



NEUQUEN, 11 de mayo de 2017.

**Y VISTOS:**

En acuerdo estos autos caratulados: **"VERDUGO DANIEL ANDRES C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGUROS"**, (JNQLA3 Exp. N° 448753/2011) venidos en apelación a esta Sala I integrada por los Dres. **Cecilia PAMPHILE y Jorge PASCUARELLI**, con la presencia de la Secretaria actuante, Dra. **Estefanía MARTIARENA**, y de acuerdo al orden de votación sorteado el **Dr. Jorge PASCUARELLI** dijo:

I. A fs. 419/422 el *A-quo* rechazó la demanda deducida por el actor, con costas.

A fs. 426/430 vta. el actor dedujo recurso de apelación y expresó agravios. Dice, que el Sentenciante confunde el momento de la verificación del siniestro con el de la configuración del riesgo que amparan las pólizas en cuestión.

Alega, que recién toma conocimiento de la vigencia temporal de las pólizas en cuestión a partir de la declinación de cobertura comunicada por la demandada mediante carta documento.

Agrega, que el riesgo que cubren las pólizas además de la muerte del asegurado es la incapacidad total y permanente del mismo y ésta se configuró a partir del dictamen de la junta médica.

Señala, que el decreto de baja laboral del actor, por el cual se dispone el cese de servicios del mismo para pasar a situación de retiro obligatorio es del 26 de junio de 2009, y entonces resulta claro que las pólizas de la Caja de Seguros S.A. se encontraban vigentes al momento de configurarse el riesgo ya que estas cesaron a partir del día 30 de junio de 2009.



Agrega, que conforme lo dictaminado por la última junta médica psiquiátrica realizada el 27/10/2008 padece una enfermedad incurable.

También se agravia porque considera que se equivoca el *A-quo* en su razonamiento, ya que conforme se advierte de la lectura del fallo esa parte no tenía certeza de la vigencia de las pólizas en cuestión puesto que carecía de todo tipo de conocimiento del alcance de sus cláusulas.

Alega, que la declaración receptiva que exige a toda aseguradora el art. 56 de la LS se halla sometida a los principios generales de toda exteriorización de voluntad contractual, máxime por hallarse dicho pronunciamiento dentro de la etapa de ejecución contractual.

A partir de lo expuesto, se agravia porque el fallo se asienta en las prescripciones del art. 18 de la ley 17.418 desconociendo por completo la jurisprudencia del más alto Tribunal local en los autos "*Gelis Ana María c/ Caja de Seguros S.A. s/ Cobro de Seguros por Incapacidad*".

Agrega, que debe tenerse en consideración el carácter de orden público que tiene la Ley de Defensa del Consumidor.

La contraria no contestó los agravios.

**II.** Ingresando al estudio de las cuestiones planteadas, adelanto que el recurso de la actora no resulta procedente. Es que, comparto lo expuesto por el Sentenciante en cuanto a que al momento del cese de la relación laboral la Póliza con la Caja de Seguros S.A. ya no se encontraba vigente.

Ello, porque conforme sostuvo esta Alzada "*lo que el seguro indemniza es la pérdida del ingreso como consecuencia del cese de la actividad laboral*", (*ORELLANA ELIA ROSA CONTRA LA CAJA DE SEGUROS S.A. S/COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD*", Expte. N° 316007/4).



El fallo citado además señala: *"Bien se ha dicho: "A fin de fijar el dies a quo de la prescripción en un contrato de seguro de vida e incapacidad total y permanente, cabe aclarar que la definición contractual de riesgo cubierto debe ser interpretada literalmente, que el interés asegurable debe ser determinado de manera precisa y que el siniestro se configura, en el seguro de personas, recién cuando las consecuencias del daño -pérdida del derecho a la percepción de haberes como dependiente en actividad y la imposibilidad de realizar una actividad remunerada similar a la que realizaba-se producen en la persona del asegurado" (cfr. Halperin - Barbato, "Seguros", cap. Iv n° 52.A.P., Cap. Vii n°1, p. 386, 891, Y 949, ed. 2001)."*

En el caso de autos, a fs. 255 la Policía de la Provincia del Neuquén informó que a partir del 22 de Julio de 2009 el actor pasó a situación de retiro obligatorio, de lo cual había sido notificado el 21 de Julio de 2009 (cfr. cédula de notificación de fs. 128vta.).

