



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

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

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

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

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

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

CUESTIONES: a) ¿Resulta procedente el recurso por Inaplicabilidad de Ley?; b) En caso afirmativo, ¿qué pronunciamiento corresponde dictar?; c) Costas.

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

I. Para comenzar el análisis, es necesario resumir los aspectos relevantes de la causa, de cara a los motivos que

sustentan la impugnación extraordinaria planteada por la demandada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seguidamente, abordó lo referido a la configuración del riesgo cubierto. Señaló que, con el informe pericial médico, se acreditó una incapacidad física de la Sra. Jara del 55,68%, y que con el informe pericial psicológico se fijó una incapacidad del 50%, y 7,4% más de factor complementario por nivel de

educación formal. Por lo que tuvo por probado que la actora padecía una incapacidad del 77,84% siendo total y permanente.

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

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

Consideró que, en el caso, no resultaba oponible a la beneficiaria de los seguros aquí reclamados, limitación alguna del orden de las pretendidas por la demandada con base en la póliza, en tanto se contraponen al criterio amplio y más favorable para el consumidor.

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

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

Finalmente, al capital de condena le reconoció intereses a la tasa activa del Banco de la Provincia del

Neuquén, a computarse desde el 06/04/18, fecha en que la empleadora -tomadora del seguro- tomó conocimiento de la minusvalía de la actora y dispuso que correrían hasta su efectivo pago.

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

5. La demandada se agravió del rechazo de la excepción de prescripción, defendiendo el plazo anual previsto en la Ley de Seguros (LS) y fecha de inicio en el año 2015.

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

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

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

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

Respecto al monto de condena, en forma subsidiaria manifestó que teniendo en cuenta la fecha del siniestro - 29/04/15-, conforme los términos de las pólizas, las sumas aseguradas eran de \$... .- seguro obligatorio y \$... .- adicional (capitales asegurados). De ahí que pidió se reduzcan



los montos de condena a dichos valores, con costas. A tal fin, indicó que para casos previos al 31/12/15 regían aquellos topes de sumas aseguradas.

Asimismo, y en forma subsidiaria, alegó arbitrariedad de la sentencia en orden a la fecha del siniestro determinada. Reiteró que la suma asegurada, respecto del seguro adicional era de \$... .-, siendo el límite de la responsabilidad que asume el asegurador de un siniestro (artículos 11 y 12 de la LS, y el contrato, fuente principal de las obligaciones).

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

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

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

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

Como primer punto, señaló que conforme el formulario de adhesión suscripto por la actora, así como también atendiendo a lo que resulta de la póliza de seguro de vida optativo N° 286991 -documentación acompañada por las partes litigantes-, la actora ingresó al mencionado seguro optativo con fecha 16 de enero de 2017. Tomó un caso similar en autos "Huani" en el que se consideró que la fecha alegada por la demandada se contradice con la propia actitud de la aseguradora, que, como dijo, el 16 de enero de 2017 dio de alta a la actora en el seguro de vida colectivo modalidad adicional, teniendo en cuenta que en la póliza consta que son personas asegurables las que se encuentran *"... en servicio activo y relación de dependencia con la contratante ..."* y se establece que por servicio activo se deben entender *"... la concurrencia normal al trabajo, con desempeño de las tareas habituales en el lugar o lugares establecidos, dentro del horario respectivo y cumpliendo además el horario de labor ..."*. Esta circunstancia -añadió- en modo alguno se condice con la actitud asumida por la aseguradora en este proceso, ya que si a la fecha en que se firmó la solicitud referida la actora hubiera contado con una incapacidad igual o superior al 66% como ahora pretende la aseguradora, no hubiera revestido el carácter de sujeto asegurable, y no habría podido ser incorporado al seguro, circunstancia que, por otro lado, al estar a sus propios dichos, la demandada no podía desconocer. Por estas razones, entendió que este agravio debía ser rechazado, fijando como fecha de ocurrencia del siniestro el mes de febrero de 2018.

