez total, absoluta y permanente de orden físico superior al 66%. Respecto a la invalidez psicológica, afirma que pese encontrarse debidamente fundada en los conocimientos de la experta, siendo la incapacidad física por sí sola total, no modifica la situación de incapacidad total del accionante. Resalta la magistrada que la pericia médica no ha recibido impugnaciones. Considera que resulta procedente la demanda, ya que el riesgo asegurado en ambas pólizas es la incapacidad total, permanente y absoluta. Para así hacerlo,

declara inoponible las cláusulas limitativas de responsabilidad de la aseguradora accionada y deberes de información que se le atribuyen no cumplidos, ello por restringir indebidamente el presupuesto fáctico cubierto por los seguros y además por no haber sido notificado de ello en debida forma. De allí, que al haberse acreditado que el actor presenta una incapacidad física del 68,30% concluye que las cláusulas de limitación y exclusión de cobertura desvirtúan la finalidad del contrato y desnaturalizan las obligaciones de la aseguradora, concluye que las mismas resultan ciertamente abusivas. A tales fines, aplica al presente las pautas interpretativas de la normativa de protección al derecho del consumidor, conforme criterio del Máximo Tribunal Provincial en los precedentes: “Camargo”, “Géliz”, “Muñoz”, “Ferreyra” y “Almeida” y “Jerez” de la Excma. Cámara Provincial. 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, hace lugar a la demanda por la suma indicada,con costas e intereses.

5.- Apelación fundada de la demandada: A fs. 213/212 apela y funda la demandada contra el fallo de primer instancia, solicitando su revocación parcial, con costas. A estos fines solicita se rechace la demanda respecto de la pretensión del cobro del seguro adicional, en la medida en que no se probó el acaecimiento del riesgo cubierto conforme los términos de dicha póliza ya que: i) la incapacidad física sin factores de ponderación –conforme método de cálculo previsto en la póliza- es inferior al 66%; ii) no corresponde computar patología psicológica yo psiquiátrica, atento estar expresamente excluida de cobertura. Así asevera, que la incapacidad del reclamante no es total y absoluta, explicando que los derechos y obligaciones de las partes

se encuentran delimitados en el contrato de seguro suscripto e invocando fallos de la CSJN en tal sentido. Afirma que para tener derecho al cobro del seguro optativo se debió probar el riesgo, en este caso la incapacidad total y permanente, cuya carga probatoria pesaba sobre el demandante. Indica, que para la determinación de la incapacidad debió aplicarse el método de cálculo de incapacidad establecido en la póliza adicional, el cual se corresponde con el método de capacidad restante sin factores de ponderación. Insiste en la obligación de respetar la letra del contrato de seguro, afirmando que no se puede elegir libremente el baremo para ponderar la incapacidad. Se agravia que la jueza a quo considerara probado con la pericia médica producida que el actor presenta una invalidez superior al 66% -total y absoluta-, cuando de dicho dictamen y del contenido de la póliza optativa surge, precisamente, lo contrario, situación que torna arbitraria la sentencia recurrida. En el caso, la póliza adicional contiene una cláusula especial que resulta aplicable. No se trata de elegir libremente el baremo de ley con el cual ponderar la invalidez, sino de aplicar lo estipulado en el contrato. Destaca que la pericia médica realiza los dos cálculos, capacidad restante sin factores, informando un porcentaje (58,33%) y posteriormente añade factores. Con lo cual, sin factores de ponderación la invalidez es menor al 66%, por lo que la demanda debió rechazarse. Advierte, que la cláusula contractual no ha sido cuestionada por la parte actora, y no puede sostenerse que sea abusiva en forma alguna, resaltando que la jueza omite su aplicación sin motivo alguno. Señala que se ha agregado a autos la solicitud de seguro y anexos, debidamente notificado el actor, sin observación alguna. Solicita se desestime el reclamo de seguro adicional por no haberse comprobado el acontecimiento del riesgo asegurado, esto es la incapacidad total, permanente y absoluta igual o superior al 66%, sin factores de ponderación, conforme los términos de la póliza. Por otra parte, y complementariamente afirmamos que no corresponde computar la invalidez psicológica y/o psiquiátrica, dado que se halla expresamente excluida de cobertura. Manifiesta que no corresponde computar las afecciones psicológicas y/o psiquiátricas dado que se hallan expresamente excluidas de cobertura, y si bien la sentenciante no se expidió concretamente sobre el punto, lo cierto es que entiende que sus consideraciones son aplicables al caso, por ello plantea el agravio. Cita jurisprudencia del Cámara de Apelaciones de Neuquén, y del TSJ local, que entiende decidieron que no correspondía computar la afección

psicológica, por estar expresamente excluida. Indica, que en el relato de los agravios (fs. 218 y vta.), manifestamos que la parte actora estaba debidamente informada de la existencia de la exclusión, conforme solicitud de seguro de vida colectivo y sus anexos suscriptos. Que más allá que no estén firmados en todas sus hojas, la firma final del documento permite tener por prestada la conformidad de las precedentes. Solicita se revoque el fallo recurrido, en la medida requerida, con costas. Formula reserva de caso federal.

6.- Contestación traslado expresión de agravios efectuado por la actora: La parte actora contesta agravios a fs. 223/226 y, en forma preliminar, denuncia el incumplimiento de los requisitos exigidos por el art. 265 del CPCC. Cita jurisprudencia de esta Alzada. Seguidamente contesta los agravios en subsidio. Aduce que la accionada no se hace cargo de confrontar ni derrumbar la doctrina y jurisprudencia invocada por la sentenciante, en cuanto no hace lugar a las cláusulas limitativas impuestas en la póliza.Cita los precedentes jurisprudenciales en que se fundamentó la sentencia, en los cuales no se cuestiona la aplicación de la LDC a las relaciones de consumo, como lo es este juicio, donde las cláusulas limitativas de la póliza le son inoponibles al actor, en las que se debaten relaciones que son de tipo social y laboral, siendo cláusulas limitativas de la responsabilidad de la demandada. Destaca que la demandada no pidió explicaciones ni impugnó la pericia médica. En estos términos solicita se rechace el recurso interpuesto, con costas.

