

**ACUERDO N° 28.** En la ciudad de Neuquén, capital de la provincia del mismo nombre, a los veintitrés (23) días del mes de agosto de dos mil veintiuno, en Acuerdo, la Sala Laboral del Tribunal Superior de Justicia integrada por los señores Vocales doctores Evaldo Darío Moya y Roberto Germán Busamia, con la intervención del señor Secretario Joaquín Antonio Cosentino, procede a dictar sentencia en los autos caratulados "**SEPÚLVEDA, TERESA LEONOR c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD**" (**Expediente JZA1S2 N° 39.820 - Año 2018**), del registro de la Secretaría Civil.

**ANTECEDENTES:**

La demandada -Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- interpuso recurso de Nulidad Extraordinario (fs. 349/368vta.) contra lo resuelto por la Cámara Provincial de Apelaciones - con competencia en el Interior- (Sala I), con asiento en la ciudad de Zapala, que confirmó lo decidido en la instancia anterior y, en consecuencia, acogió la demanda en su totalidad (fs. 330/345vta.).

Conferido el traslado, la contraparte lo respondió y petitionó que se rechace el recurso, con costas (fs. 371/374).

Mediante Resolución Interlocutoria N° 28/21, se declaró admisible el recurso deducido (fs. 379/380vta.).

Posteriormente, la Fiscalía General dictaminó propiciando la improcedencia del remedio incoado (fs. 382/386).

Firme la providencia de autos, integrada la Sala y efectuado el pertinente sorteo, se encuentra la presente causa en estado de dictar sentencia. Por lo que este Cuerpo resolvió plantear y votar las siguientes:

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

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

**I. 1.** Estas actuaciones fueron iniciadas por la Sra. Teresa Leonor Sepúlveda contra la aseguradora demandada para que se la condene al pago del seguro colectivo de vida e incapacidad total contratado por el Estado provincial neuquino, con fundamento en que padecería una incapacidad que configuraría el riesgo cubierto.

En su demanda, alegó que la relación jurídica que la vinculó con la accionada fue de naturaleza contractual y asegurativa, y que resultó abarcada específicamente por el derecho del consumidor.

En ese marco, esgrimió que se desempeñó como enfermera en el Hospital de Zapala, y que durante la relación de empleo sufrió diversas afecciones en su salud que terminaron ocasionándole una incapacidad total para continuar desarrollando dichas funciones.

Dijo que pese a que su incapacidad sería cercana al 70%, la compañía de seguros rechazó la cobertura, esgrimiendo que las patologías denunciadas no configuraban un suceso indemnizable.

Enfatizó que la cobertura resultaba procedente, por serle inoponible cualquier eventual previsión de la póliza relativa a la nómina taxativa de patologías invalidantes.

En definitiva, planteó que no resultaba oponible a su parte una cobertura más restringida que aquella por la cual había venido pagando las primas sin solución de continuidad.

En cuanto al monto de demanda, transcribió el punto N° 2 de la póliza vigente a la fecha del siniestro y señaló que el capital reclamado por el seguro adicional ascendía a 25 sueldos sin tope, por la suma total de \$729.009,75.-.

Por último, ofreció prueba.

**2.** La accionada contestó demanda. Negó los hechos invocados por la contraria y sostuvo que la supuesta incapacidad que alegó la actora, en caso de padecerla, no

superaría el grado mínimo necesario para motivar la procedencia de la cobertura.

Sostuvo la inaplicabilidad de la Ley de Defensa del Consumidor. Citó los fallos "Buffoni" y "Flores" de la Corte Suprema, en los que -según su criterio- se estableció que el contrato de seguro se rige por la Ley N° 17418, y que al ser ésta una norma especial, prevalece sobre la Ley de Defensa al Consumidor.

En otro acápite, alegó que la actora estaba en pleno conocimiento del contenido de las pólizas, conforme emanaría de la solicitud de seguro colectivo que acompaña.

Explicó que tal como surgía del contenido de la póliza y de los recibos de sueldo acompañados, el monto máximo asegurado, a la fecha en que se denuncia consolidado el siniestro, era de \$300.000.-.

Refirió que el texto de la póliza adjuntada indicaba que, a partir de enero de 2016, era necesario que los asegurados prestaran consentimiento tras un nuevo encuestamiento respecto de la eliminación del tope de suma asegurada, para el seguro adicional.