Luego, el informe de fs. 333 señala: *"A tal efecto informo que el Sr. Verdugo Daniel Andrés se encontraba con cobertura de seguros de vida por la ASEGURADORA SMG LIFE Seguros de Vida S.A., dispuesta por el Estado Provincial para todo el personal de la Administración Pública de la Provincia del Neuquén, con vigencia conforme Decreto 1197/09 desde el 01 de Julio de 2009 y por un lapso de cuatro años renovable por otro período similar"*.

Luego, conforme surge de fs. 94, cuya constancia fue desconocida genéricamente (Cfr. Sala II en autos "CARMONA RUBEN ADRIAN CONTRA AMERICAN JET S.A. SOBRE DESPIDO POR OTRAS CAUSALES", Expte. N° 413393/2010), y lo informado a fs. 333 por la Policía de la Provincia del Neuquén, la Póliza de la Caja de Seguros S.A. tenía vigencia desde el 01/07/2005 hasta el 30/06/2009.



A partir de lo expuesto, corresponde desestimar el recurso del actor, en tanto de acuerdo a lo expresado, cuando se produjo la pérdida del ingreso del actor como consecuencia del cese en su actividad laboral, la cobertura correspondía al seguro vigente en ese momento, SMG Life Seguros.

En este sentido se ha sostenido que: *"Tal como ha quedado planteado el litigio recursivo, el "quid" a determinar para dilucidar la comprensión de la actora en la cobertura de la póliza de seguro de vida colectiva concertada entre la empleadora y la recurrente, consiste en fijar la fecha en que nació el derecho de la beneficiaria a reclamar el pago del seguro."*

*"La cuestión ha sido analizada por el suscripto en varias causas antecedentes. Así in re: "MALDONADO JOSE EDUARDO C/LA BUENOS AIRES NEW YORK LIFE S.A. S/COBRO SEGURO POR INCAPACIDAD" (Expte. N°774-CA-99), tuve ocasión de citar la jurisprudencia que sostuvo: "Si se inicia acción judicial por la cual se reclama cierta indemnización de una compañía de seguros por haber sobrevenido la incapacidad laboral del pretensor (el cual era beneficiario de un seguro de vida colectivo acordado entre su ex empleadora y la accionada), resulta procedente la excepción de prescripción opuesta por la demandada en los términos de la ley 17418: 58, toda vez que - tal como acontece en el caso- procede considerar como dies a quo del comienzo del plazo de prescripción anual previsto por la citada norma, el día que concluyó incontrovertidamente el contrato de trabajo entre el reclamante y la ex empleadora de éste y no, tal como postulaba el pretensor, el tiempo en que le fue acordada su jubilación por invalidez. Por su parte, la circunstancia de que la solicitud de beneficio por incapacidad haya sido entregada en sede de la ex empleadora, no constituye una actuación con virtualidad suficiente para interrumpir el curso del plazo de prescripción anual. CCom: D (ROTMAN - CUARTERO - ALBERTI) - 08/05/97 ARES, Celso c/SUD AMERICA CIA.*



DE SEG. DE VIDA Y PATRIMONIALES SA. s/sumario. Ref. (L. 17418: 58)" "[...] La aseguradora, cuyo contrato se encontraba vigente al momento de concluir la relación laboral, resulta responsable frente al actor de la totalidad de la indemnización por incapacidad, sin perjuicio de que ella y la que fue aseguradora durante el tiempo en que se fue desarrollando progresivamente la afección, absorban la indemnización debida." CNAT Sala 5, Sent. 16-12-1988, Juez JOSE EMILIO MORELL VICENTE NICOLAS CASCELLI HORACIO VACCARI OLIVA, Nicolás Esteban c/GAWEN S.A.C.I. s/accidente MAG. VOTANTES: JOSE EMILIO MORELL VICENTE NICOLAS CASCELLI HORACIO VACCARI."