7.- Sentencia de segunda instancia: A fs.232/239, la Sala I de la Alzada del Interior emite sentencia rechazando el recurso incoado, con costas. 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 (no corresponde computar la invalidez psicológica/psiquiátrica, dado que se halla expresamente excluida de cobertura). Señala que dicha cuestión ya fue resuelta en precedentes de esta Alzada entre otros “Jara Julia Ester c/ Sancor” siguiendo el criterio de lo resuelto en “Almeida Jorge c/Sancor”. Indica que sigue la postura y criterio adoptado por el TSJ Local “Ferreyra c/ Caja de Seguros”, donde se debe tener en cuenta la incapacidad psiquiátrica al momento de determinar el porcentaje de

incapacidad teniendo presente que este tipo de contratos deben ser interpretados siguiendo el principio de progresividad y no regresividad, estamos presente frente a un derecho de la seguridad social y también de tinte laboral, siempre deben interpretarse de la forma más favorable al trabajador/consumidor. También trae a colación el precedente del mismo tribunal “Cifuentes c/ Caja de Seguros” donde se decidió que este tipo de contratos no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su función social, de amparase las pretensiones de aplicar limitaciones y exclusiones de cobertura se estaría negando la propia existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional, en concreto es la incapacidad laborativa el presupuesto fáctico que debe concurrir para que el beneficiario tenga derecho al cobro del seguro contratado. También consideró que no se puede tener absoluto apego a la literalidad de las cláusulas contractuales, si así fuese, se omite considerar la finalidad tuitiva y de naturaleza alimentaria de esta clase de seguros, no haciendo mérito de su función social, apartándose del principio por el cual, en caso de duda razonable, corresponde rechazar el desconocimiento de los derechos del asegurado. También consideró que en los seguros de vida se debate un derecho social, consagrado por el propio Estado para atender a la protección del ser humano, donde debe atenerse a las pautas establecidas por los tratados internacionales incorporados a la C.N. (art. 75 inc.22), que son coadyuvantes del principio protectorio, por estar orientadas a dar preferencia a la interpretación que con mayor efectividad resguarde los derechos humanos involucrados. Respecto al derecho a la información, destaca que la que debe recibir el consumidor se encuentra establecida en los arts. 42 CN y 1100 del CCyC, se trata de una información necesaria que debe brindarse para que el consumidor pueda tomar la decisión de contratar debidamente impuesto de los alcances del contrato. Se trata de la protección del consentimiento para que éste pueda ser eficaz. Indica que las cláusulas limitativas que se excluyen son las que producen un desequilibrio significativo entre los derechos y obligaciones de las partes, en perjuicio del consumidor y que

desnaturalizan el contrato, su fin perseguido. En estos casos, no resultará suficiente cumplir con el deber de información, porque hay un control de contenido de la cláusula, más allá de su inteligibilidad o que el consumidor apruebe. Son cláusulas abusivas “no se trata de un control de incorporación, sino de contenido, en el que no importa si hubo adhesión o consentimiento. Las cláusulas predispuestas, son abusivas las que desnaturalizan las obligaciones del predisponente; importan renuncias o restricción a los derechos del adherente o amplían derechos del predisponente que resulten de normas supletorias. Las cláusulas abusivas se tienen por no convenidas” “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” (Fundamentos del Código Civil y Comercial , Título III, “Contratos de Consumo”. Por lo expuesto rechaza el agravio. A su turno el vocal Furlotti, comparte y adhiere los fundamentos y solución que propone su colega de sala. En consecuencia, se rechaza el recurso de apelación interpuesto por la demandada, con costas.

8.- La demandada interpone recurso de casación de Nulidad Extraordinario: La demandada, a fs. 244/262 vta, interpuso recurso de Nulidad Extraordinario contra la sentencia de la Cámara Provincial. La recurrente invocó en la queja el art. 18° de la Ley 1406 y circunscribió el remedio en base a la arbitrariedad derivada del vicio de motivación (art. 238 Constitución Provincial y 34, inc. 4 y conc. del CPCyC de la Provincia de Neuquén). Únicamente cuestiona, respecto de seguro de vida colectivo adicional, que se hubiera incluido en el cómputo final de incapacidad a la afección psiquiátrica diagnosticada por la perito psicóloga cuando la misma estaba expresamente excluida de cobertura conforme lo establecía la cláusula 7°. Indica que los fundamentos de la Cámara son generales, dogmáticos, y carentes de sustento o anclaje en las particularidades de la causa, lo que tornaría el fallo en arbitrario. Denuncia que el fallo se asienta en premisas falsas y en afirmaciones no probadas que lo tornan nulo, debiendo el juzgador atenerse a las

pautas que surgen de la póliza de seguro y pliego licitatorio. Expone que no resulta aplicable al caso la doctrina “Cifuentes” ni el caso “Almeida” porque en ellos la parte actora desconocía los términos de la póliza, cuestión que no ocurre en los presentes, toda vez que el actor suscribió con fecha 24/04/16 la solicitud de seguro colectivo y anexos de las condiciones de la póliza, por lo que conocía expresamente sus términos. Afirma, que la afección psiquiátrica era perfectamente delimitable y, por lo tanto, posible de pactar por cuanto su segmentación resultaba lícita. Sostiene, que no se estaría ante una “duda razonable”, en tanto no se daría el supuesto de imprecisión conceptual de la cláusula ni dudas en torno a su oponibilidad, como tampoco se encontraría probado que el actor tuviera contratada originariamente una cobertura mayor, ni que él y su familia se encuentren desguarnecidos. Cita los precedentes “Bastía” y “Cid Rosa” de este TSJ. Indica que en el caso, sin la incapacidad psicológica-psiquiátrica no se llega al 66%, dado que corresponde excluir los factores de ponderación. Afirma que no se vislumbra una violación de la Ley 24.240 puesto que la cuestión se vincula al riesgo asegurado y a la ecuación económica del contrato. Afirma la inexistencia de cláusulas abusivas, entendiendo que tanto la obligación de la aseguradora como el derecho del asegurado se encuentran delimitados en el contrato suscripto. Cita el fallo “Buffoni” y “Flores” de esta CSJN. Sostiene que el fallo recurrido adolece de vicios que lo descalifican como pronunciamiento judicial válido en los términos de la doctrina de la CSJN (Fallos:239:3488; 330:2134 y 4930). Considera que dicha descalificación se corresponde al razonamiento empleado por los magistrados los que se encuentran desprovistos de la solución legal para el caso, cual es la establecida en la Ley de Seguros. De ahí solicita la declaración de nulidad del fallo, casando la sentencia impugnada, con costas.

9.- Contestación traslado de la actora recurso de casación de Nulidad Extraordinario: A fs. 285/297 la actora contesta, recurso de casación en traslado interpuesto por la demandada. 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 médica la que llega firme a esta instancia. 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/minusvalido. 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, detallada, 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). La cláusula es abusiva, 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. 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). Solicita se rechace el recurso, con costas. Hace expresas reservas del caso federal, para el supuesto de acogerse favorablemente la casación interpuesta, por la vía del Art. 14 Ley 48, toda vez que se vulnerarían los derechos constitucionales del consumidor, incapacitado, sujeto de preferente tutela constitucional (art. 14 bis CN), como así también los Tratados Internacionales de DDHH, los que tienen al consumidor como sujeto preferencial de

protección contra decisiones judiciales injustas y carentes de normas protectorias, tornándola en una sentencia arbitraria, la que prescinde de dar tratamiento adecuado a la controversia de acuerdo a las constancias agregadas en la causa y la normativa aplicable.