Agregó que el Decreto N° 541/17 así lo establece en sus considerandos. Únicamente los asegurados encuestados nuevamente podrían acceder a una indemnización sin tope, pero para ello debían: i) peticionarlo expresamente en el encuestamiento; ii) autorizar la readecuación -incremento- de la prima acorde al nuevo monto asegurado.

Enfatizó que resultaría absurdo sostener que el incremento de la prestación dineraria asumida por la aseguradora no esté atada al aumento proporcional de la prima que debe pagar el asegurado, ya que a mayor riesgo, mayor prima.

Concluyó que la actora no podría acceder a una indemnización por la que nunca pagó la prima correspondiente.

Por ello, sostuvo que en caso de acreditarse los extremos necesarios para el progreso de la acción, su parte no podría ser condenada a pagar más allá del capital asegurado previsto en la póliza contratada.

Por último, dijo hacer reserva del caso federal.

**3.** La sentencia de grado hizo lugar a la demanda.

En primer lugar, consideró configurada la contingencia cubierta por la póliza.

Sostuvo que resultan aplicables al seguro de vida colectivo contratado en autos, las normas relativas a la relación de consumo, al contrato de consumo del Código Civil y Comercial de la Nación, y la Ley de Defensa al Consumidor.

Luego de citar varios antecedentes propios, concluyó que debe seguirse el criterio más favorable para el consumidor.

A continuación, fijó el monto por el que entendió que correspondía acoger la demanda. Así, estableció que el seguro adicional equivalía al múltiplo de 25 sueldos sin tope a partir del 01/01/16, conforme la póliza acompañada.

En tal sentido, consideró que la defensa de la accionada en punto al tope de la suma asegurada no resultaba atendible. Ello, por remisión 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-, y dado que la aseguradora no acreditó haber notificado fehacientemente a la aquí actora, las exigencias a cumplir para hacer operativa la eliminación del tope máximo previsto con anterioridad al 01/01/16.

De este modo, concluyó que al igual que las otras limitaciones esgrimidas y en el marco de interpretación a favor del consumidor, le resultaba inoponible a la accionante la exigencia referida.

**4.** Disconforme con este pronunciamiento, apeló la demandada, cuestionando principalmente el monto de la condena,

por haberse inobservado la suma máxima asegurada de \$300.000.-, respecto al seguro adicional. Los agravios fueron replicados por la contraria.

5. La Cámara de Apelaciones confirmó el fallo de grado.

Para así decidir, señaló que la póliza bajo estudio resulta un contrato de adhesión, en el que la totalidad de las cláusulas son redactadas por el asegurador y por ello le son aplicables las reglas de interpretación de los contratos con cláusulas predispuestas.

Agregó que el modelo de interpretación referido también sería aplicable a los contratos de consumo, conforme lo prevén el artículo 1095 del Código Civil y Comercial de la Nación y la Ley de Defensa del Consumidor.

En tal sentido, y haciendo referencia a antecedentes de la misma Alzada, sostuvo que la normativa consumeril resultaba aplicable a supuestos como el presente y, en dicho marco, resaltó la importancia del deber de información, a cargo de la parte fuerte de la relación.

Transcribió las cláusulas referentes al monto asegurado del contrato colectivo, modalidad adicional, que uniera a las partes y concluyó que los asegurados activos que ingresaron a la póliza con anterioridad al 31 de diciembre de 2015 tienen derecho a percibir el capital asegurado sin tope.

A dicho respecto, entendió que en la causa no obraban elementos de convicción que demostraran que la accionada brindara a la actora información suficiente y precisa para que ella pudiese comprender el capital asegurado.

Y, en tal sentido, juzgó que la demandada no probó haber dado a conocer a la accionante una circunstancia relevante del contrato, tal como lo era la que surge del endoso N° 3 (relevamiento por parte de la aseguradora y suscripción o firma de formulario prestando consentimiento); condición ésta que -según ponderó- modificó sustancialmente la

cláusula particular a la luz de la interpretación que cabe hacer de la misma conforme los términos en los que se encuentra redactada.

Agregó que la fecha de emisión del Decreto N° 541/17 no enervaba lo decidido, toda vez que en el contrato de seguro bajo análisis no existía disposición alguna que condicionara su vigencia al dictado de una norma por parte del Ejecutivo Provincial. Añadió que los considerandos del Decreto aludían a una nota presentada por la aseguradora en la que informaba la actualización de los montos.

Concluyó que la interpretación de las cláusulas contractuales transcriptas y la falta de acreditación de la suma asegurada debidamente actualizada, llevaban a la convicción de que no cabía fijar la condena en el monto pretendido por la demandada.

Por estos argumentos, desestimó el recurso de apelación de la aseguradora.

**6.** Esta última interpuso recurso de Nulidad Extraordinario.

Por el carril mencionado, la recurrente adujo que la sentencia atacada no tendría sustento suficiente en las constancias de autos.

Manifestó que para la prestación del seguro de vida colectivo adicional desde el 01/01/12 el tomador habría llevado adelante la Licitación Pública N° 44/11, cuyo pliego de condiciones generales y particulares resultarían ser parte integrante de las pólizas a contratar; le darían causa y contenido.

Relató que en dicho pliego se habría previsto un capital máximo asegurado equivalente a \$300.000.- y que para introducir modificaciones a las cláusulas indisponibles, debía contarse previamente con el acto administrativo en virtud del cual el licitante -Poder Ejecutivo provincial- aprobara su introducción al contrato.

Expuso que lo decidido por los Sres. Magistrados no se correspondería con la base fáctica del caso, dado que se carga a su parte con las consecuencias de una omisión inexistente.

Agregó que lo sostenido por la Alzada resultaría irrazonable y alejado de las constancias de autos, por cuanto significaría que por el mero cambio de fecha, de un día para el otro, los asegurados que tenían tope, pasarían a no tenerlo, pagando siempre la misma prima fija. A su entender, ello rompería cualquier ecuación económica financiera del contrato, más aún, en una operatoria colectiva como la presente.

A su entender, las afirmaciones de los Sres. Camaristas resultarían desconectadas de la realidad fáctica probada en el expediente. Ello, dado que los asegurados que habían ingresado a la póliza adicional con anterioridad al 31/12/15 tenían una suma asegurada equivalente a 25 sueldos, pero con tope de \$300.000.- y pagando una suma fija de \$288 (\$0,96 por cada \$1000 de suma asegurada, según cláusula 7). Esto surgía, según explicó, del pliego licitatorio y de la póliza emitida con causa en aquél.

Sostuvo que el "nuevo encuestamiento" previsto en el Decreto N° 541/17 y en la póliza, tenía por finalidad impedir que el trabajador sufriera lesión a su patrimonio: éste debía aceptar y prestar conformidad con el pago de una prima mayor para acceder a un capital asegurado sin tope.

Abundó sobre la posibilidad de que la asegurada no hubiera aceptado que se le aumentara la prima para acceder a un mayor monto asegurado.

Así, postuló que lo decidido resultaría arbitrario y desconectado de las constancias que obran en la causa, pues se estaría creando un mecanismo de prima mensual al margen de la póliza y de las normas que le sirven de base, modificando de

hecho, y sin justificación, la mentada ecuación económica y financiera del contrato.

A su criterio, de esta forma quedaría en evidencia que la premisa fáctica de la que partió la Cámara no se corresponde ni ajusta a las constancias de autos, base desde la cual los jueces construyeron los cimientos de la resolución que se recurre.

Culminó su escrito manifestando que hacía reserva del caso federal.

**II. 1.** Resumidos así los antecedentes del caso, habrá de analizarse si, como denuncia el recurrente, la sentencia dictada por la Cámara de Apelaciones resulta arbitraria por carecer de sustento en las constancias de autos (artículo 18, segundo párrafo, Ley N° 1406).

Para comenzar, es preciso tener presente que llega firme a esta instancia que la actora padece una incapacidad constitutiva del riesgo cubierto por la póliza asegurativa y que resulta acreedora del seguro colectivo complementario u optativo.

Lo que controvierten las partes es el monto por el cual debe prosperar dicho seguro. Puntualmente, si en el caso rige o no un tope o suma máxima asegurada.

Cuadra indicar que el tema traído a revisión resulta similar al resuelto recientemente por este Tribunal Superior en las causas "Bruna" y "Oria" (Acuerdos N° 17/21 y N° 24/21, del registro de la Secretaría Civil), por lo que habré de seguir en lo sucesivo idéntica línea argumentativa.

Como se desprende de los antecedentes de la causa arriba mencionados, los jueces de la Alzada han resuelto el caso, fundamentalmente, con base en el incumplimiento del deber de información, toda vez que -según entienden- la asegurada no fue informada respecto de la opción y requisitos para acceder a la liberación del tope.

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 invocaban cláusulas de exclusión o limitativas de garantía, que lógicamente importaban denegar o reducir la cobertura, con la consecuente afectación de los asegurados.

Sin embargo, este no es el supuesto de autos. Aquí la modificación incorporada al contrato no implica restringir o empeorar la situación del asegurado, sino añadir una opción para mejorar la protección a su favor. La confusión entre estos dos escenarios ha llevado a los jueces a arribar a una solución apartada de las constancias de la causa. Así lo entendimos en los precedentes citados y dicho análisis resulta plenamente trasladable al supuesto de autos.

Veamos. Como se señaló, la aseguradora demandada planteó en este pleito la existencia de una suma máxima contemplada en la póliza; la actora, por su parte, sostuvo la inoponibilidad de los requisitos previstos para la liberación del tope, ya que no le fueron notificados (fs. 322/324 y 371/374).

De la documental agregada al expediente surge que la póliza vigente a partir del 01/01/16 (período en el cual acontece el siniestro de autos), prevé entre los riesgos cubiertos la "... incapacidad total y permanente por enfermedad y accidente ...", y establece como suma asegurada \$300.000.- (fs. 35/40vta, y documental reservada a fs. 162/163).

Luego, en las cláusulas particulares dispone:

"... CAPITAL ASEGURADO:

a) A partir del 01/01/2016: Múltiplo de 25 sueldos, según información aportada por el tomador de la póliza. Suma asegurada Máxima: Sin tope. Suma asegurada Mínima: \$ 10.000.-

Los asegurados activos que hayan ingresado a la póliza o hayan prestado consentimiento tras un nuevo encuestamiento respecto a la eliminación del tope de suma asegurada antes de cumplir los 65 años de edad, tampoco tendrán tope de suma asegurada en la respectiva póliza de asegurados pasivos, como así tampoco mientras permanezcan en la póliza de asegurados activos una vez cumplidos los 65 años de edad.

b) Hasta el 31/12/2015: Múltiplo de 25 sueldos, según información aportada por el tomador de la póliza. Suma asegurada Máxima: \$ 300.000. Suma asegurada Mínima: \$ 10.000 ...”.

La póliza referida también prescribe en letra mayúscula lo siguiente: “... ENDOSO N° 3: SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE A PARTIR DEL 1-1-2016 EXISTE LA POSIBILIDAD DE ELIMINAR EL TOPE DE SUMA ASEGURADA, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO HAYA SIDO RELEVADO Y ÉSTE HAYA ACEPTADO EXPRESAMENTE ESTA CONDICIÓN, FIRMANDO EL FORMULARIO CORRESPONDIENTE. ESTO ES VÁLIDO PARA LA CARTERA VIGENTE AL 31-12-2015.- PARA LOS CASOS DE ALTAS DADAS DURANTE EL PERÍODO DESDE EL 1-1-2016 HASTA EL 29-2-2016, SE MANTENDRÁ EL TOPE DE SUMA ASEGURADA EN \$ 300.000, HASTA TANTO SEAN RELEVADOS Y EN CASO DE ACEPTAR, SEA ELIMINADO DICHO TOPE. TODA ALTA QUE SE PRODUZCA A PARTIR DEL 1-3-2016, SE EMITIRÁ SIN TOPE DE SUMA ASEGURADA ...” (textual).

A su vez, los endosos N° 1 y N° 2 indican que la presente póliza constituye una renovación -por cuatro años- de la anterior, que rigió a partir del 01/03/12.

Esa póliza anteriormente vigente preveía, asimismo, un capital máximo asegurado para el seguro optativo de

\$300.000.- (fs. 150 y siguientes). Es decir, la póliza anterior también contenía un tope.

Y antes de ello, el pliego de la licitación N° 44/11 que dio origen a estos contratos, indicaba que con respecto al "... seguro de vida colectivo adicional u optativo (múltiplo de sueldo) ...", la suma asegurada se establece en 25 sueldos con un capital máximo de \$300.000.- (fs. 182).

Por otro lado, en los recibos de sueldo acompañados al expediente, se observa un cuadrante en el margen izquierdo que indica: "capital asegurado: 300.000." (fs. 6, 127 y copias certificadas reservadas a fs. 162/163).