"En tanto la aseguradora asume el compromiso de responder por las incapacidades laborales del personal dependiente del tomador del seguro, sin limitar su responsabilidad por las minusvalías que se portaren con anterioridad a la celebración del respectivo contrato, no pueden oponerse defensas que distorsionen la finalidad perseguida mediante el seguro contratado." CNAT Sala 2, Sent. 28-09-1990, Juez GONZALEZ MECERA, Carlos c/SAFRA S.A. s/accidente MAG. VOTANTES: GONZALEZ - RODRIGUEZ."

"Decíamos en dicha causa: "Más allá del conocimiento subjetivo que pudiera atribuirse al asegurado respecto de su estado de salud, la realidad señala que nadie reclama el pago de un seguro de estas características mientras se encuentra técnicamente en actividad, y hasta tanto es dado de baja en razón de su incapacidad, aún cuando el dictamen administrativo en sede previsional no sea obligatorio respecto de la aseguradora. Tan es ello así que, según la rutina habitual, al notificarse al interesado la concesión del retiro obligatorio, se le hace saber "que deberá realizar los trámites correspondientes ante el ISSN, Compañía de Seguros y Mutual Policial.." (conf. fs.21)."



"Se trató en la especie de una contratación masiva, en la cual la aseguradora abdicó del derecho a constatar el estado del riesgo al momento de contratar, asumiendo expresamente la cobertura de las incapacidades derivadas de enfermedades o accidentes, anteriores a la vigencia de las respectivas pólizas. El "siniestro" indemnizable -incapacidad absoluta y permanente- acaece técnicamente cuando cesa la relación laboral en razón de la incapacidad, aunque con anterioridad hubiese estado gozando de licencia por la misma enfermedad, o se hubiese manifestado con anterioridad. Juega en la especie la ley de los grandes números, en función de la cual la aseguradora pondera globalmente la insignificancia del riesgo de asumir casos de pre-existencia de las causas invalidantes. Habiéndose obligado a no invocar tales circunstancias para eximir-se de la cobertura, tal defensa resulta inadmisibile en la especie."

"Va de suyo, entonces, que el concepto de "siniestro" a los efectos asegurativos, no coincide con el mero conocimiento de la enfermedad invalidante sino que depende de que el agente sea dado de baja y se le otorgue el beneficio previsional respectivo, ya que a partir de entonces estará legitimado para reclamar el pago del seguro y comenzarán a correr los plazos de caducidad y prescripción."

"Concluyo, pues, en que corresponde tener por cubierto dicho siniestro por la póliza contratada con la recurrente, cuya vigencia coincide con la fecha en que - técnicamente- corresponde tener por acaecido el riesgo previsto. Ello por cuanto tanto la baja del empleo como la concesión del beneficio jubilatorio tuvieron lugar dentro del ámbito temporal de la cobertura de la demandada", (Sala I, autos "SEPULVEDA MARTA SUSANA CONTRA GENERAL AMERICANA SEG. VIDA SA S/COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD", Expte. N° 1619-CA-2).



En consecuencia, resulta inoficioso el tratamiento del recurso de fs. 216/217 deducido por la demandada y concedido con efecto diferido a fs. 218.

**III.** Por todo lo expuesto, propongo al Acuerdo rechazar el recurso de apelación deducido por el actor a fs. 426/430 vta. y, en consecuencia, confirmar la sentencia de fs. 419/422 en todo cuanto fue materia de recurso y agravios. Sin costas de Alzada atento la falta de contradicción en esta etapa.

