



ACUERDO NRO. 47. En la ciudad de Neuquén, capital de la provincia del mismo nombre, a los nueve (9) días de noviembre dos mil quince, se reúne en Acuerdo la **Sala Civil** del Tribunal Superior de Justicia, integrada por los Sres. vocales doctores **OSCAR E. MASSEI** y **EVALDO D. MOYA** con la intervención de la secretaria Civil de Recursos Extraordinarios, doctora **MARÍA TERESA GIMÉNEZ** de **CAILLET-BOIS**, para dictar sentencia definitiva en los autos caratulados: **"MONTE LUIS ALBERTO C/ MAPFRE CÍA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD"** (Expte. Nro. 45 - año 2012) del Registro de la Actuaría.

ANTECEDENTES: A fs. 294/300, obra la sentencia dictada por la entonces Cámara de Apelaciones en Todos los fueros de la ciudad de Zapala, que confirma el fallo de la instancia anterior dictado a fs. 274/278 vta., mediante el cual se rechazó la demanda.

Contra este decisorio, el actor **LUIS ALBERTO MONTE** deduce recursos por Inaplicabilidad de Ley y de Nulidad Extraordinario a fs. 305/324.

Corrido el traslado de ley, contesta a fs. 327/329 la demandada **MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

Mediante Resolución Interlocutoria N° 268/12 se declaran admisibles los recursos impetrados, con sustento en los Arts. 18° y 15°, incs. b) y d), de la Ley 1.406.

Firme la providencia de autos, efectuado el pertinente sorteo, se encuentra la presente causa en estado de dictar sentencia, por lo que este Tribunal resuelve plantear y votar las siguientes

CUESTIONES: I) ¿Resulta procedente el recurso de Nulidad Extraordinario? II) En su caso, ¿resulta procedente el de Inaplicabilidad de Ley? III) ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar? IV) Costas.

VOTACIÓN: Conforme al orden del sorteo realizado, a las cuestiones planteadas, el doctor **OSCAR E. MASSEI** dice:



I. Por razones de orden metodológico, habré de efectuar una síntesis de los hechos relevantes para la resolución de la causa.

1. A fs. 39/41 vta., el actor promueve demanda contra MAPGRE Cía. de Seguros S.A., por el cobro de la suma de \$108.912,90 en concepto de indemnización por invalidez total y permanente que -según sostiene- tenía cubierta como riesgo a través de seguros de vida contratados por su ex empleadora.

Manifiesta ser beneficiario de dos seguros colectivos de vida: uno obligatorio y otro adicional, ambos por los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente. Señala que el seguro adicional se instrumentó mediante Póliza N° 152-0006925.

Relata que dichos seguros fueron contratados por su empleadora y la Aseguradora MAPFRE Cía. de Seguros S.A.

Agrega que su parte no intervino en las tratativas con la entidad aseguradora. Expresa que nunca se le hizo entrega de copia de los contratos y/o pólizas respectivas.

Apunta que abonaba mensualmente la prima, por descuento que efectuaba la empleadora sobre sus remuneraciones.

El importe reclamado asciende a la suma de \$108.912,90 con sus intereses desde el 4 de junio de 2007 y las costas del proceso.

Manifiesta que ingresó a trabajar bajo relación de dependencia en LOMA NEGRA C.I.A.S.A. el 20 de enero de 1975. Se desempeñó, como operador de molino de cemento de la planta industrial ubicada en la ciudad de Zapala por más de 32 años y el 4 de junio de 2007 acordó su distracto con la empleadora para acogerse al beneficio de la jubilación por invalidez, debido a que desde hacía varios meses se encontraba imposibilitado de poder cumplir con sus tareas habituales, al padecer una cardiopatía coronaria y limitaciones funcionales en su pierna izquierda.



Ello así, se sustanció ante MÁXIMA AFJP el trámite de jubilación por invalidez, beneficio que le fue concedido, luego que la Comisión Médica en Expte. N° 009-P-00107/07 determinó que la incapacidad psicofísica que padecía equivalía al 66,14% de la Total Obrera.

Refiere que dicho porcentual de invalidez, estaba integrado por: Cardiopatía coronaria grado III (45%); limitación funcional de la rodilla izquierda (9%); factores complementarios de edad y nivel educativo (4,12% en cada caso); y factor compensador (3%).

Manifiesta que la incapacidad que padece es irreversible para todo tipo de tareas conforme -alega- surge del dictamen de la Comisión Médica que adjunta.

Señala que una vez determinada la incapacidad reclamó a la Aseguradora el pago del seguro colectivo adicional mediante carta documento 781432351 del 9 de noviembre de 2007, la que no mereció respuesta.

Alega que la ausencia de pronunciamiento, dentro el plazo de ley, implica aceptación tácita del siniestro, de la cobertura y de la extensión del daño a resarcir.

Manifiesta que, aun en el supuesto que se considere que no se encuentra consentido el siniestro, que denunciara, por vencimiento del plazo legal, en el presente se encuentran reunidos los extremos fácticos previstos en el contrato de seguro, que hacen procedente la demanda.

Enfatiza que las patologías fijadas por la Comisión Médica, tuvieron origen y consolidaron su dolencia incapacitante durante la vigencia de la relación laboral y del contrato de seguro. Fueron determinantes de su incapacidad total y permanente, y tornan procedente el pago del seguro adicional por invalidez que se contrató a su favor.

Funda en derecho. Ofrece Prueba. Cita jurisprudencia que entiende aplicable al caso.