Esta última documentación pone de relieve que por esa suma asegurada máxima a la actora se le descontaba el importe de \$288.- fijos mensuales (a razón de 96 centavos -\$0,96- por cada \$1000.- de suma asegurada). Incluso, luego de que comenzara a regir la nueva póliza -con vigencia a partir de enero de 2016- la actora siguió pagando la misma prima.

**2.** Las constancias de la causa antes referidas, denotan que desde el inicio de la relación asegurativa, luego que finalizara el proceso licitatorio, la póliza contenía una suma máxima asegurada de \$300.000.-.

Como ya se expuso, la cuestión aquí es que en ocasión de la renovación de las condiciones de cobertura, se pactó -entre la aseguradora y el tomador- la posibilidad de ofrecer a los empleados alcanzados la opción de eliminar el tope de la suma asegurada, bajo determinadas condiciones que deberían aceptar expresamente en un nuevo encuestamiento.

Esto último sería factible una vez finalizado el contrato vigente hasta diciembre de 2015. De hecho, parecería que se había previsto realizar el nuevo encuestamiento individual a cada empleado entre enero y febrero de 2016, de modo que las nuevas pólizas emitidas desde marzo de 2016, ya contemplarían un nuevo valor de suma asegurada y de costo mensual (cfr. endoso N° 3).

Finalmente, el decreto provincial que autorizó la modificación de la suma asegurada y costo fijo mensual a partir de enero de 2016, se dictó en abril de 2017 (Decreto N° 541/17). Esa tardanza evidentemente influyó en la postergación del encuestamiento respectivo.

Más allá de ello, no debe perderse de eje que, tal como fue pactado, el principio era la continuidad de la cobertura con tope a cambio de esa prima fija de \$288.- y la excepción era la eliminación del tope a cambio de un incremento de prima mensual, previa aceptación.

En suma, existía un límite económico de la cobertura, pero posteriormente se introdujo la posibilidad de que, a cambio de un mayor precio -prima-, se amplíe la cobertura del seguro a supuestos *a priori* excluidos.

Ese esquema es el que surge claramente de las constancias de la causa, de modo que lo decidido, al adoptar un razonamiento inverso, aparece dogmático y sin sustento en ellas.

Insisto, en este caso no se trata de una eventual inoponibilidad de cláusulas limitativas de cobertura, sino que se pretende declarar inoponibles cláusulas que incorporan una mejora, bajo condición de aceptación y pago del nuevo precio.

En el contexto descripto, que la actora haya abonado siempre la misma prima resulta un dato determinante, dado que si se aceptara que por el solo hecho de no habérsela 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, la actora 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).

Cierto es que al no haber tomado conocimiento de la posibilidad de dar su consentimiento tras un nuevo encuestamiento, la actora perdió la posibilidad de que se elimine el tope de la suma asegurada. Pero también lo es que en ningún momento en este juicio manifestó que su intención hubiese sido aceptar esa alternativa, ni ofreció abonar la prima correspondiente. Tampoco planteó su pretensión como un reclamo por pérdida de chance.

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).

Es que, tal como sostuvo esta Sala en los ya citados casos "Bruna" y "Oria", 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 (cfr. Acuerdos N° 17/21 y N° 24/21, del registro de la Secretaría Civil).

En este caso, al permanecer las condiciones iguales a igual prima, no se constata afectación alguna y, por ende, la solución acordada por la Alzada, no encuentra anclaje en las particularidades del caso, ni puede ser avalada en esta instancia.

Propongo, en consecuencia, declarar procedente el recurso de Nulidad Extraordinario deducido, por haber incurrido el pronunciamiento de la Cámara de Apelaciones en el vicio nulificante denunciado por la recurrente.

Seguidamente, a tenor de lo prescripto por el artículo 21 de la Ley N° 1406, corresponde recomponer el litigio.

Así, los argumentos anteriormente desarrollados conducen a acoger el recurso de apelación deducido por la accionada y a revocar parcialmente el pronunciamiento de primera instancia reduciendo el monto de condena en punto al seguro adicional a la suma de \$300.000.-, con más los intereses dispuestos en dicho pronunciamiento.

**III.** En lo que respecta a la tercera cuestión planteada, entiendo corresponde distinguir según las distintas etapas del proceso.