Tal mi voto.

La Dra. **Cecilia PAMPHILE** dijo:

**1.- Vigencia del seguro:**

A mi criterio el seguro colectivo de vida se hallaba vigente al momento en que se configuró el riesgo que motiva el reclamo de autos.

Tengo en cuenta para ello que por Junta Médica del 27/10/08 se diagnosticó epilepsia y trastorno neurológico y que mediante decreto 2076/09 se entendió configurada la hipótesis prevista en el art. 14, inc. d) de la ley 1131 que prevé la situación del personal que haya alcanzado un máximo de dos años de licencia por enfermedad y no pudiera reintegrarse por subsistir las causas invalidantes (ver hojas 60 y 127).

No habiéndose puesto en tela de juicio estos antecedentes fácticos, y dado que la póliza estuvo vigente desde el 01/07/05 al 30/06/09 (ver hojas 94, 265/269, 322 y 333), es claro que la patología se manifestó y consolidó durante el período de cobertura brindado por la accionada.

Al ser ello así, entiendo que el agravio debe ser acogido y que el motivo por el cual se rechaza la demanda en



la sentencia de grado, no resulta ajustado a las constancias de la causa.

Esta solución impone avanzar en el análisis de las demás cuestiones introducidas al debate.

## **2.- Prescripción:**

Sentada entonces la vigencia del seguro, es preciso indagar si se configura la siguiente defensa oportunamente opuesta por la Aseguradora, tal la prescripción del reclamo.

### **2.1.- Mi posición con respecto al derecho que rige el caso:**

En este punto, cuadra resaltar que el actor, desde su presentación inicial, invocó la aplicación al caso de las normas de Defensa al Consumidor.

El Tribunal Superior de Justicia de la Provincia ha entendido que el plazo de prescripción de tres años, previsto por el art. 50 de la Ley 24.240, es aplicable a una acción iniciada contra una aseguradora a fin de percibir una indemnización derivada de un seguro de vida colectivo, pues, al debatirse un derecho social, consagrado por el propio Estado para atender a la protección del ser humano, cabe privilegiar una interpretación extensa a favor de quienes las normas, a través de esta herramienta de la Seguridad Social, buscan proteger.

Tratándose de una acción iniciada contra una aseguradora a fin de percibir una indemnización por invalidez total y permanente, que era un riesgo cubierto por el seguro de vida colectivo contratado por el empleador, el plazo de prescripción aplicable es el trienal previsto por el art. 50 de la Ley 24.240, pues ésta tiene jerarquía superior respecto





de otras leyes, en tanto desarrolla y hace efectivos los derechos que expresamente reconoce al consumidor la Carta Magna, máxime cuando adherir a esta postura amplia es compatible con el carácter de orden público y protectorio de la normativa consumerista (Ac. N° 8/13, "MERINO ROSA HERMINIA C/CAJA DE SEGUROS S.A. S/COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD", Expte. Nro. 50 - año 2010").

A la luz de estos lineamientos, la defensa de prescripción no resulta procedente, aun considerando el *dies a quo* que propone la accionada. Tengo en cuenta los siguientes datos que surgen de la causa: la cobertura del seguro de vida contratado con la accionada se extendió hasta el 30/06/09, la cesación de servicios para pasar a situación de retiro se hizo efectiva a partir del 21/07/09, el reclamo ante la Aseguradora se presenta el 29/07/10 y la demanda judicial el 19/05/11 (ver hojas 32, 43,60,66, 77vta,90, 115/122, 124 y 125).

Aquí debo reconocer que si bien el actor al contestar el traslado de la hoja 209/210vta. no cuestionó específicamente el plazo anual alegado por su contraria (si su cómputo), y tampoco lo hizo en su demanda (véase la hoja 60 vta. donde dice "...no habría transcurrido un año desde el pago de la última prima del seguro, plazo de prescripción legal"), lo cierto es que si invocó, como ya apunté, la aplicación de la Ley de Defensa al Consumidor en su demanda (ver hoja 71vta en adelante).