2. A fs. 62/64 vta. y 65/66, la demandada contesta. Niega los hechos invocados en la pretensión. Al respecto, afirma que las condiciones de la póliza contratada oportunamente con LOMA NEGRA exigían que el asegurado para solicitar el pago de la indemnización no hubiese cesado en el empleo por retiro o renuncia -Anexo A, apartado C, numeral 5, apartado A-; que conforme a lo dictaminado por la Comisión Médica N°9 el Sr. Monte habría renunciado el 4/7/2007 por causas no amparadas por la póliza -incapacidad- sino por hipertensión arterial que padecía desde hacía 10 años; cardiopatía coronaria grado III y limitación funcional de la rodilla izquierda. Pero que en todo caso debió denunciar a su parte, antes de renunciar, las eventuales afecciones, para que pudiera ser revisado por facultativos, sometido a estudios y evaluado por medio de peritos, conforme a las cláusulas contractuales pactadas.

Luego afirma que tal recaudo no se verificó y opone exclusión de cobertura.

Sostiene que la Aseguradora responde contractualmente si el actor cumple el contrato, y este acto jurídico bilateral contiene obligaciones recíprocas, incumplidas por el Sr. Monte, ya que de su propio obrar surge que: notificó por carta documento una incapacidad laboral; lo hizo a un domicilio inexistente; no observó las cláusulas del contrato al renunciar de manera previa, y en consecuencia, no existe cobertura.

En forma subsidiaria, expresa que en caso de corresponder indemnizar, el capital asegurado asciende a la suma de \$48.120, por surgir del múltiplo de 30 sueldos, calculado en función del salario de abril que asciende -según los recibos acompañados- a la suma de \$1.604, con más los intereses a la tasa promedio a partir de la fecha de notificación de la demanda.



Manifiesta que efectúa Reserva del Caso Federal. Ofrece prueba, funda en derecho y solicita que se rechace la demanda.

A fs. 65/66 amplía la contestación de la demanda, denuncia inexistencia de cobertura.

Al respecto, expresa que el *distracto* se produjo en junio de 2007 y la determinación de la incapacidad por parte de la Comisión Médica se efectúa en agosto de ese año. Es decir, a la fecha de la determinación de la incapacidad total, la cobertura no se encontraba vigente.

Por otra parte, amplía los argumentos referidos a la reserva del Caso Federal, y manifiesta que de no ser admitida dicha defensa, se daría un trato desigual a lo resuelto en la causa "Quilapi", con cita del Art. 16 de la C. N.

3. A fs. 274/278 vta., la Jueza de Primera Instancia rechaza la demanda interpuesta contra MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A., con costas.

4. Contra dicho pronunciamiento se alza la parte actora y expresa agravios a fs. 281/285.

5. A fs. 294/300, la Cámara de Apelaciones con sede en la ciudad de Zapala, confirma la sentencia de grado e impone las costas a la parte actora vencida.

6. Dicha resolución es impugnada mediante los recursos extraordinarios locales por el actor a fs.305/324.

El Sr. Monte encauza sus agravios por los carriles de Inaplicabilidad de Ley y de Nulidad Extraordinario. Funda el primer remedio en los incisos b) y d) del Art. 15° de la Ley 1.406; y el segundo, en la falta de sustento en las constancias de la causa.

Sobre las causales de infracción legal, expresa que el fallo en crisis incurre en una errónea aplicación de los Arts. 46 y 47 de la Ley 17.418, al poner en cabeza del aquí recurrente cargas no previstas en las normas y omitir aplicar



las causales de exculpación expresamente establecidas para justificar el eventual incumplimiento de aquéllas.

Con relación a la causal del inciso d) del Art. 15° y con cita del precedente “Géliz” de este Tribunal, sostiene que la Alzada se apartó de la jurisprudencia en materia de seguros colectivos de vida estipulados a favor del personal dependiente por parte de sus empleadoras y aseguradoras.

Dentro el carril de Nulidad Extraordinario, señala que el pronunciamiento dictado por la Cámara no tiene fundamento suficiente en las constancias de las causa.

En tal sentido, alega que en el *sub-lite* se encuentran probados tres hechos, cuya correcta valoración resultaba decisiva para la resolución del proceso.

En primer término, que el actor padece un grado de incapacidad total y permanente que le imposibilita realizar tareas remuneradas. Afirma que la demandada no cuestionó tal circunstancia, que fuera alegada al promover la demanda y acreditada con la documental acompañada.

Manifiesta que de este modo quedó probado el estado de invalidez total y permanente del trabajador constitutivo del riesgo cubierto por la póliza del seguro de vida colectivo adicional contratado por la empleadora.

Continúa diciendo: la incapacidad total y permanente que padece el Sr. Monte se produjo durante la vigencia de la relación laboral con LOMA NEGRA C.I.A.S.A. y era conocida por ésta, en virtud de los certificados médicos que presentó, los cuales le impidieron continuar las tareas que realizaba desde varios años atrás, y debió permanecer con licencia por enfermedad durante los meses previos al *distrato*.

Afirma que las patologías no fueron determinadas, como erróneamente sostiene la Cámara, por el Dictamen de la Comisión Médica N° 9. En consecuencia, entiende que no le correspondía al actor informar a su empleadora el estado de



invalidez, porque ésta lo conocía y sobre ella pesaba la carga de comunicar el siniestro a la Aseguradora.