En relación con las costas originadas en la primera instancia, cabe tener en cuenta que persiste la condena en contra de la demandada por el seguro adicional, modificándose solo en la existencia de un tope máximo. Por lo tanto, se mantiene la imposición de las costas a la parte demandada en su calidad de vencida (artículo 17, Ley N° 921).

Luego, para las provocadas ante la Alzada y en esta instancia extraordinaria, a tenor del resultado al que se arriba, se han de imponer a la actora por resultar vencida

(artículos 17, Ley N° 921, 279, Código Procesal Civil y Comercial de Neuquén, y 12, Ley N° 1406).

Asimismo, corresponde dejar sin efecto las regulaciones de honorarios efectuadas, debiendo adecuarse al nuevo pronunciamiento en la instancia de origen, y regularlos en un 30% por la actuación ante la Alzada y en un 25% por la intervención en esta instancia extraordinaria (artículo 15, Ley N° 1594).

En lo que refiere a la nueva regulación de honorarios a realizarse en la primera instancia, deberá tenerse en cuenta que, conforme doctrina de este Tribunal Superior *"... cuando el monto reclamado sea superior a la suma que resulte de la sentencia o transacción, los honorarios que se regulen a los profesionales no pueden superar el 33% del valor fijado judicialmente, ya que, en caso de ser superiores, serían confiscatorios ..."* (cfr. Acuerdos N° 284/92 "Martínez", del registro de la entonces Secretaría de Demandas Originarias y Recursos Extraordinarios; N° 5/14 "Ippi" y N° 1/20 "Ferraz", del registro de la Secretaría Civil de este Tribunal Superior de Justicia); precisándose que *"... la sumatoria de las dos regulaciones -trámite principal e incidente- en lo que respecta a los letrados de la parte gananciosa -en este caso parte actora- junto con los honorarios del perito, todos fijados para la retribución en primera instancia, no superen el valladar del 33% del monto fijado judicialmente ..."* (cfr. Acuerdos N° 14/18 "Micheli" y N° 14/20 "Romero", del registro citado). **ASÍ VOTO.**

El señor Vocal **Dr. Evaldo Darío Moya**, dijo: Por compartir los fundamentos expresados y la solución propiciada por el colega preopinante, es que emito el mío en el mismo sentido. **MI VOTO.**

De lo que surge del presente Acuerdo, oída la Fiscalía General, **SE RESUELVE: 1°) DECLARAR PROCEDENTE** el recurso de Nulidad Extraordinario deducido a fs. 349/368vta.

por la demandada -Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- por configurarse el vicio alegado por la recurrente y, en consecuencia, **NULIFICAR** la resolución de la Cámara Provincial de Apelaciones -con competencia en el Interior- (Sala I), con asiento en la ciudad de Zapala, recaída a fs. 330/345vta; **2°) RECOMPONER** el litigio a la luz del artículo 21 de la Ley N° 1406, mediante el acogimiento del recurso de apelación deducido por la accionada y, en su mérito, revocar parcialmente el pronunciamiento de primera instancia, reduciendo el monto de condena -en punto al seguro adicional- a la suma de \$300.000.-, con más los intereses dispuestos en dicho pronunciamiento; **3°) MANTENER** la imposición de las costas en la primera instancia e **IMPONER** a cargo de la actora vencida las provocadas en la segunda instancia y en la instancia extraordinaria local; todo conforme lo expresado en el punto III del presente; **4°) DEJAR SIN EFECTO** las regulaciones de honorarios efectuadas, debiendo adecuarse al nuevo pronunciamiento en la instancia de origen -teniendo en cuenta la doctrina de la confiscatoriedad señalada en los considerandos-, y regularlos en un 30% por la actuación ante la Alzada y en un 25% por la intervención en esta instancia extraordinaria, de la cantidad que corresponda por la actuación en igual carácter en primera instancia (artículo 15, Ley N° 1594); **5°) DISPONER** la devolución del depósito efectuado (fs. 348 y vta.), por imperio del artículo 11 de la Ley Casatoria; **6°) ORDENAR** registrar y notificar esta sentencia y, oportunamente, devolver las actuaciones al Tribunal de origen.

Dr. ROBERTO G. BUSAMIA - Dr. EVALDO D. MOYA

Dra. JOAQUÍN A. COSENTINO - Secretario