Mi posición en estos casos, es que corresponde aplicar la Ley de Defensa al Consumidor, y por ende, el plazo de prescripción trienal allí previsto, atento tratarse de una ley de orden público que conlleva su aplicación de oficio por la magistratura.

Así he señalado:



"A esta altura debo señalar que no desconozco, tal como lo señala la Dra. Clérici, que la ley de defensa del consumidor no fue invocada por la actora en su escrito de demanda, sino que lo hace al contestar la excepción de prescripción.

No obstante ello, considero que los hechos expuestos en la demanda claramente determinan su aplicación, resumiéndose la cuestión en un tema de encuadre normativo.

Por lo demás, su aplicación de oficio se encuentra determinada por el carácter de ley de orden público que encuentra fundamento, no sólo en su art. 65, sino en la base constitucional de la que nace, esto es del Artículo 42 de la Constitución Nacional.

En este aspecto, la Suprema Corte de Justicia de Mendoza ha resuelto que: "la declaración de orden público expresamente prevista por el legislador en el art. 65 del mismo cuerpo legal, acarrea la aplicación de oficio del régimen tuitivo". (Expte: 101125 - Caja de Seguros S.A. En J 86.813/12.698 Lavarello Maria Antonieta C/Caja de Seguros S.A. P/Cuest. Deriv. de Contrato de Seg. S/Cas. Suprema Corte Justicia De Mendoza. fs 57. 23/03/2012).

Indicando, en línea coincidente nuestro TSJ: "...la quejosa omite considerar que la Ley 24.240 es de orden público (Art. 65) y que, por ello, su aplicación es imperativa, según doctrina de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a la que este Cuerpo adhirió in re: "GÉLIZ ANA MARÍA C/CAJA DE SEGUROS S.A. S/COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD" (Ac. N°46/10).

El extremo que pasa por alto la impugnante es que no cabe interpretar los términos del contrato con desapego a los alcances de la Ley de Defensa del Consumidor. Y como ya se sostuvo -en el precedente mencionado ut-supra-, por su



*naturaleza, tal normativa es indisponible para las partes, las que no pueden alterar o modificar sus efectos.*

*En ese sentido, el orden público consolida derechos que por su trascendencia interesan a toda la comunidad. Y es precisamente este orden público de protección el marco desde el cual cabe interpretar las relaciones jurídicas de consumo. Al respecto, Lorenzetti expresa:*

*"El principio protectorio de rango constitucional es el que da origen y fundamenta el Derecho del Consumidor... en los casos que se presenten colisión de normas, es importante tener en cuenta que no es la ley sino la Constitución Nacional, la que es fuente principal del Derecho consumerista. Se trata de uno de los derechos denominados derechos civiles constitucionalizados" (Lorenzetti, Ricardo Luis, "Consumidores", Ed. Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2da. Edición Actualizada, año 2009, págs.44/45)..."* (cfr. R.I. N°62/2012, "IVANOFF GLADYS C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/SUMARÍSIMO ART. 321 CPCC" (Expte. N° 55 - año 2011), del Registro de la Secretaría Civil de Recursos Extraordinarios del Tribunal Superior de Justicia)" (mi voto en la causa "COSTAMAGNA MARIA ANGELICA C/ INDALO S.A. Y OTRO S/D.Y P.X USO AUTOM C/LESION O MUERTE", Expte. N° 476595/2013, del 5/02/15).

**2.2.- Posición del TSJ frente al encuadramiento dado por las partes. Incidencia en esta decisión:**

Ahora bien, con posterioridad a este pronunciamiento, el Tribunal Superior de Justicia dictó el Acuerdo 29/16 en autos "YAÑEZ DEL VALLE, JUAN DE LA CRUZ CONTRA NACIÓN SEGUROS S.A. SOBRE COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD".