Respecto de la prescripción, como fue fijada la fecha del siniestro en el mes de febrero de 2018 y la demanda fue

interpuesta el 18 de abril de 2018, la Alzada consideró que no había transcurrido siquiera el plazo anual de un año fijado por el artículo 58 de la Ley de Seguros (LS).

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

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

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

Luego, señaló que el precedente "Cid, Rosa" que invoca la recurrente no resultaba trasladable sin más al presente caso, ya que no eran similares las circunstancias fácticas ni las cuestiones resueltas. Entendió que la postura que excluye las cláusulas limitativas de responsabilidad que importan denegar o reducir la cobertura, habría sido ratificada recientemente en el precedente "Bruna" de este Cuerpo. Por los argumentos desarrollados, entendió que correspondía rechazar el agravio en análisis.

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

Sobre el punto, señaló que al momento de ocurrencia del siniestro (febrero 2018) la póliza que regía la relación



contractual entre las partes en orden al seguro de vida optativo, contemplaba una suma asegurada de 25 sueldos sin tope (Cláusula 2 de las Condiciones Particulares, fs. 73). Agregó que de la Póliza N° 286991 acompañada por la propia demandada surge que a partir del 1 de enero de 2016 la suma asegurada es de 25 sueldos sin tope, y que el tope de \$... .- estaba previsto para las pólizas con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2015, todo lo cual por otra parte es reconocido expresamente por la recurrente conforme surge del escrito de contestación de demanda. Añadió también que de la solicitud de adhesión y de la póliza acompañada por la propia demandada, surgía que la actora suscribió la solicitud de adhesión al seguro optativo con fecha 16/01/17, y la póliza acusa una vigencia del 01/01/18 al 01/01/19 (fs. 73/82, Póliza N° 286991), es decir, cuando ya se habían modificado las condiciones de contratación, se había suprimido el monto de suma máxima asegurada en el contrato optativo, y se había dictado el Decreto N° 541/17. No dejó de advertir que en dicha póliza se consignaba "Renovación" (fs. 73), sin embargo, y siguiendo las pautas dadas por el Tribunal Superior de Justicia en el precedente "Bruna", del recibo de haberes obrante a fs. 236 surgía que la actora abonaba una prima de \$... .- al mes de febrero de 2018 y no de \$... .- como afirmaba la recurrente, y también se observaba en el cuadrante del margen izquierdo de dicho recibo se indicó "capital asegurado \$... .-". El Endoso N° 3 de la Póliza expresaba que "*... Toda alta que se produzca a partir del 1/3/2016 se emitirá sin tope de suma asegurada ...*".

Asimismo, advirtió que la solicitud de adhesión tenía fecha del 17/01/17 y la póliza tenía una vigencia del 01/01/18 hasta el 01/01/19. Por ello, concluyó que se trataba de un alta dada con posterioridad al 1 de marzo de 2016, sin perjuicio de que la póliza consignaba "Renovación", ya que podría tratarse de la renovación del año 2017 y, por otro lado, ninguna otra consideración ha expresado la demandada al respecto. Incluso

entendió que, en este caso, el aumento de la prestación dineraria estaba relacionado con el aumento de la prima que pagó la asegurada, ya que, a mayor riesgo, mayor prima. Sin perjuicio de ello, consideró que este consentimiento se encontraría implícito en tanto se pagó una suma mayor como prima. Reiteró que en el propio recibo de sueldo obrante a fs. 236 se consignó una suma asegurada que correspondía a 25 sueldos sin tope. Observó que, en este caso concreto, la renovación es posterior al mes de abril de 2017 (concretamente enero de 2018), es decir posterior al dictado del Decreto N° 541/17, que, conforme surge del precedente "Bruna", influyó en la postergación del encuestamiento respectivo. Advirtió, sin embargo, que la aseguradora al contestar demanda, no acompañó ningún encuestamiento, ni relevamiento, ni formulario de consentimiento suscripto por la actora, e insistió con que pagaba una prima de \$... .-, afirmación que ha sido desvirtuada con la prueba producida y además, la aseguradora demandada no podía desconocer que la actora abonaba ya una prima superior.