Asimismo sostiene, que tanto la Tomadora del seguro como la Aseguradora incumplieron el deber de entregar al actor copia de la póliza contratada a su favor y el correspondiente Certificado de Cobertura. Afirma que este hecho fue expresamente señalado en la demanda y la Aseguradora no aportó prueba alguna que permitiera desvirtuar dicha afirmación.

Aduce que la Alzada omitió considerar este hecho esencial para la resolución del litigio e impuso al trabajador asegurado la carga de informar el siniestro a su ex empleadora, y como consecuencia de su incumplimiento hace efectiva contra el asegurado la sanción de caducidad de los derechos.

7. Mediante Resolución Interlocutoria N° 268/12 se declaran admisibles los recursos: por Inaplicabilidad de Ley, por las causales de los incisos b) y d) del Art. 15° de la Ley 1.406 y de Nulidad Extraordinario (Art. 18°, ley cit.).

II. Ingresando al estudio del tema debatido, cabe señalar que, cuestionado el pronunciamiento de la Cámara de Apelaciones mediante los recursos de Inaplicabilidad de Ley y de Nulidad Extraordinario, se debe comenzar por el análisis de este último. Porque, en primer lugar, corresponde determinar la validez de la sentencia, puesto que si surgiera la ausencia de dicha condición *sine qua non*, el tratamiento del recurso de Inaplicabilidad de la Ley carecería en absoluto de sustento cierto (cfr. Acs. Nros. 108/94, 117/95, 11/98, 04/03, 10/03, 71/05 y 33/06, entre otros).

Delimitado el marco dentro del cual ha de transcurrir el análisis, corresponde destacar que el remedio intentado ha recibido consagración legislativa en el ámbito local, en el Art. 18° de la Ley 1.406, el que declara la procedencia del recurso de Nulidad Extraordinario -entre otras



causales- cuando la sentencia no tuviera sustento suficiente en las constancias de la causa.

Dable es aclarar que esta hipótesis de nulidad - falta de sustento en las constancias de la causa- también se configura cuando se omite valorar pruebas y hechos que son conducentes para la adecuada composición del litigio (cfr. Ac. N°38/97 *in re* "ROZADOS").

Luego, este Tribunal Superior de Justicia tiene dicho:

"[...] la carencia de sustento suficiente en las constancias de autos que acarrea la extrema sanción de nulidad sólo se configura cuando se advierte un grueso error al determinar el presupuesto fáctico indispensable para la dilucidación integral del juicio" (cfr. R.I. N° 335/89).

La parte actora denuncia que la sentencia de Alzada omite valorar prueba esencial y decisiva, consistente en los certificados médicos presentados que acreditan su incapacidad total y permanente, constitutivo del riesgo cubierto por la póliza de seguro de vida colectivo adicional contratada a su favor por la empleadora.

Ante todo, cabe señalar que en el caso debe determinarse si el trabajador padece una incapacidad total y permanente constitutiva del riesgo cubierto por la póliza de seguro de vida colectivo adicional y si el estado de invalidez se verificó durante la vigencia de la relación laboral.

Examinados los presentes, resulta acreditado que la Alzada advirtió que las afecciones padecidas por el actor, que determinaron su grado de invalidez, pudieron ser adquiridas durante la vigencia del vínculo laboral que aquél mantuvo con la empresa demandada Loma Negra C.I.A.S.A. (*vide* fs. 297 vta.).

No obstante ello, concluye que fue el dictamen de la Comisión Medica N° 9, emitido con posterioridad a la extinción de la relación laboral por mutuo acuerdo, el que



estableció que la invalidez revestía el carácter de total y permanente, y en consecuencia, en esa oportunidad, el Sr. Monte tomó conocimiento que su minusvalía encuadraba dentro de los siniestros cubiertos por el seguro de vida adicional.

Esta argumentación de la Alzada es errónea porque, si bien admite que la empleadora tenía conocimiento con anterioridad a la extinción del contrato de trabajo de la invalidez que padecía el actor, concluye que la certeza de la incapacidad se obtuvo con el dictamen de la Junta Médica. Y es en este punto donde se aparta palmariamente de las constancias de la causa.

En efecto, la Alzada se desentiende de la documental obrante en autos, por caso, la Historia Clínica de fs. 128/129; los certificados médicos agregados a fs.126/127, 130, 131 y 132, todos de fechas anteriores al *distracto*, que dan cuenta de las graves afecciones que padecía el Sr. Monte y en las que se sustentó el Dictamen de la Comisión Médica, para concluir que el actor padece una incapacidad laboral del 66,14%, cuando dice:

[...] "Enfermedad actual: a comienzos del año 2005 comienza con dolor precordial en relación a esfuerzos medianos. Fue evaluado por un cardiólogo quien le diagnosticó cardiopatía isquémica. El 03/03/05, le realizaron una coronariografía que mostró lesión de dos vasos y el 21/03/05 le realizaron una angioplastia en la arteria coronaria derecha. El 19/08/05 le realizaron una nueva angioplastia en la arteria circunfleja con resultado exitoso. Actualmente refiere dolor precordial y disnea en relación a la realización de esfuerzos medianos como caminar tres cuerdas [...]" (fs. 137).

Exámenes complementarios e interconsultas

Aportados: 3/03/05- Coronariografía. Lesión severa proximal y en 1/3 medio de la arteria coronaria derecha. Lesión severa excéntrica en sector medio de arteria



circunfleja. Lesión moderada del ramo posteroventricular. Función ventricular izquierda conservada. Dr. Moreno.