En ese caso, la Alzada había considerado no aplicable la Ley de Defensa al Consumidor puesto que la parte actora -al



contestar el traslado de la excepción de prescripción- en ningún momento había invocado que resultara de aplicación la Ley 24.240, sino que había centrado su defensa en la interrupción del plazo de prescripción operado con la interposición del beneficio de litigar sin gastos. La Sala II entendió, entonces, que el planteo de la apelante resultaba alcanzado por el Art. 277 del Código Procesal Civil y Comercial, por lo que se encontraba impedida de ingresar a su análisis.

En la etapa casatoria, el Tribunal Superior sostuvo *"...de la relectura de los fundamentos expuestos en la decisión de la Alzada se advierte un argumento central de dicha decisión que no fue impugnado por el quejoso y sobre el cual se estructura aquélla sentencia.*

*Tal, el relativo a que no fue sometido ni, por consiguiente, decidido por la Judicatura de Primera Instancia, la aplicación del plazo de prescripción contenido en el hoy derogado Art. 50 de la Ley de Defensa del Consumidor, lo que se cimentó en lo preceptuado por el Art. 277 del Ritual Civil.*

*Cabe observar que los embates vinculados a la infracción legal que se imputa tienen como premisa común un argumento erróneo. Pues la decisión bajo examen no desconoció el carácter de orden público de la citada norma ni las pautas interpretativas allí indicadas sino que el examen que se formuló fue previo, al considerar que se estaba postulando un tema que no fue juzgado en la instancia anterior.*

*Así y si bien el agraviado denuncia que, el fallo en crisis denota una aplicación incorrecta de la Ley de Defensa del Consumidor, seguidamente no formula embate alguno con referencia al Art. 277 de Ritual Civil".*



Véase, entonces, que trasladando la decisión del TSJ a este caso, el plazo a considerarse es el anual, toda vez que la ley de Defensa al Consumidor no fue puntualmente invocada por el actor: al repeler el planteo de prescripción alegó que el plazo era anual, centrándose en cuestionar su cómputo. A este aspecto debe centrarse el análisis, de acuerdo a la doctrina sentada por el TSJ.

**2.3.-** En ese cometido, debo señalar que el plazo comienza a correr desde que la acción se halla expedita.

A tales efectos, tengo para mí, que ello sucedió con la notificación de la cesación de servicios dispuesta por la causal "haber transcurrido dos años de licencia por enfermedad y no poder reintegrarse", ocurrida el 21/07/09 (ver copia de la cédula acompañada por ambas partes, en hojas 43vta. y 128 y certificación de servicios de la hoja 32).

Así, teniendo en cuenta que la denuncia del siniestro se realiza el 29/07/10, la excepción de prescripción opuesta por la accionada resulta procedente: el reclamo ante el seguro no tiene virtualidad suspensiva, dado que el plazo ya se había agotado. Tampoco tendría tal efecto suspensivo la presentación de la documentación pertinente ante el Ministerio de Seguridad y Trabajo del 26/07/10, que alega el apelante en la hoja 428, por idénticos motivos.

Nótese que el actor al contestar el traslado de la defensa de prescripción, a mas de la negativa genérica, basa su defensa en la constancia extendida por la empleadora y la notificación del retiro policial obligatorio.

En cuanto al certificado en cuestión (ver hoja 4), éste refiere a la situación del agente hasta el momento de su retiro obligatorio, lo cual aconteció, como emana de la documentación ya referida, el 21/07/09. Sin perjuicio de ello,



del informe de la empleadora de la hoja 333 surge que a partir del 01/07/09 el personal de la administración pública se encontraba cubierto con otra compañía de seguros distinta a la accionada.

En lo que refiere a la notificación del beneficio de retiro, surge de su propio texto que éste se acuerda a partir del 21/07/09 (ver hoja 62).

En síntesis, en todas las hipótesis de análisis habilitadas por el art. 277 CPCC, la acción se hallaba prescripta.

### **3.- