INTERPONGO RECURSO DE QUEJA

Excma. Corte Suprema de Justicia de la Nación:

Guillermo Alejandro Ortíz Guiñazú, abogado, en el carácter acreditado en autos, inscripto en la matricula federal T° 51 – F°659 respectivamente, con el patrocinio letrado de la Dra. Cintia Cardoso Zelada, abogada, T° 120 – F° 826, matrícula federal, con domicilio electrónico federal 20140854477 y procesal constituido por ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en Avda. Santa Fe 2564 – Piso 10 "A" de Capital Federal, en los autos caratulados: "CLAUSE VICENTE c. SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s. COBRO DE SEGURO DE VIDA" Expte. 44.797- 2019, ante V.E. respetuosamente me presento y digo:

1.- EXORDIO

Como lo acredito con poder apud – acta, que en formado PDF se adjunta, soy apoderado del sr. Vicente Clause, y vengo por la presente, conjuntamente con la letrada patrocinante ya indicada, en legal tiempo y forma, a interponer formal recurso de queja por denegación del recurso extraordinario federal interpuesto contra la sentencia dictada por el Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén en los autos caratulados: "**CLAUSE, VICENTE c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expediente JZA1S2 N° 44.797- Año 2019)**, el que fuera denegado por resolución interlocutoria n° 612 de fecha 9 de octubre de 2024, notificada electrónicamente a esta parte en idéntica fecha.

2.- CONDICIONES FORMALES DE ADMISIBILIDAD

Se interpone la presente contra la resolución interlocutoria n° 612 del Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén dictada con fecha 09/10/2024. Se adjunta en formato PDF con la presente: 1)

Poder Apud – Acta; 2) Sentencia del Juzgado de Primera Instancia en lo Civil, Comercial, Laboral, Minería y Juicios Ejecutivos de la III Circunscripción Judicial con asiento en la localidad de Zapala de fecha 15/12/2021; 3) Acuerdo de la Sala I de la Cámara Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, de Minería y Familia con competencia en la II, III, IV y V Circunscripciones Judiciales con asiento en la ciudad de Zapala, Provincia de Neuquén de fecha 09/05/2022; 4) Recurso de Casación de Nulidad Extraordinario; 5) Contestación del Traslado del Recurso de Casación; 6) Resolución Interlocutoria N° 89/2022 de fecha 24/08/2022 del Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén que declara admisible el recurso de Nulidad Extraordinario; 7) Acuerdo N° 9 de fecha 16/04/2024 del Tribunal Superior de Justicia de Neuquén; 8) Recurso Extraordinario Federal; 9) Contestación del traslado del Recurso Extraordinario Federal; 10) Resolución denegatoria del Recurso Extraordinario Federal de fecha 09/10/2024.

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

3.1 <u>ANTECEDENTES</u>

Se hace saber a los Señores Jueces que conforman la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que se hará un relato claro y preciso de las circunstancias relevantes de la causa que conllevan a esta parte a interponer el presente recurso de queja por denegación del recurso extraordinario federal, donde lo que se encuentra en crisis es si una cláusula de una póliza de seguro colectivo de vida adicional con un clausulado impuesto -sin intervención del consumidor- excluye la afección psicológica/psiquiátrica de la incapacidad total del consumidor, determinada en autos, puede imponerse soslayando al bloque de derecho constitucional, convencional, consumeril y normas del código civil y comercial que protegen los derechos del consumidor/trabajador/minusválido, el actor en autos, señor Clause Vicente.