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

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

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

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

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

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

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

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

la mayor afección incapacitante y estar notificada de su existencia.

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

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

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

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

Luego, expuso que la demandada no habría confrontado ni mucho menos habría derrumbado el deber de información que mantenía con la actora consumidora antes, durante o con posterioridad a la celebración del contrato. Y agregó que la falta de cumplimiento de dicha obligación traería como consecuencia directa que las cláusulas sean abusivas.

Entrando a los agravios vertidos por la recurrente, expuso que la cláusula contractual inserta en una póliza de

seguro de vida adicional no puede ser considerada una ley en el sentido que le imprime la Ley Casatoria. Por lo que -a su entender- debe rechazarse la vía casatoria así intentada.

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

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

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

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

Como es sabido, el carril antedicho, constituye una de las principales funciones de la casación y consiste en el control del estricto cumplimiento de la ley y de la doctrina legal. Es la más antigua misión que lleva a cabo dicho instituto, e implica cuidar que los Tribunales de grado apliquen las disposiciones normativas, sin violarlas ni desinterpretarlas (cfr. Acuerdos N° 4/22 "Suarez" y N° 33/22 "Pino", entre tantos otros, del registro de la Secretaría Civil).

En este orden de ideas, una norma jurídica puede ser infringida de diversos modos o maneras, ya sea aplicándola a casos que no están subsumidos en ella; sea dejando de aplicarla

a los supuestos que la misma abarca; o estableciendo erróneamente los elementos fácticos, es decir, diversamente a como aparecen en el proceso. Todos estos defectos quedan englobados en el concepto genérico de infracción, en tanto cada uno de ellos constituye una especie dentro del género (cfr. Hitters, Juan Carlos, *Técnicas de los recursos extraordinarios y de la casación*, La Plata, Librería Editora Platense, 2ª Edición, 1998, p. 200).

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

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

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

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

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

Éste ha sido caracterizado como la contingencia o probabilidad de provocar el acaecimiento de un daño a tercero y su fundamento radica en la incorporación al medio social de un

elemento dotado de peligrosidad. Por ello, el riesgo debe ser cuidadosamente individualizado y precisado.

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

La exclusión de cobertura es tema que atiende a la "*materia de que trata*" el contrato. Son supuestos que forman parte de la determinación del riesgo, lo que significa que, al momento del perfeccionamiento del contrato deben identificarse los hechos que puedan realizar el riesgo y, con ello, generar la obligación principal a cargo del asegurador.

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

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

En el supuesto de base convencional, se trata de hipótesis en que, formal y expresamente, se han excluido de la garantía los siniestros verificados en los casos comercialmente previstos. Esto último es aceptado doctrinariamente como exclusión directa: son aquellos casos en que el asegurador,

explícitamente y a través de una fórmula negativa declara no cubrir el siniestro.

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

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

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

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

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

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

en la anterior instancia respecto del seguro de vida colectivo obligatorio.

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

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

- a) enfermedades profesionales
- b) patologías psiquiátricas y/o psicológicas ...".

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

significa que es ajeno a la discusión sobre el alcance de la cobertura, su determinación, su delimitación y, por ende, de las exclusiones de cobertura. Por esta razón, resulta imperioso que, como mínimo, conozca el contenido del contrato -y las posibles modificaciones que se produzcan- todo ello a través de una información clara y precisa (cfr. Stile Enrique M., "Seguro colectivo de vida", RCyS 2006, 107, LALEY AR/DOC/1634/2006).

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

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

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

sido redactada con una impresión fácilmente advertible en el contexto general del documento negocial.

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

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

En efecto, la judicatura no podría ampliar o restringir la cobertura asegurativa por analogía ya que solo debe considerarse amparado aquel supuesto que resulte comprendido en la descripción general del riesgo con excepción de aquellos casos expresamente excluidos.