"23/08/05 -Historia Clínica. *El 19/08/05 se hace angioplastia a la arteria circunfleja con dos lesiones, la primera con Stent la segunda solo dilatación con buen resultado.*

"11/10/05 -Perfusión miocárdica con Spect. *Al doble producto alcanzado no se objetivó isquemia miocardia. Rodilla derecha Pulita.*

"23/01/06 -Monitorio Holter. *Solo extrasístoles supraventriculares aislada, no forma repetitivas.*

"28/05/07 -Radiografías de rodilla izquierda frente y perfil. *Cambios degenerativos artrosicos con pinzamiento de la interlinea femoropatelar, osteofitos marginales a partir de las plataformas tibiales y signos de condrocalcinosis. Dr. Poletti.*

"11/06/07 Informe oftalmológico. *Agudeza visual con corrección del ojo derecho: 7/10. Con corrección ojo izquierdo: 7/10"- (vide fs. 137/138 vta).*

Con relación al informe oftalmológico supra mencionado, glosado a fs. 133, efectuado a sólo siete días de extinguida la relación laboral, destaco que el facultativo interviniente dio cuenta de los antecedentes patológicos que padecía el actor, a saber: Cardiopatía coronaria, HTA, Glaucoma, para concluir que padecía una incapacidad visual del 30%, según tabla Sená.

No cabe duda entonces, que su ex empleadora a junio del 2007, con anterioridad al *distracto* y durante la vigencia del seguro, tuvo conocimiento y certeza de la invalidez que afectaba al Sr. Monte. No ignoraba que los distintos certificados médicos daban cuenta de las dolencias que lo afectaban, las que ocurrieron durante el desarrollo de la relación laboral.



Es decir, las patologías, y su etiología son preexistentes a la extinción de la relación laboral y fundamentaron la fijación por parte de la Comisión Médica del grado de incapacidad total y permanente que padecía el Sr. Monte.

Siendo así, la empleadora, debió comunicar el siniestro a la Aseguradora, porque tenía certeza del estado invalidante que padecía el actor durante la vigencia de la relación laboral y del seguro contratado. Sin embargo no lo hizo, no denunció el siniestro ante la Aseguradora.

La invalidez que padecía el actor es relevante de cara a la acción promovida, pues 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.

Juzgo aquí necesario hacer una breve referencia a la naturaleza de los seguros de vida obligatorio y adicional, algunas de ellas ya expresas en mi voto *in re* "Camargo" (Acuerdo N° 31/10 del Registro de esta Secretaría).

Se trata de un seguro que debe situárselo dentro del ámbito laboral. Habitualmente se relaciona al seguro de vida colectivo obligatorio, no sólo como un seguro comercial, sino en el otro extremo, esto es, como perteneciente a la esfera de la seguridad social. Y se expresa: "que es un seguro de la seguridad social" (sobre el particular puede verse la doctrina de este T.S.J. sustentada en el Acuerdo 603/99, "Sepúlveda Laura Rosa c/ Consejo Provincial de Educación s/ A.P.A.").

Entiendo que la confusión deriva del carácter social del seguro de vida obligatorio. Pero, en realidad, deben distinguirse los conceptos "seguridad social" y "seguro social".



“La Seguridad Social es el género; el seguro social, la especie es un medio, un instrumento para hacer efectivos los beneficios de la seguridad social” (cfr. Helio J. ZARINI, su obra, *Constitución Argentina*, Edit Astrea, 2004, Pág. 74/75).

La Seguridad Social tiene un objeto más amplio. Implica una política que supone la creación de instrumentos adecuados para erradicar con carácter general los males sociales y tiende a satisfacer las necesidades de los individuos y no solo de los trabajadores (cfr. FERNÁNDEZ Madrid, *Tratado de Derecho Práctico del Trabajo*, Tomo II, Pág. 1761, Editorial La Ley, 1990; José M. ALMASA PASTOR, *Derecho de la Seguridad Social*, 5ta. Edición, Pág. 69).

El seguro social, por su parte, satisface un interés social inmediato, dando origen a una relación jurídica regulada por Ley, cuyo objeto es proteger las contingencias propias de la existencia humana.

La prestación del asegurador se mide en capitales previamente establecidos que se pagan al beneficiario cuando ocurre el siniestro, encontrándose ausente el espíritu de lucro (cfr. HALPERIN-MORANDI, *Seguros* Edit. Depalma, segunda edición actualizada, Pág. 69/70, Bs. As., 1983).

Su objeto consiste en cubrir toda la gama de contingencias y necesidades que afectan individualmente a un sujeto, pero se proyectan socialmente en sus efectos (cfr. GERMÁN BIDART CAMPOS, *Tratado elemental de Derecho Constitucional Argentino*, Editorial Ediar, Bs. As., 1986, pág. 429).

Similares reflexiones resultan aplicables al seguro de vida adicional contratado en el marco precitado. Ello, habida cuenta que, si las estipulaciones del contrato de seguro colectivo de vida adicional de carácter facultativo o voluntario se hallan vinculadas con el contrato de trabajo, estamos en presencia, sin duda alguna, de un seguro que debe



ser situado también dentro del ámbito del derecho laboral, por su innegable finalidad tuitiva y protectora destinada a proteger al trabajador y a sus causahabientes, en caso de producirse el siniestro que dé lugar a la protección del riesgo cubierto.