Así vemos, que en las presentes actuaciones, la parte actora promovió demanda por la vía del proceso sumarísimo contra Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. con apoyo en la Constitución Nacional, Tratados Internacionales, Leyes 921 (Procedimiento Laboral en la Provincia de Neuquén), 24.240 (Ley Defensa del Consumidor) su modificatoria 26.361, 26.994 (Código Civil y Comercial de la Nación), a los fines de poder cobrar el seguro de vida colectivo en sus modalidades obligatorio y adicional, que su empleadora (Dirección Provincial de Vialidad de la Provincia de Neuquén), en su carácter de tomadora, contrato con la aseguradora Sancor, toda vez que padecía una incapacidad psicofísica del 66,42% de la T.O. conforme informe médico previsional confeccionado por el Dr. Alejandro Gonzalez, médico especialista en medicina del trabajo. Pone de manifiesto que dentro de las afecciones padece de artropatía crónica de columna en toda su extensión, oftalmología bilateral, flebopatía periférica, gastritis crónica, hipoacusia bilateral severa. Indica el galeno que dichas patologías son irreversibles y progresivas, impidiéndole realizar cualquier actividad remunerativa en relación de dependencia o por su cuenta, toda vez que sus dolencias la incapacitan total y absolutamente para el desempeño de sus tareas laborales como personal de perforación, maquinista de máquinas viales y electricista de máquinas pesadas de su empleadora. Se afirmó que jamás se le entregó póliza, pese a que la cláusula 11 obliga a la demandada a hacer entrega de un certificado individual, donde se establecen los derechos y obligaciones de las partes, dicha carga se encuentra impuesta en el art. 25.3.1. de la resolución n° 33.463 correspondiente a la Superintendencia de Seguros de la Nación. Es decir, que la aseguradora no cumplió con su deber de información, deber que nace de las normas de protección de los derechos del consumidor, siendo dicho incumplimiento determinante en aras de resolver la efectiva cobertura asegurativa, es que la parte profesional debe informar a la consumidora en forma amplia, detallada, cierta y eficaz (art. 42 C.N.). Se indicó que la naturaleza contractual consiste en un contrato por adhesión a cláusulas predispuestas por la aseguradora, tratándose de cláusulas impuestas, en situaciones de

duda deben decidirse en favor del adherido, debido al carácter tuitivo y de promoción social de los seguros en juicio. Así, la actora se opuso expresamente a toda cláusula que sea abusiva ya sea que delimiten el riesgo de incapacidad asegurable, que desnaturalicen las obligaciones de la aseguradora frustrando el fin perseguido en el contrato amparándose en la Ley 24.240, en los convenios de la OIT y Ley 26.994. Lo que verdaderamente interesa es que el trabajador/consumidor padezca de una incapacidad que no le permita la continuidad de sus actividades laborales. Se dijo que el criterio de la CSJN a los fines de interpretar las cláusulas de este tipo de contratos se encuentra en el fallo: 311:1557 donde sostuvo que la expresión “no pueda desempeñar cualquier actividad económica” no se la puede entender en forma literal, sino en sentido flexible, puesto que lo que se trata es de establecer si el beneficiario se encuentra imposibilitado de realizar aquéllas actividades que le eran habituales u otras similares. También se afirmó que las cláusulas abusivas se tienen por no convenidas. A los fines de poder demostrar la incapacidad total del actor, se ofreció como medio de prueba la pericial médica y psicológica. Es de advertir, que afirmó que una de las cláusulas inoponibles, improcedentes e ineficaces la constituye la exclusión de la afección psicológica/ psiquiátrica como parte de la incapacidad total del trabajador por cuanto dicho seguro de vida participa de la naturaleza de los seguros sociales, los que persiguen como satisfacción inmediata un interés público protegiendo las contingencias propias de la existencia humana, mientras que los seguros privados persiguen primordialmente un fin de lucro, además se limita el riesgo, desnaturalizando las obligaciones de la aseguradora frustrando el fin que persiguió el contrato. Asimismo, la cláusula de invalidez total no puede quedar limitada solo al aspecto físico, ni debe entenderse que la persona haya quedado reducida al nivel de una planta, de ahí que la aminoración psicofísica debe ser que prive al actor de la posibilidad de continuar con sus tareas o de obtener otro empleo adecuado a sus circunstancias (Fallo:311:1557).

Al momento de contestar demanda, la aseguradora accionada niega todos los hechos y el derecho que no sea objeto de expreso reconocimiento en el responde. Sostiene que la actora se encontraba en conocimiento del contenido de las pólizas toda vez que suscribió formulario de solicitud de incorporación al seguro en fecha 25/04/2016, en el que constan todas las cláusulas del contrato, haciéndosele entrega de una copia de los anexos correspondientes los que se encuentran suscriptos por aquélla. Afirma que la supuesta incapacidad que alega la actora no alcanza el grado necesario (sumatoria igual o superior al 66%) para motivar la procedencia de la cobertura de la póliza del seguro adicional, que la afección psicológica/ psiquiátrica se encuentran expresamente excluida de la póliza. Sostiene que las cláusulas que delimitan el riesgo no son abusivas dado que se relacionan con el objeto del contrato y la prima aportada por la actora, ni tampoco pueden ser modificado su contenido en los términos en que ha quedada trabada la Litis. Acompaña como prueba documental formulario de solicitud de ingreso al seguro individual y anexo suscriptos por la actora. En el correspondiente al seguro adicional acompaña la cláusula séptima que se refiere a Exclusiones Específicas donde quedan excluidas de la cobertura … b) Patologías Psiquiatricas y/o Psicológicas, -sin que surja debajo de la misma una firma correspondiente al sr. Vicente Clause-.