Existe consenso en doctrina en que la extensión del riesgo asegurado y la cobertura, así como los derechos de los beneficiarios, convenidos en el contrato de seguro, deben interpretarse literalmente (cfr. López Saavedra, Domingo M. López, *Ley de Seguros -comentada y anotada-*, Bs. As, La Ley,

2007, p. 106 y ss.), ya que lo contrario provocaría un grave desequilibrio en el conjunto de las operaciones de la compañía.

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

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

Repárese que, anoticiada la Sra. Julia Jara de dicha delimitación del riesgo, igualmente suscribió el contrato y se sometió a sus términos sin reparo alguno. Podría haber ejercido la opción de no adhesión al grupo teniendo en consideración la eminente naturaleza voluntaria del seguro que se examina. Empero, al elegir rubricarlo debe atenerse a la base negocial prefijada.

Al respecto, cabe advertir que, si bien en estos seguros de vida colectivo voluntarios el contratante de la póliza tiene la representación de los asegurados en la negociación de las condiciones del contrato, no ostenta facultades para obligarlos, ya que el asegurado debe ratificar su adhesión al contrato para formar parte de él (cfr. Carlos

José María Facal, *El Seguro de Vida en la Argentina*, Bs. As, LexisNexis, 2007, p. 176).

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

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

Así, en el procedimiento estatal de contratación fue la propia tomadora la que fijó dentro del pliego de bases y condiciones el objeto del contrato, disponiendo qué protección se acuerda, la delimitación del riesgo asegurado y el límite de responsabilidad del asegurador. Ello en función de que, en este tipo de seguros colectivos, en la etapa de tratativas, es el tomador quien debe individualizar al asegurador, la operación jurídico-económica que le interesa (riesgos) y las condiciones en que estos se encuentran.

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

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

Se debe recordar que el asegurador asume voluntariamente riesgos y no está obligado a cumplir todos los

supuestos generadores de daños y menos aún en forma ilimitada. Y según sea el riesgo asumido y las prestaciones prometidas en caso de siniestro será el precio que se negocie con el tomador del seguro (artículo 1021 del CCyC).

Como lógica consecuencia de ello, una cobertura podrá ser amplia o limitada, atractiva o poco significativa, conveniente o inadecuada, abundante o escasa. Empero, en estos casos no cabe declarar nulas por abusiva a las cláusulas que limitan el objeto del contrato porque ese alcance es el que definieron el asegurador y el tomador al acordar el objeto del contrato. Ellos dejaron fuera de la cobertura algunos supuestos que ya no serán amparados por el asegurador. Y no hay desvirtuación posible del objeto del contrato porque respecto de esos supuestos excluidos no hay promesa de cobertura ni tampoco hubo pago de un precio para adquirir la protección (cfr. Facal, Carlos J.M. "Un fallo trascendente de la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires", TR LALEY AR/DOC/832/2021).

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

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

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

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

Este Tribunal Superior ha dicho que "... cuando la conclusión pericial aparece fundada en principios técnicos y científicos inobjetables, y no existen otros medios probatorios que la desvirtúen, la sana crítica aconseja, frente a la imposibilidad de oponer otras argumentaciones de esa índole de mayor valor, aceptar aquéllas (cfr. Kielmanovich, Jorge L. "Valoración de la Prueba", en la obra "La prueba en el proceso judicial", Ed. Rubinzal Culzoni, p. 189, citado en Acuerdo N° 14/19 "Álvarez", del registro de la Secretaría Civil).

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

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

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



Ello en razón de que la patología psiquiátrica y/o psicológica incide decisivamente en la invalidez de la interesada (50%) y, ante la clara exclusión de cobertura que aparece, impide -en el caso- considerarla como parte integrante del mínimo para tener por configurado el daño indemnizable, esto es el 66%.

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

10. En este contexto, la sentencia pronunciada por la Cámara Provincial de Apelaciones exhibe un claro error de juzgamiento porque amplía la garantía asegurativa al incorporar patologías psiquiátricas y/o psicológicas que se encontraban *ab initio* excluidas de cobertura.