Como dije *supra*, el vínculo jurídico entre el empleador/tomador con los empleados/adherentes, lo constituye el contrato de trabajo. Esto, sin desconocer que prestigiosa doctrina sostiene, que aun partiendo de esa premisa (vínculo entre empleador y empleados) el contrato de seguro colectivo es autónomo, y como tal, no pierde autoridad, no obstante depender de la celebración del contrato de trabajo, entendiendo que “aunque la relación de empleo sea determinante para acceder a la cobertura de un seguro colectivo no modifica la naturaleza comercial de la relación entre beneficiario y asegurador” (cfr. STIGLITZ, Rubén S., “Seguro colectivo de vida”, RCyS 2006,107).

Así, me enrolo en la corriente que sostiene que el seguro colectivo adicional reconoce la pre-existencia de un contrato de trabajo, y es precisamente, el *substractum* fáctico -la relación laboral- el presupuesto para concertar una relación contractual que la aseguradora toma como plataforma necesaria para intervenir en el convenio.

Sentado ello, cabe considerar que, en el *sub-judice*, las contingencias cubiertas son la muerte y la incapacidad total o parcial y permanente.

Estas dos contingencias constituyen el riesgo cubierto, conforme surge de la póliza acompañada por la Aseguradora.

Frente al reclamo indemnizatorio del asegurado, corresponde verificar si alguna de ellas se ha producido pues su ocurrencia genera el derecho a la indemnización en cabeza de los beneficiarios.



Esto es lo central y tales hechos son los que la Alzada debió analizar.

Lo hizo pero, se apartó de las constancias de la causa, las cuales indicaban claramente que el Sr. Monte estaba incapacitado en forma total para llevar a cabo cualquier tarea laboral remunerada.

Por otra parte, la demandada no aportó prueba alguna tendiente a acreditar que hizo entrega de una copia de la póliza, como tampoco desvirtuó el hecho que la acompañada por el actor fue obtenida a través de la Asociación Sindical, con posterioridad al cese de la relación laboral.

Consecuentemente, yerra la Cámara al afirmar que pese a que la demandada no acreditó haberle hecho entrega del certificado de incorporación, tal circunstancia no eximía al actor del cumplimiento de lo dispuesto en el Anexo 1, Cláusula A- Cláusula de Invalidez Total y Permanente- Liquidación de Capital Asegurado- Art. 5°, poner en conocimiento del Tomador del seguro su situación, mediante la presentación de solicitud del beneficio para que el mismo cumpliera con las medidas apropiadas para dar trámite oportuno a la denuncia en los términos del art.46 de la ley de seguros (sic. fs. 297 vta./298).

Omitió, así, considerar que los seguros colectivos de vida tienen una finalidad tuitiva y de naturaleza alimentaria. Tienden a proteger al individuo de las contingencias propias de su existencia individual. Tampoco hizo mérito de su función social y, por ende, 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 (cfr. Rubén STIGLITZ: *Seguro colectivo de vida*, La Ley online, RCyS 2006-107).



Por otra parte, debe tenerse presente que la Ley 17.418 no contiene directivas de interpretación. Sólo consagró en su Art. 11, 2º 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 directivas específicas de la interpretación de los contratos por adhesión, como el que estamos analizando.

En su Art. 37, la citada ley establece que la interpretación del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor. Esta directiva, en una indisimulable finalidad tuitiva del polo débil de la relación, dispone imperativamente que la decisión debe favorecer la posición contractual del consumidor (cfr. Rubén S. STIGLITZ, *Derecho de seguros*, Tomo I, Editorial Abeledo Perrot, Bs. As., 1998, pág. 609).

Reafirma el sentido de mi voto, el carácter de orden público que tiene la Ley de Defensa del Consumidor (Art. 65). Ésta impuso un orden imperativo que excede y sobrevuela las convenciones privadas, mucho más en el caso de las contrataciones en masa con cláusulas predispuestas.

El Máximo Tribunal nacional precisó que el legislador, al disponer que sea de orden público, ha definido a la ley como contenedora de un conjunto de principios de orden superior estrechamente vinculados a la existencia y conservación de la organización social establecida y limitadora de la autonomía de la voluntad.

Enfatizando esta idea, la Corte Federal interpretó que los tribunales deben aplicar esta categoría de leyes, aun cuando las partes no lo requieran por cuanto existe un interés de la comunidad toda en que así sea (Pascual E. ALFERILLO: *La función del juez en la aplicación de la ley en defensa del consumidor*, La Ley online 02/07/09, con cita de C.S.J.N., S



1455.XLI; RHE “Sociedad Anónima-Dominga B. de Marconetti c. Gobierno de Buenos Aires”).

Con referencia a los seguros colectivos de vida, la misma Corte Suprema señaló:

“La cláusula de la póliza que cubre el riesgo de invalidez total, que requiere que el asegurado no pueda desempeñar ‘cualquier actividad remunerativa’ 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 aquellas 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 fuese” (in re: “ISABELINO MAROTTE v. YACIMIENTOS PETROLÍFEROS FISCALES Y OTRO” (Fallos: Tomo 311:1556, Volumen 1. 1988).

De ello surge que los contratos de seguros de vida no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su función social. De amparar la pretensión de la demandada, se estaría negando la propia existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional.

Y esto se agrava aún más en el caso porque, como se ha referido antes, 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.

Por esto, como en ningún otro riesgo es indispensable que, como mínimo conozca el contenido del contrato y todas las modificaciones que se le introduzcan a través de una información clara y precisa (cfr. Rubén S. STIGLITZ, *op. cit.*).

La parte actora afirmó, que nunca se le entregó copia de la póliza (cfr. fs. 68). La demandada no desvirtuó esta circunstancia.

Esta carga pesaba sobre ella, máxime teniendo en cuenta que el Art. 25.3.1 de la Resolución N° 33.463 dictada por la Superintendencia de Seguros –sustitutiva de otras resoluciones anteriores- le impone a la aseguradora, en los casos de pólizas colectivas, el deber de entregar a cada asegurado un certificado de incorporación. Dicha norma reza:

“En las pólizas colectivas deberá entregarse, por cada [...] persona asegurada, un ‘Certificado de Incorporación’ que contendrá como mínimo los siguientes datos, sin perjuicio de los requeridos en función del riesgo cubierto: a) Número de Póliza; b) Número de Certificado Individual de Cobertura; c) Fecha de emisión; d) Fechas de inicio y fin de la cobertura; e) Nombre, CUIT, CUIL, o DNI y domicilio del Asegurado y/o Tomador consignado en la póliza colectiva; f) Nombre, CUIT, CUIL o DNI del Asegurado –individual–; g) Riesgos cubiertos por cobertura; h) Suma asegurada por cobertura (o base de cálculo para los seguros de Vida Colectivo); i) Franquicias para cada cobertura, en caso de corresponder; j) Carencias para cada cobertura, en caso de corresponder; k) Beneficiarios designados (seguros de personas), en caso de corresponder; l) Premio total correspondiente al bien o persona en cuestión (excepto en los seguros de Vida).



“Cada ‘Certificado de Incorporación’ deberá numerarse en forma cronológica como un endoso de la póliza respectiva”.

En este contexto, cabe concluir que en la presente causa se acreditó que el actor ha sufrido la contingencia que el contrato de seguro de vida facultativo debe cubrir. Por ello, corresponde que el Sr. Monte sea indemnizado toda vez que, en las condiciones físicas actuales en que se encuentra, padece una incapacidad total, permanente, que le impide realizar cualquier tarea remunerada.

III. El análisis del *Ad-quem*, controvierte los principios elaborados a partir de los Arts. 14 bis de la Constitución Nacional, y 38 de la Constitución del Neuquén.

En efecto, a partir de la reforma constitucional de 1994, el constituyente revisor, al asignar jerarquía constitucional a diversos tratados internacionales de derechos humanos, amplió el catálogo de los derechos sociales (Art. 75, inc. 22); y al ratificar mediante la Ley 24.658 el Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales - Protocolo de San Salvador- nuestro país reafirmó la necesidad de progresividad en la efectiva aplicación de los derechos humanos reconocidos en los instrumentos internacionales (cfr. *Los Derechos Sociales en la Agenda Institucional de la Corte Suprema de Justicia*, Adriana Tettamanti, en Suplemento Constitucional, La Ley, agosto 2010, páginas 129/vta).

Los derechos humanos deben ser interpretados con carácter extensivo, éste es un principio hermenéutico. Y esta interpretación alcanza a todos los derechos humanos sin distinción de categorías, por lo cual descarto que algunos derechos sociales puedan ser operativos y otros programáticos, ya que aceptar tal antagonismo conduciría a permitir que algunos sean efectivos y otros queden reducidos a meras expresiones de deseo. Y en dirección a la operatividad de los derechos sociales para conferirles plena eficacia, Bidart



Campos subraya la insistencia normativa en la progresividad y en el perfeccionamiento de recursos que tiendan a su plena efectividad (Cfr. Adriana Tettamanti *op.cit.* pág 130).

Este ideario del constitucionalismo contemporáneo ha nutrido la jurisprudencia constitucional de nuestra Corte Suprema, en su doctrina judicial en los fallos “Vizzoti”, “Aquino”, “Milone” y de manera particular *in re* “Sánchez”, en cuanto señala que los tratados internacionales vigentes obligan a adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el progreso y plena efectividad de los derechos humanos... (Considerando 3°) (Fallos: 327:3677; 327:3758; 327:4607; 328:2833).

Y esta profunda transformación impone que la cuestión *sub-examine* sea interpretada a la luz de los principios consagrados por los instrumentos internacionales de derechos humanos, los cuales operan como directrices del sistema de derechos sociales.

En este orden, adquieren 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 (Confr. Art. 75, incs. 19 y 22, de la Constitución Nacional; Convención Americana sobre Derechos Humanos -Arts. 26, 29, inc. b-; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -Art. 2.1, 5.2, 51-; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos -Art. 5.2).

Y es precisamente ese plexo de valores y derechos que resulta de la constitucionalización de los instrumentos de derechos humanos que determina que el intérprete deba

“[...] seleccionar y aplicar la norma que en cada caso resulte más favorable para la persona humana, para su libertad y sus derechos, cualquiera fuera la fuente que la suministre, ya sea interna o internacional [...]”

(cfr. BIDART CAMPOS G., *Tratado Elemental de Derecho Constitucional Argentino*, tomo I-A, 2000, Ediar, Buenos Aires, pág. 390; en igual sentido aut. cit en *Las Fuentes del Derecho Constitucional y el Principio Pro Homine*, publicado en AAVV; *El Derecho Constitucional del Siglo XXI: Diagnóstico y Perspectivas*, coord. BIDART CAMPOS, G. y GIL DOMÍNGUEZ, A, Ediar, 2011, pág. 13 cit. por Rodolfo ARIZA CLÉRICI en "Interpretación Constitucional" *Principio Pro Hominis* www.círculodoxa.org 2010).

En definitiva, el principio *pro homine* como criterio de interpretación reclama estar siempre a la norma más favorable a la vigencia de los derechos, es decir, se debe acudir a la más amplia o a la interpretación más extensiva cuando se trata de reconocer derechos protegidos; y proceder de manera opuesta, esto es, aplicar la norma o la interpretación más acotada, cuando se trate de restricciones de derechos.

A su vez, el principio *in dubio pro justicia socialis* fue reconocido y definido por la C.S.J.N., ya en 1974 en el caso "Bercaitz" al reprobar toda exégesis restrictiva de los derechos sociales y sostener:

"[...] Y como esta Corte lo ha declarado, 'el objetivo preeminente' de la Constitución, según expresa su preámbulo, es lograr el bienestar general" (Fallos: 278:313), lo cual significa decir la justicia en su más alta expresión, esto es, la justicia social cuyo contenido actual consiste en ordenar la actividad ínter subjetiva de los miembros de la comunidad y los recursos con que ésta cuenta con vistas a lograr que todos y cada uno de sus miembros participen de los bienes materiales y espirituales de la civilización. Por tanto, tiene categoría constitucional el siguiente principio de hermenéutica jurídica: *in dubio pro justicia socialis*. Las leyes deben ser interpretadas a favor de quienes al serles aplicadas con este sentido consiguen o tienden a 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).

Por otra parte, y como se adelantara *supra*, los instrumentos internacionales en materia 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), establecen la obligación de progresividad y la correlativa prohibición de regresividad.

La primera de ellas está estrechamente vinculada a la noción de progreso. Es decir, la obligación a cargo de los Estados partes de mejorar las circunstancias, medios y condiciones para el pleno goce y ejercicio de los derechos sociales y de manera paralela la prohibición de regresividad, por la cual los Estados asumen el compromiso de no adoptar políticas, medidas o normas que mengüen el nivel del goce de estos derechos. (Cfr. Víctor ABRAMOVICH- Christian COURTIS, *El umbral de la ciudadanía- El significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*. Ed. Estudios del Puerto, Buenos Aires, 1ª. edición, 2006, págs. 57/63).

Éste es el marco que moldea la consideración de las circunstancias concretas de la presente causa, en la 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.

Por consiguiente, corresponde declarar procedente el recurso de Nulidad Extraordinario impetrado por la parte actora, por la causal de falta de sustento en las constancias de la causa, haciendo lugar al recurso de apelación de fs. 281/285., y revocar en un todo lo resuelto en Primera Instancia a fs. 274/278 vta., por aplicación de lo dispuesto por los Arts. 37, 65 de la Ley 24.240 y los argumentos



vertidos *in re* "Geliz", "Camargo" y otros, a los que *brevitatis causae* me remito.

En consecuencia, corresponde declarar abstracto el tratamiento del recurso por Inaplicabilidad de Ley en razón de la forma en que se resuelve por la vía impugnativa del Art. 18° de la Ley 1.406.

Sentado lo anterior, cabe ingresar al análisis de la procedencia del monto reclamado.

La actora reclama la suma de \$108.912,90 en concepto de capital. Arriba a ese monto considerando que el capital asegurado es equivalente a 30 (treinta) sueldos. Toma el correspondiente a junio de 2007: \$3.630,43 totalizando así la suma de \$ 108.912,90.

La póliza fija los capitales asegurados en múltiplos de 30 sueldos, con un máximo de \$300.000 y un mínimo de \$11.220 (*vide* fs. 28).

Ahora bien, de la compulsa del recibo de haberes correspondiente a mayo de 2007 surge que la remuneración ascendía a la suma de \$3.630,41 multiplicada por 30 totaliza la suma de \$108.912,30 en concepto de capital asegurado. A ese importe deberán adicionarse los intereses a partir desde el 28 de mayo de 2007 (fecha de emisión del certificado médico glosado a fs. 132) que se calcularán, hasta el 1/1/2008 a la tasa promedio de la Provincia del Neuquén; y con posterioridad y hasta el efectivo pago, a la tasa activa mensual del mismo Banco (cfr. Acuerdos nro. 23/10, 38/12, del registro de la actuaria).

IV. Finalmente, con respecto a la tercera cuestión planteada, propicio se impongan las costas de todas las instancias a la demandada vencida (Arts. 68 del Código Procesal y 12° de la Ley Casatoria). **MI VOTO.**

El señor vocal doctor **EVALDO D. MOYA**, dice:

1. Que si bien comparto la solución final a la que arriba el Sr. Vocal que me precede en el orden de votación,



adhiriendo a ella, tal como expuse en mi voto en el Acuerdo N° 38/2012 en la causa "FERREYRA", del Registro de esta Sala Civil, agrego que es criterio del suscripto que la doctrina desarrollada debe ser aplicada analizando cada caso concreto.

Ello, sobre todo, teniendo en consideración las particularidades propias del seguro de vida colectivo, donde la naturaleza social que impregna sus cláusulas y que lo diferencia en líneas generales de los seguros individuales, conlleva una interpretación tuitiva a favor del trabajador y menos apegada a la literalidad de la letra del contrato, a fin de no desnaturalizar su esencia.

Es que como bien se ha señalado, la finalidad del seguro de vida colectivo radica en proteger al individuo de las contingencias propias de la existencia individual, tales como la muerte y la incapacidad absoluta.

Así se identifica a este tipo de seguros como aquellos en los que se asegura colectivamente bajo una misma póliza y en base a una prima promediada, a un conjunto de asegurados que se hallan vinculados de alguna forma por razones que son ajenas al seguro mismo -por ejemplo, empleados del contratante-.

Y es por la característica antes descripta, que la línea interpretativa a seguir, con el objeto de juzgar sus cláusulas, está orientada a satisfacer necesidades esenciales del individuo.

Así se ha dicho en criterio que comparto: "En el seguro colectivo, un apego literal al texto de las cláusulas, o su consideración abstracta, o aislada que prescinda de su verdadero sentido y omita consultar los datos que proporciona la realidad y el resultado de la interpretación, a la vez que podría poner en peligro el logro del propósito tuitivo del seguro social, posibilitaría desligar al Estado del cumplimiento del deber ético que tiene con los particulares, el cual



adquiere singular significación cuando su actividad está orientada, como ocurre con el seguro social, a satisfacer funciones esenciales...” (C.N. Civ. y Com. Fed, Sala I Sent. 11 -1981, “Argiz de Blanc Aurora c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro”, ub. en J.A. 1982-III- pág. 391).

2. Señalado lo anterior, cabe referir que, en esta causa, nos encontramos ante un seguro colectivo de vida (obligatorio y adicional) que como se expresara, tiende a proteger al individuo de las contingencias propias de la existencia individual (muerte/incapacidad absoluta).

Que el trabajador (demandante), posee una incapacidad absoluta y durante su vida laboral efectuó los aportes correspondientes para ser acreedor de los beneficios que reclama.

Que planteada así la cuestión, y teniendo en cuenta que el apego literal a las cláusulas de la póliza equivaldría a poner en peligro el logro del propósito tuitivo del seguro de vida y su adicional reclamados, es que no queda margen de duda a este Juzgador que resulta aplicable la Ley 24.240, cuyo carácter de orden público imperativo (Art. 65) se encuentra por encima de las convenciones privadas. Máxime -reitero- cuando, como sucede en esta causa, el apego a la literalidad del contrato nos conduciría, además, al dictado de una decisión arbitraria y carente de sustento en las constancias de autos.

Viene al caso recordar, que la propia Corte Nacional, refiriéndose a la citada Ley 24.240 y sus modificatorias, interpretó que los Tribunales deben aplicar esta categoría de leyes, aun cuando las partes no lo requieran, fundado en la existencia de un interés de la comunidad de que así sea.

3. Con lo antes desarrollado, soy de la opinión que la solución propuesta es jurídicamente correcta, motivo que



hace adhiera al voto precedente, emitiendo el mío en igual sentido. **ASÍ VOTO.**

De lo que surge del presente Acuerdo, oído el Sr. Fiscal, **SE RESUELVE:** 1°) Declarar **PROCEDENTE** el recurso de Nulidad Extraordinario impetrado por el actor LUIS ALBERTO MONTE a fs. 305/324 contra la sentencia dictada por la Cámara de Apelaciones de esta ciudad, obrante a fs. 294/300, **NULIFICANDO** dicho fallo en virtud de la causal prevista en el Art. 18°, 2° apartado, de la Ley 1.406. 2) Por imperio de lo dispuesto en el Art. 21° del ritual casatorio, **recomponer** el litigio haciendo lugar al recurso de apelación de fs. 281/285, revocando en un todo lo resuelto en Primera Instancia a fs. 274/278 vta., y condenando a MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A. a abonarle la suma de \$108.912,30 en concepto de seguro de vida adicional según póliza Nro. 152-0006925-01, suma que deberá ser abonada en el término de diez días de notificada, con más los intereses que se calcularán desde el 28 de mayo de 2007, hasta el 1/1/2008 a la tasa promedio del Banco de la Provincia del Neuquén; desde esa fecha y hasta el efectivo pago, a la tasa activa mensual del mismo Banco conforme lo expresado en el considerando pertinente. 3°) Imponer las costas de Primera Instancia, Alzada y de la presente a la demandada perdidosa (Arts. 68 del C.P.C. y C. y 12° de la Ley 1.406). 4°) Con base en lo dispuesto en el Art. 279 del C.P.C. y C., en origen deberán readecuarse los honorarios profesionales, al nuevo sentido del pronunciamiento y conforme a la Ley Arancelaria 1.594 y su modificatoria 2.933. Regular los honorarios de los profesionales intervinientes, Dres. ... -en el doble carácter por la parte actora-; ... -apoderada de la demandada- Dra. ... -patrocinante de idéntica parte-, por la labor de Segunda Instancia en un 30% de lo que les corresponda por su actuación en idéntico carácter (Art. 15° de la Ley Arancelaria). 5°) **REGULAR LOS HONORARIOS** de esta etapa para el doctores ... -apoderado de la parte actora-; ... -



patrocinante de idéntica parte-; ... -apoderada de la demandada-; ... y ... -patrocinantes de idéntica parte- en un 35% de lo que les corresponda por su actuación en idéntico carácter. **6°)** Regístrese, notifíquese y oportunamente devuélvanse los autos.

Con lo que se da por finalizado el acto, que previa lectura y ratificación, firman los Sres. Magistrados por ante la Actuaría, que certifica.

Dr. EVALDO D. MOYA - Dr. Oscar E. Massei
Dra. MARÍA T. GIMÉNEZ DE CAILLET-BOIS - Secretaria