El perito médico designado en autos, presenta su informe pericial, donde determina una incapacidad física funcional del 58,33%, a la que adiciona factores complementarios por edad cronológica (10%) = 5,83% y nivel de educación formal primario (7,5%) = 4,37%, lo que determina una incapacidad final del 68,53%. Asimismo, informa que conforme a su formación, capacitación, edad y estado de salud la actora **no puede** desempeñar tareas remunerativas por cuenta propia o en relación de dependencia (respuesta a la pregunta g) del cuestionario de la actora; que en el estado actual la actora **no aprobaría** un examen mínimo de ingreso en cualquier trabajo (respuesta cuestionario actora i).

La perito psicóloga designada en autos, al presentar su informe pericial informa que la actora padece de un daño psíquico, siendo el mismo un cuadro compatible con trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos, crónico, que conforme Baremo Nacional de la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales Ley 24.241 , Decreto 478/98 es una reacción vivencial anormal neurótica con manifestación depresiva Grado III, siendo su incapacidad de un 40%. Asimismo, la perito indica que la enfermedad psicológica aparece en directa relación causal con su estado de salud física (contestación punto f cuestionario de la actora). También que a la fecha del dictamen pericial la actora se encuentra impedida de realizar sus tareas habituales (contestación pregunta g) y que conforme a la dificultad psicológica, sumado al dolor que padece, el actor no puede realizar tareas remunerativas de ningún tipo (contestación pregunta i).

La sra. juez de grado al dictar sentencia de primera instancia con fecha 15/12/2021 hace lugar en un todo a la demanda promovida por la actora. Indica que conforme lo dictaminado por el perito médico aplicando método de la capacidad restante y adicionando los factores de ponderación concluye que la actora padece de una incapacidad del 68,3% de la T.O. También se refiere a las cláusulas limitativas de responsabilidad de la aseguradora y pautas de interpretación conforme normativa de protección al consumidor. Sostuvo que el contrato de seguro queda aprehendido por el régimen de la Ley 24.240 cuyo concepto de prestación de servicios es amplio y donde la materia del consumo se encuentra condicionada por la necesidad de hacer efectiva la operación tenida en miras por las partes. Se apoya en precedentes del TSJ local “Camargo” y “Geliz”. Considera que al contrato de consumo le son aplicables las normas de la LDC (arts. 37, 65) y también las normas contenidas en el Código Civil y Comercial (arts. 1, 2, 988, 1092, 1117, 1118, 1119, 1122 y conc.), también le es aplicable el art. 42 de la C.N. donde refiere que el derecho de los consumidores tiene carácter ius fundamental. También sostuvo que la Ley 17.418 no contiene directivas de interpretación, en tanto a partir de la sanción de

la Ley 24.240 (art. 37) dispone que la exégesis del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor. Además, el carácter de orden público (art. 65) impuso un orden imperativo que excede y sobrevuela las convenciones privadas, mucho más en el caso de contrataciones en masa con cláusulas predispuestas. De ello surge que los contratos de seguro de vida no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su aludida función social. De aplicar las limitaciones y exclusiones de cobertura prevista en la póliza, se estaría negando la propia existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional. Señala que las cláusulas limitativas insertas en el contrato de seguro de vida adicional resultan abusivas en la medida en que desnaturalizan las obligaciones de la demandada, resultando aplicable al presente caso lo dispuesto por el art. 1117 sig. y conc. del CCyC. En estos términos, entiende la sra. juez de grado que de admitirse estas cláusulas limitativas se produciría un desequilibrio significativo entre los derechos y obligaciones de las partes, en perjuicio del consumidor, además de desnaturalizar el contrato. Considera que las cláusulas abusivas comprenden las cláusulas predispuestas, ello es así, porque no se trata de un control de incorporación, sino de contenido, en el que no importa si hubo adhesión o consentimiento, importan renuncia o restricción a los derechos del adherente o amplían derechos del predisponente. Las cláusulas abusivas se tienen por no convenidas. Respecto al derecho a la información, la magistrada señalo que la que debe recibir el consumidor debe ser veraz, adecuada, detallada, suficiente y eficaz, debe proveerse información sobre las circunstancias relevantes para el contrato (art. 42 C.N. y art. 1100 del CCyC), agrega que no se trata de la validez de la firma y del contenido del documento, sino de la información necesaria que debe brindarse para que el consumidor pueda tomar la decisión de contratar debidamente impuesto del alcance del contrato. Es la protección del consentimiento en este tipo de contratos para que este pueda ser eficaz. Concluyendo, por todo lo expuesto, en el contexto interpretativo de nuestro Máximo Tribunal Provincial, considera que en el caso no resulta oponible al beneficiario

de los seguros aquí reclamados limitación alguna del orden de las pretendidas por la demandada con base en la póliza, en tanto se contraponen al criterio amplio y en su caso más favorable para el consumidor.

La Cámara de apelaciones al dictar sentencia de segunda instancia con fecha 09/05/2022 rechaza el recurso de apelación deducido por la parte demandada y confirma la decisión de grado en todo lo que fuera motivo de agravios. En lo que aquí interesa (defensa de exclusión de cobertura), los señores jueces sostuvieron que llega firme a esta instancia que la actora padece una incapacidad de más del 66% de la TO, no siendo esta la circunstancia que cuestiona, sino las patologías que presenta y por las cuales padece dicha incapacidad, con fundamento en que las mismas no se encuentran en el listado taxativo que surge de la póliza contratada. Respecto a la expresa referencia a las patologías psiquiátricas y psicológicas, indica que la postura del TSJ local en autos “Ferreyra c/ Caja de Seguros” año 2012, donde se sostiene que cabe tener en cuenta la incapacidad psiquiátrica al momento de determinar el porcentaje de incapacidad necesario para hacerse acreedor a la indemnización, indicando que en este tipo de contratos deben ser interpretados siguiendo el principio de progresividad y no regresividad, teniendo además presente que estamos frente a un derecho de la seguridad social y también de tinte laboral, por lo que siempre deben interpretarse de la forma más favorable al trabajador / consumidor. Asimismo, se invoca otro precedente del mismo cimero tribunal provincial “Cifuentes c/ Caja de Seguros S.A.” año 2012, donde se afirma que dichos contratos no pueden ser reglados de modo que desnaturalicen y contraríen su función social. También sostuvo que valorar el dictamen pericial con absoluto apego a la literalidad de sus cláusulas contractuales, se omite considerar la finalidad tuitiva y de naturaleza alimentaria de esta clase de seguros, no haciendo mérito de su función social, apartándose del principio por el cual en caso de duda razonable corresponde rechazar el desconocimiento de los derechos del asegurado. Asimismo indica

que en los supuestos en que se debate un derecho social, como lo es el seguro de vida colectivo, consagrado por el propio Estado para atender a la protección del ser humano, debe atenderse a las pautas establecidas por los tratados internacionales incorporados a la C.N. (art. 75 inc. 22), que son coadyuvantes del principio protectorio, por estar orientadas a dar preferencia a la interpretación que con mayor efectividad resguarde los derechos humanos involucrados. Asimismo, determinó la importancia de observar el deber de información en este tipo de contratos de consumo, toda vez que se trata de contratos celebrados entre tomador y asegurador, permaneciendo el asegurado ajeno a la negociación de las cláusulas, sobre todo, en supuestos que se invocan cláusulas de exclusión o limitativas de garantías, lo que implica denegar, reducir la cobertura, con consecuente afectación de los asegurados. Por lo expuesto, sostuvo corresponde rechazar el agravio referido a la defensa de exclusión de cobertura.

El Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén dicta Acuerdo N° 9 de fecha 16/04/2024, donde como consecuencia del recurso de Nulidad Extraordinario interpuesto por la demandada contra la sentencia dictada por la Cámara Provincial de Apelaciones, con competencia en el interior, declara en mayoría procedente el mismo por considerar que vulneró los recaudos de debida fundamentación en lo que respecta a la cláusula de exclusión de cobertura, casando parcialmente la decisión adoptada por dicha Cámara, recomponiendo el litigio, revocando la sentencia dictada en primera instancia en lo pertinente al seguro de vida colectivo optativo, manteniéndose la condena respecto del seguro colectivo obligatorio. Se dice por mayoría habida cuenta que el primer vocal, Dr. Gustavo Andrés Mazieres, propuso al acuerdo declarar improcedente el recurso de casación incoado por la recurrente. Para ello sostuvo que la información que debe brindar la aseguradora debe ser clara y precisa, lo que no está demostrado en autos. Dice 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. Sostiene que una interpretación contraria controvierte los principios elaborados a partir de los artículos 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. Señala 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. Sostiene que la LS es complementaria del CCyC y ello surge expresamente del art. 5 de dicho texto normativo, 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 24.240 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. Concluye en 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. Sostiene que si el contrato de seguro de vida colectivo brinda cobertura a la invalidez o incapacitación total del asegurado, considera que no resulta razonable que el núcleo prácticamente absoluto de la gradación de la 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. Asimismo indica que 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 ello considera que en la especie no se ha configurado el vicio de nulidad denunciado.

A su turno, el Dr. Roberto Busamia discrepa con el vocal preopinante, por considerar que el punto central del seguro lo constituye el riesgo, señala que 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.

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

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

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

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

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

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

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

…"*El desempeño judicial no se agota con la remisión a la letra de los textos, y la Corte ha desechado la admisión de soluciones notoriamente injustas que no se avienen con el fin, propio de la labor de los jueces, de determinar los principios acertados para el reconocimiento de los derechos de los litigantes en las causas concretas a decidir"* (Fallos: 271:130; 315:672; 318:912; 350:158) (Voto del juez Lorenzetti "BARRIENTOS, GABRIELA ALEXANDRA Y OTROS c. OCORSO DAMIÁN Y OTRO s/ DAÑOS Y PERJUICIOS".

También

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

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

especiales -léase Ley de Seguros- prevalecerá la más favorable al consumidor.

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

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

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

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

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

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

Es de advertir, que en el caso debatido, el juez no puede ser neutral: el sr. Vicente Clause, es un hombre que se encuentra incapacitado

totalmente en forma permanente (a tales fines tener presente además del porcentual de incapacidad piscofísico ya denunciado, lo que informaron los peritos médico y psicólogo sobre que en el estado actual la actora no puede desempeñar ninguna actividad remunerativa por cuenta propia o para terceros).

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

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

En consonancia con lo expuesto, la propia CSJN señalo en lo pertinente:" *Que a partir de todo lo expuesto, cabe afirmar que frente al orden publico contractual que impera en la materia consumeril, las cláusulas abusivas no pueden ser materia de una renuncia anticipada, ni cabe considerarlas subsanadas por una suerte de consentimiento tácito del consumidor. Es más, deben tenérselas por no convenidas, lo que trae como consecuencia que ni siquiera la anuencia expresa puede validarlas"* (ver Considerando 10 fallo "Prevención, Asesoramiento y Defensa del Consumidor vs. Bank Boston N.A." de fecha 14/03/2017) Fallo:430:172.

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

Además, en el marco normativo expuesto, existe un deber de información en cabeza de la compañía que no se satisface con la entrega de una solicitud de adhesión, o con una única firma puesta por el consumidor al pie del formulario de solicitud redactado en franca violación al lenguaje llano y por ello jamás podría asimilarse aquélla firma al consentimiento de las exclusiones predispuestas unilateralmente en favor de la parte más fuerte en la relación contractual, la aseguradora.

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.

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 Clause, puesta al pies del formulario de adhesión de ingreso al seguro equivale a la toma de conocimiento del total del clausulado impuesto.

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

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

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 exhibe una argumentación normativa deficiente y descolgada del sistema normativo asentado en valores y en la dignidad humana.

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

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

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

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

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

En el contexto enunciado, cabe concluir que el acuerdo nº 21 aborda una materia con un nexo directo e inmediato con la garantía constitucional que se indica como vulnerada (CN, tratados de DDHH,

etc.); por lo que corresponde su descalificación como acto jurisdiccional válido, en los términos de conocida doctrina de esta Corte sobre arbitrariedad.

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

Por todo lo precedentemente expuesto, se reitera la tacha de arbitrariedad del acuerdo impugnado, justificando la procedencia del presente recurso de queja.

3.2 ARBITRARIEDAD AL DEJAR SIN EFECTO EL ESTATUTO CONSUMERIL

Sabido es que la actora por ser trabajadora y consumidora se encuentra protegida por el bloque legal de derecho del consumidor, el que se encuentra compuesto por la Constitución Nacional (art. 42), principios hermenéuticos de la justicia social, de interpretación y aplicación de la norma más favorable a la persona humana (pro homine), de progresividad y de no regresividad. Dicha pautas son coadyuvantes del principio protectorio, por cuanto están orientadas a dar preferencia a la interpretación que con mayor efectividad resguarde los derechos humanos involucrados. Se deben rechazar las interpretaciones restrictivas y privilegiar la interpretación extensa a favor de quienes las normas a través de esta herramienta de la seguridad social, buscan proteger, Tratados Internacionales de Derechos Humanos (art. 75 inc.22 CN) – Convención Americana de Derechos Humanos – Pacto de San José de Costa Rica, en su art. 26 dispone:” … el estado tiene el deber de adoptar por medios apropiados, providencias para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas nacionales e internacionales”, por el nuevo Código Civil y Comercial de donde surge la

constitucionalización del derecho del consumidor, la protección al consumidor, la interpretación en caso de duda prevalece la más favorable para el consumidor (art. 1094), el deber de información (art. 1100), las cláusulas abusivas se las tiene por no convenidas (arts. 985,986,978,988, 1117 y 1122), las normas de la LDC son de órden público (art.65), son normas que pertenecen al jus cogens, tendientes a resguardar a la parte **más vulnerable** en la relación de consumo, así como a mantener el equilibrio interno del contrato, fijando a tal fin un mínimo y máximo de protección. Así la CSJN dijo que "la igualdad no se ve afectada cuando el legislador elige a un grupo de sujetos para protegerlos especialmente, por su vulnerabilidad y con fundamento en la tutela de los consumidores" (15/3/2007 "Rinaldi Francisco y otro c. Guzman Toledo – LL,2007-B,415). También sostuvo el máximo tribunal federal del país "… la especial protección que el constituyente decidió otorgar a los usuarios y consumidores en razón de ser sujetos particularmente vulnerables, este principio protectorio juega un rol fundamental en el marco de los contratos de consumo donde, es preciso destacar, el consumidor se encuentra en una posición de subordinación estructural" (Prevención, Asesoramiento y Defensa del Consumidor vs. BankBoston N.A." de fecha 14/03/2017).

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

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

El enclave convencional antedicho subsume al contrato de seguro bajo el tamiz consumeril el que recalificara como un contrato de seguro de consumo, y su análisis quedará enmarcado en las disposiciones específicas de dichas normativas -ya no solo la LS-, y por ende son exigibles a las aseguradoras, en tanto proveedoras de servicios, de

todos los deberes, cargas y responsabilidades dispuesto en el art. 42 C.N., LDC, artículos 1092 sgtes y conc. del CCyC.

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

Ergo, los señores jueces no aplicaron en la especie las normas que protegen a los consumidores, desprotegiéndolos, marginándolos y profundizando la desigualdad congénita de una relación de consumo reglada por un clausulado impuesto por quien detenta del poder de negociación. El acuerdo del TSJ legitimó la desprotección de la persona humana de Vicente Clause, derivando así en una sentencia injusta, por lo que impone su descalificación , con arreglo a la doctrina de la CSJN en materia de arbitrariedad de sentencias, solicitando se dicte un nuevo pronunciamiento ajustado a derecho.

Por último, se pone de manifiesto a los Señores Jueces, que esta parte desde la portada de su demanda indicó la violación del art. 42 de la C.N., de las normas que se consideraron como abusivas, los tratados internacionales de derechos humanos, por lo que la cuestión federal, sin estar consagrada en forma expresa, fue planteada oportunamente y sostenida a lo largo del proceso judicial (Fallos:188:482; 210:718; 302:468; 314:110). Así este cuerpo ha sostenido que la cuestión federal no está subordinada a solemnidades particulares, ni requiere al efecto términos sacramentales (fallos: 211:640; 293:323; 302:326; 304:148; 306:1069; 307:2080; 321:2132; 322:232).

4.- Petitorio: Por todo lo expuesto a V.E. pido:

(i) Admita el escrito de queja interpuesto en tiempo y forma.

(ii) Oportunamente aborde el caso en un enclave convencional y haga lugar al presente.

Es Justicia.-

ORTIZ Guillermo Alejandro

Firmado digitalmente por ORTIZ Guillermo Alejandro
Fecha: 2024.10.22 11:19:38 -03'00'

Signature Not Verified
Digitally signed by CARDOSO ZELADA CINTIA MARÍA DEL VALLE
Date: 2024.10.22 12:15:04 ART