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

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

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

La prima es determinada en función de cálculos actuariales que tienen en cuenta criterios de frecuencia (el número de veces que el siniestro se produce) e intensidad siniestral (el daño económico que produce), y que necesitan

inexorablemente considerar no sólo un tope indemnizatorio, sino también los riesgos cubiertos con el fin de poder cuantificar la prima y asegurar la suficiencia de la masa para hacer frente a las indemnizaciones.

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

El derecho de seguros cuenta con elementos de convicción suficientes como para evitar la recurrencia analógica a otros terrenos normativos o a otras ramas del derecho. Estas si bien tienen aportes potenciales en la determinación de la incapacidad total y absoluta son solo coherentes con principios propios de cada disciplina. El sistema asegurador tiene también su técnica en la determinación de las primas y en la estimación cuantitativa de las indemnizaciones y este marco referencial es el básico a los fines de la subsistencia del sistema. El seguro supone la aplicación del cálculo actuarial una ponderación de extensión, intensidad, frecuencia del riesgo y la conformación de las reservas técnicas y matemáticas esenciales a fin de hacer frente a los siniestros. La incursión de principios normativos a este ámbito de seguros es un factor de desestabilización que no preserva la autonomía normativa y quebranta el sistema vulnerando la seguridad jurídica que debe primar entre las partes (Cfr. De Diego Julián A., Incapacidad total y permanente en los seguros de vida colectivo y la extensión del concepto, La Ley AR/DOC/357/2001)

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

Dicha doctrina fue nuevamente destacada en el caso "Flores" (Fallos 340:765). Indicó el más Alto Tribunal de la Nación "... La libertad de contratación está protegida constitucionalmente y nadie puede, so pretexto de un perjuicio ético o patrimonial, entrometerse en la esfera de la autonomía de quien ha celebrado un contrato...". En ese pronunciamiento, el ministro Rosenkratz, abundando en los argumentos constitucionales, agregó que "... la propiedad tiene protección constitucional (artículo 17, Constitución Nacional) y ella se extiende a los derechos que nacen de los contratos (Fallos 137:47; 294:152; 304:856; 331:2006, entre otros)... Las consideraciones expuestas se ajustan, asimismo, a los precedentes de esta Corte según los cuales no es posible imponer obligaciones a la aseguradora más allá de los términos pactados en la póliza, pues como se dijo, la ley establece que el contrato es la fuente de las obligaciones y en dicho instrumento se determinan los alcances y límites de la garantía debida ..." (Fallos 319:3489; 322:653).

14. Por todo lo expuesto, si la cláusula exonerativa del riesgo es clara y fue debidamente conocida por la asegurada deberá ser aceptada y acatada. El contrato debe ser respetado en su redacción ya que los derechos resultantes de los contratos

integran el derecho de propiedad de los contratantes (artículo 965, CCyC). Ni el derecho consumeril ni el fin social han suprimido las demás garantías constitucionales y un dialogo de fuentes sólido no importa arrasar con la libertad contractual ni con el derecho de propiedad.

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

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

III. De acuerdo a lo prescripto por el artículo 17, inciso "c", de la Ley N° 1406 y conforme el análisis efectuado precedentemente, corresponde recomponer el litigio y dictar un nuevo pronunciamiento sobre las cuestiones que fueron propuestas en casación.

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

En consecuencia, conforme los argumentos brindados y solución a la que se arriba, corresponde admitir parcialmente el recurso ordinario de apelación articulado por la parte demandada (fs. 287/310) sólo en lo atinente al aspecto casado (punto "V" de la expresión de agravios). En su mérito, corresponde revocar -en lo pertinente- la sentencia dictada en primera instancia

(fs. 267/283vta.) y ante la inexistencia de un agravio puntual de la aseguradora demandada en punto al seguro de vida colectivo obligatorio, deberá mantenerse el acogimiento de la demanda únicamente por dicho concepto y por la suma de \$... .- con más los intereses allí establecidos.

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

En relación con las originadas en la primera, cabe tener en cuenta que persiste la condena en contra de la demandada respecto del seguro de vida colectivo obligatorio. Por tanto, se mantiene la imposición de las costas a la parte demandada en su calidad de vencida (artículo 17, Ley N° 921).

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

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

V. En virtud de todas las consideraciones expuestas, oída la Fiscalía General, propongo al Acuerdo: **1°) DECLARAR PROCEDENTE** el recurso por Inaplicabilidad de Ley incoado por la aseguradora demandada, de conformidad con los fundamentos expresados en los considerandos; **CASAR PARCIALMENTE** la decisión dictada a fs. 326/339 por la Cámara Provincial de Apelaciones - con competencia en el Interior- (Sala II), por haber incurrido en la causal de infracción legal a las normas de la Ley de Seguros denunciadas. **2°)** Conforme lo dispuesto por el artículo 17, inciso "c", de la Ley Casatoria, **RECOMPONER** el litigio

mediante el acogimiento parcial del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada (fs. 287/310). Y, en su mérito, revocar la sentencia dictada en primera instancia (fs. 267/283vta.) en lo pertinente al seguro de vida colectivo optativo, manteniéndose la condena respecto del seguro colectivo obligatorio. **3°)** Mantener la imposición de las costas ante la primera instancia y **modificar** las generadas en segunda instancia, distribuyéndolas en un 80% a la demandada y 20% a la actora. Imponer en el orden causado las provocadas en la instancia extraordinaria local; todo conforme lo expresado en el considerando IV de la presente. Dejar sin efecto las regulaciones de honorarios dispuestas en las instancias anteriores para letrados y peritos, readecuándolas al nuevo pronunciamiento. **4°)** Regular los honorarios a los letrados intervinientes ante la Alzada y en esta etapa casatoria en un 30% y un 25% -respectivamente-, de la cantidad que corresponda en su caso, por la actuación en igual carácter al asumido en sendas etapas, y conforme oportunamente se regule en primera instancia por la labor en dicha sede (artículos 15 y concordantes, Ley de Aranceles). **5°)** Disponer la devolución del depósito efectuado a fs. 356vta. y 357 (artículo 11, Ley Casatoria). **VOTO POR LA AFIRMATIVA.**

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

Si bien concuerdo con la doctrina sustentada en el Acuerdo N° 46/10 "Géliz", reproduciéndose la línea argumental allí desarrollada que llevó a este Cuerpo a propugnar la función social, finalidad tuitiva y naturaleza alimentaria de los seguros de vida colectivos en sus versiones obligatorio y adicional, un nuevo examen de la cuestión, en base a las particularidades fácticas del presente expediente, me llevan a variar el criterio allí sostenido. Para su adecuada comprensión,

hay que partir del hecho de que no estamos en presencia de un reclamo formulado por la actora en el sentido que con anterioridad el seguro contratado por su empleadora cubría la incapacidad ahora excluida o bien que la actual aseguradora era continuadora de las anteriores. En el presente, la cláusula de exclusión de las "patologías psicológicas y/o psiquiátricas" se encuentra clara y legible y fue debidamente notificada a la actora, rubricando con su firma cada una de las hojas que conforman el anexo. Por lo que si la exclusión de cobertura es clara y su sentido y alcance no generan dudas, la interpretación de la misma debe ser literal y estricta. Y el juez no puede extender la responsabilidad cuando no hay dudas en el sentido y alcance de la cláusula que excluye determinados supuestos del riesgo cubierto.

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

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

VII. De lo que surge del presente Acuerdo, por unanimidad, oída la Fiscalía General, **SE RESUELVE: 1°) DECLARAR PROCEDENTE** el recurso por Inaplicabilidad de Ley incoado por la aseguradora demandada, de conformidad con los fundamentos



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

Dr. ROBERTO G. BUSAMIA
Vocal

Dr. EVALDO D. MOYA
Vocal

JOAQUÍN A. COSENTINO
Secretario