10.- Resolución Interlocutoria N° 89/2022 del TSJ: Con fecha 24 de agosto año 2022 el TSJ dicta la Resolución Interlocutoria N° 89 donde decide declarar admisible el recurso de Nulidad Extraordinario deducido por la demandada –Sancor Cooperativa de Seguros Lta- Sostiene que pese advertirse ciertos defectos formales al fundamentar el remedio de Nulidad Extraordinario en lo concerniente a la suficiencia recursiva, ha de admitirse la impugnación deducida, teniendo en cuenta que se encuentra abierta la instancia casatoria por la misma cuestión traída aquí a revisión mediante Resoluciones Interlocutorias N° 223/21 “Jara” y 1/22 “Baldes”.

11.- Acuerdo N° 9 del TSJ de Neuquén: Con fecha 16 de abril año 2024 el TSJ de Neuquén dicta el Acuerdo N° 9 donde decide por mayoría declarar procedente el recurso de Nulidad Extraordinario interpuesto por la aseguradora demandada, casando parcialmente la decisión dictada por la Alzada, por considerar que la misma vulneró los recaudos de debida fundamentación en lo que respecta a la cláusula de exclusión de cobertura, 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, en lo concerniente a las de alzada y en esta etapa casatoria las impone en el orden causado, dejando sin efecto las regulaciones de honorarios dispuestas en las instancias anteriores, readecuándolas al nuevo pronunciamiento. Conforme el orden del sorteo el vocal Gustavo Andrés Mazieres propuso al Acuerdo declarar improcedente el recurso de Nulidad Extraordinario incoado por la aseguradora recurrente. A tales fines 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"*. Así, ingresando al tratamiento de la cuestión traída señala que la nulidad es el último remedio al que debe apelarse, por lo que se requiere de un análisis riguroso, restrictivo, no se aconseja la recepción de la nulidad sino en supuestos límites, se preserva el principio de conservación dándose así una más beneficiosa respuesta a las finalidades que conlleva el servicio (Acuerdos "Cona" y "Salinas" TSJ).Indica que no se constata la indebida motivación de la sentencia, los agravios son insuficientes para conmover los argumentos de la Alzada, importando una discrepancia. Sigue la postura sustentada en el Acuerdo N° 46/10 "Géliz". Que no se puede resolver con absoluto apego a la literalidad de las cláusulas contractuales. Nos encontramos frente a un seguro que debe ser situado también dentro del ámbito del derecho laboral, por su innegable naturaleza tuitiva, protectora y su función social. Si bien la Ley 17418 no contiene directivas de interpretación, a partir de la sanción de la Ley 24240 se cuenta con las directivas específicas para interpretar los contratos por adhesión, como los arts. 37 y 65 que establecen la exégesis a favor del consumidor y el orden imperativo que excede y sobrevuela las convenciones privadas. Por consiguiente los contratos de seguro de vida no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su función social y que si se aplican 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. Indica que la situación se agrava si se tiene en cuenta que el asegurado no interviene en la exclusión de cobertura. La información debe ser clara y precisa, cuestión no probada por la aseguradora. Afirma que el ser humano es único, que funciona como un organismo total, como una realidad sustantiva con notas constitutivas psico – orgánicas, no divisibles, atributos propios y esenciales de la persona humana. Afirma, que una interpretación contraria controvierte los principios elaborados a partir de los arts. 14 bis de la CN, 38 de la Constitución Provincial y especialmente lo

dispuesto en los diversos tratados internacionales de derechos humanos, donde cobra especial relevancia los principios hermenéuticos de justicia social, de interpretación y aplicación de la norma más favorable a la persona humana (pro homine), de progresividad de los derechos y de no regresividad. Dichas pautas son coadyuvantes del principio protectorio, por cuanto están orientadas a dar preferencia a la interpretación que con mayor efectividad resguarde los derechos humanos involucrados. Así, concluye que se deben rechazar las interpretaciones restrictivas y privilegiar la interpretación extensa a favor de quienes las normas, a través de esta herramienta de la seguridad social, buscan proteger. Afirma, que en los contratos de seguro de vida debe imponerse el diálogo de fuentes entre los distintos microsistemas normativos para lograr una solución armónica de las diferentes situaciones jurídicas. Sostiene, que la LS es complementaria del CCyC y ello surge expresamente del art. 5 del CCyC, y así debe conjugarse con los principios generales del código y sus normas indisponibles. El contrato de seguro de consumo queda enmarcado en las disposiciones específicas de dicha categoría contractual y por ende son exigibles a las aseguradoras, en tanto proveedoras, los deberes, cargas, obligaciones y responsabilidades establecidos en el art. 42 de la CN, Ley 24240 y artículos 1092 y siguientes del CCyC. Afirma, que el planteo de la quejosa parte de una interpretación literal de la póliza, desprovista de un análisis comprensivo del derecho del consumidor, del trabajo y de la seguridad social, por lo que no se vislumbra de un déficit de motivación. Indica que el recurso interpuesto es insuficiente a sus fines, puesto que la interpretación del alcance y contenido de determinado contrato solo puede ser materia de revisión por el carril casatorio de inaplicabilidad de ley. Sostiene, que la quejosa no rebate la incapacidad total del actor, sino que únicamente controvierte que la patología psicológica/psiquiátrica que presenta el actor se halla excluida. Para finalizar, considera que la integridad debe ser psicofísica inescindible que conforma al ser humano, caso contrario, se desnaturaliza las obligaciones de la aseguradora, frustrando la finalidad misma que es propia de este tipo de contratos. Si el contrato de seguro

de vida colectivo brinda cobertura a la invalidez o incapacitación total del asegurado, considero que no resulta razonable que el núcleo prácticamente absoluto de la gradación de incapacidad se halle constituido exclusivamente por la enfermedad física, caso contrario, tal cláusula limitativa desnaturaliza el mismo riesgo asumido por la aseguradora, puesto que la manifestación depresiva se manifiesta a partir de las enfermedades físicas padecidas. Merece resaltarse lo establecido por los peritos y que no fuera objetado por la demandada, en cuanto se señala la imposibilidad del actor de realizar tareas remunerativas ni poder superar un examen preocupacional , lo que conlleva a reforzar la interpretación armónica de los hechos y concluir en la configuración de una incapacidad total y permanente del asegurado. Indica que el elemento que define el grado de incapacidad a los efectos del pago del seguro, no está dado por la estimación matemática de la minusvalía, sino por la consideración de ella sobre las posibilidades laborales del afectado. Por lo expuesto considera que en la especie no se ha configurado el vicio de nulidad denunciado. A su turno el Dr. Roberto Busamia discrepa con los argumentos expuestos en torno a la exclusión de cobertura. Señala que el punto central del seguro lo constituye el riesgo. El asegurado carece de derecho cuando el evento no se halla cubierto contractualmente ni se ha percibido prima. Afirma que el actor al suscribir al pie el formulario de solicitud de seguro colectivo se encontraba en conocimiento del alcance de la mentada cláusula e igualmente suscribió y se sometió a sus términos sin reparo alguno. Considera que no cabe declarar nulas por abusivas a las cláusulas que limitan el objeto del contrato porque ese alcance es el que definieron el asegurador y el tomador al acordar el objeto del contrato. Indica que no corresponde hacer operativo los factores complementarios dispuestos en el Decreto 478/98 toda vez que se encuentran previstos específicamente para sistemas concretos (riesgos de trabajo y sistema de jubilaciones y pensiones), no pueden ser trasladadas en forma analógica a este reclamo. Afirma que el error de motivación consiste en ampliar la garantía asegurativa al incorporar patologías psiquiátricas/psicológicas que se encuentran excluidas. Ello

afecta la solvencia de todo el sistema produciéndose un desequilibrio en el conjunto de las obligaciones. Dice que el derecho de seguro cuenta con elementos de convicción suficientes como para evitar la recurrencia analógica a otros terrenos normativos o a otras ramas del derecho. Señala 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. Afirma que en la especie es de aplicación los precedentes “Buffoni” y “Flores” de la CSJN. Dice que un dialogo de fuentes sólido no importa arrasar con la libertad contractual ni con el derecho de propiedad. Afirma que la sentencia de la anterior instancia al conceder el presente seguro de vida optativo más allá de sus claros términos pactados, incurrió en arbitrariedad por deficiente fundamentación al apartarse de los términos claros y precisos del contrato, y, por sobre todo, por no valorar la estructura técnico – económica sobre la que se sostiene la actividad aseguradora. Propone, por tales motivos, declarar procedente el recurso de Nulidad Extraordinario articulado. La Dra. Gennari, en su carácter de presidenta del TSJ, es convocada para dirimir la disidencia adhiriéndose al voto del Dr. Busamia.

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

El pronunciamiento impugnado ocasiona a mi mandante un gravamen personal, concreto y actual, toda vez que el Acuerdo N° 9/2024 revoca parcialmente 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 (340:172), 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 el sr. Vicente Clause en su condición de consumidor/trabajador 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, integrante de un anexo de la solicitud de ingreso al seguro, no se visualiza una firma al pie de página de la cláusula n° 7 cuestionada, sino en la última hoja del anexo.

Dicha circunstancia no resulta suficiente a la luz de la CN, estatuto consumeril, para considerar que el consumidor recibió una información detallada y poder comprender lo que significa quedar excluido de cobertura por padecer de dicha afección.

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 el consumidor tenía conocimiento expreso de la exclusión de cobertura psicológica/psiquiátrica y que además lo pudo comprender.

Además, el reclamo que efectúa el consumidor 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 el diálogo entre dichas leyes en procura de una eficiencia funcional del sistema normativo y así evitar decisiones aunque fundadas en derecho, brindan soluciones injustas y violatorias del orden legal y supralegal.

El dialogo aludido supone la integración de las normas de los microsistemas 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) integrara el ordenamiento con la elección de uno o bien ponderará los principios aplicables para dar la mejor respuesta.

De una u otra forma, la ley suprema se impone junto al orden público consumeril y los principios de favor debilis, progresividad y no regresión.

Sin embargo, la circunstancia indicada precedentemente no fue observada por el acuerdo en crisis, es más fue dejado sin efecto por la mayoría de los vocales.

Tenemos, que el voto mayoritario resuelve el caso subsumiéndolo a la ley de seguros descartando el bloque consumeril. Para llegar a dicha conclusión el TSJ observa que el reclamo se funda en un contrato de seguro, cuyas cláusulas aunque definidas entre el tomador y la compañía aseguradora sin intervención del consumidor, son claras, legibles y responden a un riesgo cubierto, cuya ecuación económica no debe alterarse.

Allí, el microsistema de defensa del consumidor es ajeno y expulsado del análisis para la solución del caso. Elegida la norma: ley de seguros, el TSJ por mayoría, inicia el análisis del negocio como si existiese una paridad entre las partes contratantes y el tercero beneficiario y consumidor.

Así, la mirada del TSJ está puesta en la existencia de una póliza suscripta por Vicente quien al leer su contenido, riesgos asegurados y exclusiones, el TSJ asume la ficción que aquél fue debidamente informada de la totalidad del contenido.

Luego, el TSJ arriba con grado de certeza que el clausulado es legible y que Vicente conoció el contenido y extensión de cada una de las

cláusulas, especialmente la de exclusión de cobertura de afecciones psicológica/psiquiátrica, en palabras textuales: "*…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".*

Si bien, el tribunal reconoce que es una cláusula potencialmente lesiva para el beneficiario, el contenido de la póliza posee un lenguaje llano.

No obstante, con ello, el TSJ omitió considerar que el consumidor posee una instrucción de nivel primario completo y no estuvo en un pie de igualdad al momento de la contratación. Y que, por un principio de confianza, Vicente pudo entender que al contratar un "seguro de vida de incapacidad total y permanente" la cobertura era comprensiva de la incapacidad física y psicológica, concepto de textura abierta que requiere una definición asequible, más una explicación pormenorizada atendiendo a su destinatario la parte más débil del contrato de consumo.

El TSJ al aplicar la L.S., debió atenerse a las reglas generales de la prueba, esto es quien alega un hecho tiene la carga de probarlo.

Y en autos, la demandada jamás acreditó que se detuvo frente a la actora previniéndola antes de suscribir el formulario de adhesión. No surge constancia alguna que Sancor haya explicado que el seguro de vida por incapacidad total y permanente, excluye de ese total la afección psicológica/psiquiátrica. O bien que Sancor haya informado al consumidor de la posibilidad de rehusar una contratación en masa para la totalidad de los empleador de la provincia del Neuquén, cuya práctica dentro de la provincia, se traduce con una cartera global de clientes fija y una adhesión de los empleados sin más.

En dicho contexto, la firma inserta en la solicitud de adhesión, jamás puede asimilarse a un consentimiento, pues ante la modalidad de la contratación a través de cláusulas predispuestas, es que solo cabe la posibilidad de un "asentimiento".

Y, el TSJ avanza un poco más al calificar al contrato de seguro de “eminente naturaleza voluntario”. Si el consumidor suscribió el contrato sin ejercer la opción de no adhesión, es que el mismo eligió rubricarlo, entonces debe atenerse al clausulado que no cabe declarar nulo por abusivo, pues el mismo elegió.

El TSJ se apega a una interpretación literal y restrictiva conforme LS al sostener que:”…*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 … ya que el contenido de la póliza es ley para las partes y ello entra dentro de las facultades propias del contratante del seguro …”*

Y enfatiza la protección del patrimonio de la aseguradora, desechando toda consideración del estado de salud del consumidor/trabajador/minusválido, o su inferioridad en la contratación al sostener que;”…*La prima es determinada en función de cálculos actuariales que tiene 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 solo un tope indemnizatorio, sino que también los riegos cubiertos con el fin de poder cuantificar la prima y asegurar la suficiencia de masa para hacer frente a las indemnizaciones …”.*

De la lectura, por demás empática con la aseguradora, el TSJ omite considerar que Sancor debió regirse con buena fe durante toda la vida contractual y arbitrar los medios para arrimar la información adecuada, veraz y útil con la que Vicente hubiese podido elegir libremente, ya sea para mejorar su situación contratando una póliza con mayor cobertura o renunciando a un seguro de improbable cobertura o bien evitando un reclamo innecesario.

En la solución cuestionada, el TSJ toma del sistema normativo solo el microsistema se seguros al que califica de autosuficiente. Luego, a él

se ciñe y descarta la función social del seguro, aplicación analógica, lo que resulta inaudito.

Se observa, que la labor argumentativa es propia de un empresario celoso de su patrimonio, despojado del principio de protección al débil, solidaridad y función social según se lee: "… *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"*.

Señala y resalta, que la Cámara del Interior "*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, pues el estatuto consumeril es un piso mínimo inderogable y de orden público.

En autos, solicité 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 de la consumidora.

El TSJ de haber ponderado los principios del estatuto del consumidor debió haber confrontado la modalidad contractual, la validez del consentimiento y las cláusulas impuestas en perjuicio del consumidor y la ausencia de información para concluir que la firma inserta por Vicente jamás pudo equipararse a un consentimiento.

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 el beneficiario firmó o no firmó, automáticamente, ipso iure, se la tiene como no escrita. En ese sentido el 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.

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 Vicente en su carácter de consumidor.

Los señores jueces del TSJ, en su mayoría, tuvieron al respecto una visión totalmente sesgada, acotada de los actuados al aplicar lisa y llanamente normativas de la Ley de Seguros con un claro fin un lucro, totalmente opuesto al contrato de consumo realizador del interés público conforme la constitución de la provincia del Neuquén (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 (art. 26 CADH).

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

La Corte local descartó sin más, sus propios precedentes (citados en el documento de la demanda y en el voto del Dr. Mazieres, en minoría) en los que aplicó el estatuto del consumidor y en los que tuvo presente que este tipo de contratación está inmersa en la seguridad social. También, allí el TSJ reconoció su base en la relación laboral entre el beneficiario y el tomador del seguro, y resolvió el caso a través de una interpretación sistémica con enclave convencional.

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

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

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

Y aunque la actividad del proveedor del servicio esté alcanzado por otra normativa -ley de seguros-, la relación de consumeril se rige por la ley de consumo, conforme art. 3 in fine de la ley 24.240.

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

El TSJ en un enclave legalista, analizó y valoró la exclusión de cobertura de afección psiquiátrica/psicológica, para así descalificar el contrato de consumeril para recalificarlo como mercantil. Esta premisa habilitó al TSJ a despojar a Vicente de su condición de consumidor, privándolo de la protección que el ordenamiento manda a otorgar.

La labor de subsunción a la ley de seguros fue con absoluto desdén al orden público consumeril. De manera que la decisión atacada está desprovista del derecho aplicable y por ello VE están ante una solución arbitraria e injusta.

Sobre el particular, el TSJ –voto en mayoría- consideraron que adentrarse en la incursión de los principios de progresividad, no regresividad, in dubio pro consumidor, etc. es una tarea que constituye un factor de desestabilización que no preserva la autonomía normativa y quebranta el sistema de seguros.

Es de advertir, señores jueces, que en el caso debatido, el juez no puede ser neutral: el sr. Vicente Clause es un hombre -jubilado actualmente- que se encuentra incapacitado total y permanentemente. La interseccionalidad denunciada, amerita que VE otorgue la

protección que se le ha denegado con el único fin de igualar la relación desestructural existente y desconocida por la Corte provincial.

También se refuta al fallo en crisis, que conforme normativa y aplicación del dialogo de fuentes, la cláusula de exclusión de cobertura psicológica/psiquiátrica debió tenérsela por no escrita, ipso iure, por ser abusiva, toda vez que desnaturaliza el derecho del contrato y restringe derechos de la adherente- consumidora, toda vez que “La ley 24.240 de Defensa del Consumidor, según se desprende de los antecedentes parlamentarios, tuvo por fin llenar un vacío existente en la legislación al otorgar una mayor protección a la parte más débil de las relaciones comerciales -los consumidores- y recomponer, con un sentido ético de justicia y de solidaridad social, el equilibrio que deben tener los vínculos entre comerciantes y usuarios que se veían afectados ante situaciones abusivas que se les presentaban” (338:1524).

En el marco normativo expuesto, existe un deber de información en cabeza de la compañía que no se satisface con la entrega de una solicitud de adhesión.

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

Lo esperable es que la compañía comparta ese “plus” de información con el ciudadano de a pie con el único fin de *prevenirlo* de las particularidades de un contrato al que quedará sometido al estampar una firma y sin chance de discusión.

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

En este tipo de contratos de consumo debe extremarse el deber de información que pesa sobre el polo fuerte de la relación contractual,

pues todo dato omitido al consumidor redunda en poder de la compañía.

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

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

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

Por otra parte, el TSJ tampoco aplicó el principio procesal de quien alega un hecho debe acreditarlo. Sancor afirmó en su defensa que informó a la consumidora, sin embargo dicho extremo no está confirmado con ningún medio de prueba agregado a autos; mientras que para el TSJ la rúbrica de Vicente equivale a la toma de conocimiento del clausulado.

Así, el análisis del tribunal deliberó a qué sujeto otorgar protección: por un lado el patrimonio de la aseguradora, por otro a la consumidora. Es dable agregar que la incapacidad total y permanente de Vicente no fue debatida por Sancor y tampoco por el TSJ. No obstante, estar confirmado que el consumidor presenta una incapacidad total y

permanente superior al 66%, el TSJ entiende que la exclusión de la afección psicológica se impone y arriba a la ficción que aquél no está incapacitado.

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

Además, el TSJ pasa por alto los principios elementales del contrato como ser la buena fe contractual que debió existir ab initio y durante la ejecución y terminación del contrato, o de confianza generada, principio de prevención -art. 1710 CCC- de protección al más débil -art. 1094, 1095 CCC-, progresividad, etc. y de las reglas generales del proceso: quien alega un hecho debe probarlo.

El rol del juez convencional está convocado en su función a garantizar la vigencia de la supremacía constitucional y a rebatir toda norma -ley general y especial- y evitar con ello la tacha de responsabilidad internacional.

En ese orden de ideas, el acuerdo nº 9 adolece de una argumentación normativa deficiente y descolgada del sistema normativo asentado en valores y en la dignidad humana.

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

El TSJ inaplicó normas y principios operativos y obligatorios para el estado argentino, con ello omitió armonizar las fuentes del ordenamiento: ley suprema, -art. 42, art. 75 inc. 22 -; tratados de DDHH ratificados por el estado argentino y vigentes, con el único objeto de

igualar el vínculo contractual y considerar la dignidad del consumidor en su carácter de sujeto de tutela constitucional.

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

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

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

En el contexto enunciado, cabe concluir que el acuerdo nº9 aborda una materia con un nexo directo e inmediato con la garantía constitucional que se indica como vulnerada (CN, tratados de DDHH, etc.); por lo que corresponde su descalificación como acto jurisdiccional válido, en los términos de conocida doctrina de esta Corte sobre arbitrariedad.

Abierta la instancia extraordinaria federal por la razón expuesta, corresponde a VE establecer la normativa aplicable para la resolución de la litis conforme a derecho, siendo la misma el “Bloque Legal de Derecho del Consumidor”.

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

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).

El TSJ omitió el enclave convencional del caso sometido a su decisión. El acuerdo nº 9 se sustenta únicamente en la ley especial de seguros, y anterior a la ley 24.240 y capitulo cap. I, Título III del Libro III del CCC.

El TSJ omitió que la LS es complementaria del CCyC y ello surge expresamente del artículo 5 del CCyC y, en tal carácter, debe conjugarse con los principios generales del código y sus normas indisponibles.

El alto tribunal provincial soslayó los tratados de DDHH incorporados a través del art. 75 inc. 22, Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad, principios generales de la contratación de buena fe, confianza, prevención más normativa específica Res. 906/98 y 139/2020.

Ello deja expuesto la insuficiencia en el anclaje normativo aplicable, toda vez que la relación base del reclamo es de naturaleza consumeril, resultando el tamiz consumeril obligatorio por ser norma imperativa.

El razonamiento del TSJ inicia, se funda y concluye conforme la ley de seguros sin siquiera argumentar el apartamiento del estatuto protectorio. No existe posición crítica al respecto, solo una afirmación dogmática en que estamos frente a un contrato de seguros.

La interpretación restrictiva aplicada conduce a la irrazonable conclusión que el consumidor entendió cabalmente el clausulado, incluso una cláusula desventajosa -al decir del TSJ- pero así y todo, Vicente eligió libremente contratar un seguro en situación de paridad contractual. El TSJ reconoce que el consumidor posee una incapacidad total superior al 66% aunque lo priva de protección violentando abiertamente tratados de derechos humanos operativos y

con ello, desconoce la protección específica que requiere un hipervulnerable.

Corresponde a VE analizar el fallo atacado a través de un dialogo racional en el que ponderen los principios aplicables y del que surgirá una respuesta con fundamento en la dignidad de la persona y de enclave convencional.-

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.-

Es Justicia.-

AUTOS: "**CLAUSE VICENTE C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/COBRO DE SEGURO DE VIDA"** (Expte. Nº 44797/19). 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 el actor contra el Acuerdo N° 9 dictada por V.E el día 15 de abril de 2024, 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, el Sr. Clause 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 el actor, 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 del actor, 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 del actor 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 el actor 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 el actor 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 del actor. 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 Clause 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. El actor 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 el actor 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.

El actor 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 el actor 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

Digitally signed by BUSAMIA Roberto German
Date: 2024.10.09 13:50:55 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by MOYA Evaldo Dario
Date: 2024.10.09 14:04:50 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by COSENTINO Joaquin Antonio
Date: 2024.10.09 14:23:38 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

RESOLUCIÓN INTERLOCUTORIA N° 612.

NEUQUÉN, 9 de octubre de 2024.

VISTAS:

Las actuaciones caratuladas **"CLAUSE, VICENTE c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expediente JZA1S2 N° 44.797 – Año 2019)**, 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 el actor –Sr. Vicente Clause- (fs. 344/364vta.) contra el Acuerdo N° 9/24 que declaró procedente el recurso de Nulidad Extraordinario deducido por la aseguradora demandada y recompuso el litigio revocando parcialmente la sentencia de primera instancia en lo atinente al seguro de vida colectivo optativo, manteniendo la condena respecto del seguro de vida obligatorio.

El impugnante sustentó su remedio en la doctrina de la arbitrariedad, al sostener que la decisión en crisis le produce un gravamen personal, concreto y actual en tanto revoca parcialmente la sentencia de la Cámara de Apelaciones en abierta violación a los artículos 42 de la Constitución nacional (CN); 3, 4, 37, apartados "a", "b" y parte final, de la Ley N° 24240; 1, 984, 988, 1092, 1094, y 1100 del Código Civil y Comercial (CCyC), Resoluciones N° 906/98 y N° 139/20, y tratados internacionales en la materia.

En lo esencial, alegó que la sentencia dictada habría dejado sin efecto el deber de información del consumidor -con los alcances previstos en el artículo 42 de la CN-, toda vez que el actor 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 al actor 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 el contenido de sus cláusulas.

Luego, manifestó que su reclamo estaría protegido por el bloque de derechos del consumidor, en el que prima el diálogo de fuentes para evitar antinomias.

En función de lo planteado, 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). Consideró que la firma del actor en la última hoja del anexo no resultaría suficiente para dar por cumplido el deber de información requerido constitucionalmente.

Asimismo, expuso que la empresa demandada no probó haber informado al trabajador que el seguro de vida por incapacidad total y permanente excluía la afección psicológica y/o psiquiátrica, ni que podía rehusar su contratación en masa. También denunció que el Tribunal Superior no tuvo en cuenta las pautas brindadas por la Resolución N° 906/98 de la Secretaría de Industria, Comercio y Minería, en punto a la redacción de cláusulas contractuales de exclusión de cobertura.

Por último, sostuvo que este Tribunal Superior de Justicia omitió el enclave convencional del caso y tuvo una visión sesgada, acotada al derecho comercial, empresarial y no social humano del seguro de vida

colectivo.

II. Corrido traslado del remedio extraordinario federal, la parte demandada contestó (fs. 367/371vta.). Solicitó que se declare inadmisible el remedio extraordinario incoado por el actor.

III. La Fiscalía General propició -por las razones que expuso- la inadmisión del Recurso Extraordinario Federal deducido (fs. 373/375vta.).

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, 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 postal y electrónico exigido mediante Acordada N° 3/12, aunque este último 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 citada Acordada se observa la extensión de páginas exigida, pero no se cumple en la mayoría de las carillas con el límite máximo de 26 renglones requeridos por la mentada normativa.

d) La pieza recursiva contiene la carátula prevista en el artículo 2 de la Acordada N° 4/07, aunque no fue confeccionada en hoja aparte como lo determina la normativa de rigor. Asimismo, esta última luce

incompleta, tal como lo observa la Fiscalía General en su dictamen de fs. 373/375vta.

Ello es así, al haberse omitido asentar los datos del patrocinante, cuando el letrado apoderado actúa en el presente juicio en el doble carácter (fs. 20).

Tampoco se asienta la ubicación de la decisión atacada en el expediente (inciso "f"). Y se consigna erróneamente la fecha del dictado del Acuerdo y su notificación a la recurrente (fs. 318 y 343).

Sumado a lo expuesto, no se hace mención del inciso del artículo 14 de la Ley N° 48 que confiere jurisdicción a la Corte y no se ha expuesto, en forma clara y sucinta, la cuestión federal planteada y las normas involucradas. El recurrente se limita a mencionar la normativa aplicable y los tópicos en que sustenta el recurso pero no explica cómo se encontraría configurada la arbitrariedad que alega.

Por último, cabe agregar que no se detalla toda la normativa que posteriormente el quejoso destaca en su escrito de cara a las cuestiones planteadas (ver, a modo de ejemplo, las Resoluciones N° 906/98 y N° 139/20).

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 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 autos, ello no se cumple. Se observa que se omite hacer mención, entre otras cuestiones, a los formularios de solicitud de seguros suscriptos por el actor, al alcance de la cobertura de cada una de las pólizas y a las cláusulas de exclusión implicadas.

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).

Por otra parte, con respecto al oportuno

planteo del caso federal, tampoco se observa cumplido.

Es sabido que la deducción de la cuestión constitucional, base del recurso extraordinario, no sólo debe hacerse en tiempo oportuno sino que también, debe ser introducida en forma adecuada. 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 de la causa puedan tratarla y resolver, pues tanto 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).

Por principio, tiene que ser denunciada en oportunidad de trabarse la litis, ya sea por vía de acción o de excepción, y sólo excepcionalmente se puede efectuar en un momento posterior, con causa justificada y condicionado a que el planteo se haga en la primera oportunidad posible (cfr. Fallos: 265:194 y 298:321).

En la especie, el recurrente al consignar los datos de la caratula exigida por el artículo 2 de la Acordada N° 4/07 menciona de manera imprecisa que la ha efectuado. Sin embargo, de un cotejo de las actuaciones surge que la reserva fue formulada recién a fs. 297 –al contestar el recurso casatorio incoado por la aseguradora-. Por lo que, en base a lo anteriormente consignado, resulta claramente extemporánea.

g) Por otra parte, también se incumple el recaudo que refiere a la adecuada fundamentación del recurso, debido a que la impugnación no brinda argumentos que logren desvirtuar lo aseverado mediante el Acuerdo N° 9/24 aquí cuestionado.

Es decir, la crítica expone los motivos que supuestamente justificarían el resultado propuesto por el

recurrente a partir de la interpretación de las cláusulas contractuales que entiende correcta y la posibilidad de declarar su abusividad, 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° 9/24, que llevaron a este Tribunal Superior de Justicia a desestimar el seguro de vida colectivo opcional porque las patologías psiquiátricas y/o psicológicas se encontraban excluidas del riesgo cubierto y no eran aplicables los factores complementarios prescriptos por el Decreto N° 478/98.

De seguido, la presentación recursiva se sustenta en agravios conjeturales y fincados en la interpretación que el quejoso entiende debe dársele al contrato de seguro y a la cláusula de exclusión de cobertura, 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 el 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.

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 el quejoso no ha logrado poner en evidencia la arbitrariedad que le endilga a la decisión atacada.

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación 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° 9/24 en punto a la interpretación literal de las cláusulas de exclusión de cobertura cuando son claras y precisas y al debido anoticiamiento que tenía el actor de la misma. Tampoco se hace cargo el accionante de que el asegurador solo se halla obligado a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto (artículos 1, Ley de Seguros) en el marco del riesgo debidamente delimitado 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. 337 y sigs.). En idéntico sentido se silencia todo lo atinente a la no inclusión de los factores complementarios para la determinación de la incapacidad (fs. 336vta.). Por 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 rebatirlo. Y tal extremo –como se dijo- no se encuentra satisfecho en la pieza recursiva.

Incluso, se advierte que el recurrente pretende introducir en la litis, mediante el recurso extraordinario federal, cuestiones que no fueron propuestas oportunamente por su parte.

En efecto, el actor omitió introducir en el momento procesal oportuno cuestiones relacionadas con las resoluciones de la Secretaría de Industria, Comercio y Minería que aludirían al modo en que deben redactarse ciertas cláusulas contractuales y a la calificación de consumidores hipervulnerables (fs. 362vta. y 364). Por lo que la introducción en esta instancia resulta palmariamente extemporánea.

En este sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación reiteradamente ha afirmado que "... *como regla no resulta admisible la introducción en tal recurso de cuestiones que no fueron propuestas a la decisión de las anteriores instancias* ..." (Fallos: 339:79, citado en Resolución Interlocutoria N° 256/20 "Velásquez", del registro de la Secretaría Civil).

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 la 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 (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 el actor.

Por todo lo expuesto, de conformidad con lo dictaminado por la Fiscalía General,

SE RESUELVE:

I. Declarar **INADMISIBLE** el Recurso Extraordinario Federal deducido por el actor –Sr. Vicente Clause- (fs. 344/364vta.).

II. Imponer las costas al recurrente vencido (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.

mjrp

Dr. ROBERTO G. BUSAMIA
Vocal

Dr. EVALDO D. MOYA
Vocal

JOAQUIN A. COSENTINO
Secretario

Digitally signed by BUSAMIA Roberto German
Date: 2024.10.09 13:50:55 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by MOYA Evaldo Dario
Date: 2024.10.09 14:04:50 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

Digitally signed by COSENTINO Joaquin Antonio
Date: 2024.10.09 14:23:38 ART
Reason: Firma ActuaciÃ³n DEXTRA

RESOLUCIÓN INTERLOCUTORIA N° 612.

NEUQUÉN, 9 de octubre de 2024.

VISTAS:

Las actuaciones caratuladas **"CLAUSE, VICENTE c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expediente JZA1S2 N° 44.797 – Año 2019)**, 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 el actor –Sr. Vicente Clause- (fs. 344/364vta.) contra el Acuerdo N° 9/24 que declaró procedente el recurso de Nulidad Extraordinario deducido por la aseguradora demandada y recompuso el litigio revocando parcialmente la sentencia de primera instancia en lo atinente al seguro de vida colectivo optativo, manteniendo la condena respecto del seguro de vida obligatorio.

El impugnante sustentó su remedio en la doctrina de la arbitrariedad, al sostener que la decisión en crisis le produce un gravamen personal, concreto y actual en tanto revoca parcialmente la sentencia de la Cámara de Apelaciones en abierta violación a los artículos 42 de la Constitución nacional (CN); 3, 4, 37, apartados "a", "b" y parte final, de la Ley N° 24240; 1, 984, 988, 1092, 1094, y 1100 del Código Civil y Comercial (CCyC), Resoluciones N° 906/98 y N° 139/20, y tratados internacionales en la materia.

En lo esencial, alegó que la sentencia dictada habría dejado sin efecto el deber de información del consumidor -con los alcances previstos en el artículo 42 de la CN-, toda vez que el actor 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 al actor 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 el contenido de sus cláusulas.

Luego, manifestó que su reclamo estaría protegido por el bloque de derechos del consumidor, en el que prima el diálogo de fuentes para evitar antinomias.

En función de lo planteado, 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). Consideró que la firma del actor en la última hoja del anexo no resultaría suficiente para dar por cumplido el deber de información requerido constitucionalmente.

Asimismo, expuso que la empresa demandada no probó haber informado al trabajador que el seguro de vida por incapacidad total y permanente excluía la afección psicológica y/o psiquiátrica, ni que podía rehusar su contratación en masa. También denunció que el Tribunal Superior no tuvo en cuenta las pautas brindadas por la Resolución N° 906/98 de la Secretaría de Industria, Comercio y Minería, en punto a la redacción de cláusulas contractuales de exclusión de cobertura.

Por último, sostuvo que este Tribunal Superior de Justicia omitió el enclave convencional del caso y tuvo una visión sesgada, acotada al derecho comercial, empresarial y no social humano del seguro de vida

colectivo.

II. Corrido traslado del remedio extraordinario federal, la parte demandada contestó (fs. 367/371vta.). Solicitó que se declare inadmisible el remedio extraordinario incoado por el actor.

III. La Fiscalía General propició -por las razones que expuso- la inadmisión del Recurso Extraordinario Federal deducido (fs. 373/375vta.).

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, 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 postal y electrónico exigido mediante Acordada N° 3/12, aunque este último 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 citada Acordada se observa la extensión de páginas exigida, pero no se cumple en la mayoría de las carillas con el límite máximo de 26 renglones requeridos por la mentada normativa.

d) La pieza recursiva contiene la carátula prevista en el artículo 2 de la Acordada N° 4/07, aunque no fue confeccionada en hoja aparte como lo determina la normativa de rigor. Asimismo, esta última luce

incompleta, tal como lo observa la Fiscalía General en su dictamen de fs. 373/375vta.

Ello es así, al haberse omitido asentar los datos del patrocinante, cuando el letrado apoderado actúa en el presente juicio en el doble carácter (fs. 20).

Tampoco se asienta la ubicación de la decisión atacada en el expediente (inciso "f"). Y se consigna erróneamente la fecha del dictado del Acuerdo y su notificación a la recurrente (fs. 318 y 343).

Sumado a lo expuesto, no se hace mención del inciso del artículo 14 de la Ley N° 48 que confiere jurisdicción a la Corte y no se ha expuesto, en forma clara y sucinta, la cuestión federal planteada y las normas involucradas. El recurrente se limita a mencionar la normativa aplicable y los tópicos en que sustenta el recurso pero no explica cómo se encontraría configurada la arbitrariedad que alega.

Por último, cabe agregar que no se detalla toda la normativa que posteriormente el quejoso destaca en su escrito de cara a las cuestiones planteadas (ver, a modo de ejemplo, las Resoluciones N° 906/98 y N° 139/20).

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 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 autos, ello no se cumple. Se observa que se omite hacer mención, entre otras cuestiones, a los formularios de solicitud de seguros suscriptos por el actor, al alcance de la cobertura de cada una de las pólizas y a las cláusulas de exclusión implicadas.

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).

Por otra parte, con respecto al oportuno

planteo del caso federal, tampoco se observa cumplido.

Es sabido que la deducción de la cuestión constitucional, base del recurso extraordinario, no sólo debe hacerse en tiempo oportuno sino que también, debe ser introducida en forma adecuada. 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 de la causa puedan tratarla y resolver, pues tanto 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).

Por principio, tiene que ser denunciada en oportunidad de trabarse la litis, ya sea por vía de acción o de excepción, y sólo excepcionalmente se puede efectuar en un momento posterior, con causa justificada y condicionado a que el planteo se haga en la primera oportunidad posible (cfr. Fallos: 265:194 y 298:321).

En la especie, el recurrente al consignar los datos de la caratula exigida por el artículo 2 de la Acordada N° 4/07 menciona de manera imprecisa que la ha efectuado. Sin embargo, de un cotejo de las actuaciones surge que la reserva fue formulada recién a fs. 297 –al contestar el recurso casatorio incoado por la aseguradora-. Por lo que, en base a lo anteriormente consignado, resulta claramente extemporánea.

g) Por otra parte, también se incumple el recaudo que refiere a la adecuada fundamentación del recurso, debido a que la impugnación no brinda argumentos que logren desvirtuar lo aseverado mediante el Acuerdo N° 9/24 aquí cuestionado.

Es decir, la crítica expone los motivos que supuestamente justificarían el resultado propuesto por el

recurrente a partir de la interpretación de las cláusulas contractuales que entiende correcta y la posibilidad de declarar su abusividad, 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° 9/24, que llevaron a este Tribunal Superior de Justicia a desestimar el seguro de vida colectivo opcional porque las patologías psiquiátricas y/o psicológicas se encontraban excluidas del riesgo cubierto y no eran aplicables los factores complementarios prescriptos por el Decreto N° 478/98.

De seguido, la presentación recursiva se sustenta en agravios conjeturales y fincados en la interpretación que el quejoso entiende debe dársele al contrato de seguro y a la cláusula de exclusión de cobertura, 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 el 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.

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 el quejoso no ha logrado poner en evidencia la arbitrariedad que le endilga a la decisión atacada.

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación 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° 9/24 en punto a la interpretación literal de las cláusulas de exclusión de cobertura cuando son claras y precisas y al debido anoticiamiento que tenía el actor de la misma. Tampoco se hace cargo el accionante de que el asegurador solo se halla obligado a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto (artículos 1, Ley de Seguros) en el marco del riesgo debidamente delimitado 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. 337 y sigs.). En idéntico sentido se silencia todo lo atinente a la no inclusión de los factores complementarios para la determinación de la incapacidad (fs. 336vta.). Por 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 rebatirlo. Y tal extremo –como se dijo- no se encuentra satisfecho en la pieza recursiva.

Incluso, se advierte que el recurrente pretende introducir en la litis, mediante el recurso extraordinario federal, cuestiones que no fueron propuestas oportunamente por su parte.

En efecto, el actor omitió introducir en el momento procesal oportuno cuestiones relacionadas con las resoluciones de la Secretaría de Industria, Comercio y Minería que aludirían al modo en que deben redactarse ciertas cláusulas contractuales y a la calificación de consumidores hipervulnerables (fs. 362vta. y 364). Por lo que la introducción en esta instancia resulta palmariamente extemporánea.

En este sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación reiteradamente ha afirmado que "... *como regla no resulta admisible la introducción en tal recurso de cuestiones que no fueron propuestas a la decisión de las anteriores instancias* ..." (Fallos: 339:79, citado en Resolución Interlocutoria N° 256/20 "Velásquez", del registro de la Secretaría Civil).

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 la 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 (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 el actor.

Por todo lo expuesto, de conformidad con lo dictaminado por la Fiscalía General,

SE RESUELVE:

I. Declarar **INADMISIBLE** el Recurso Extraordinario Federal deducido por el actor –Sr. Vicente Clause- (fs. 344/364vta.).

II. Imponer las costas al recurrente vencido (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.

mjrp

Dr. ROBERTO G. BUSAMIA
Vocal

Dr. EVALDO D. MOYA
Vocal

JOAQUIN A. COSENTINO
Secretario

Signature Not Verified
Digitally signed by CARDOSO ZELADA CINTIA MARÍA DEL VALLE
Date: 2024.10.22 12:15:04 ART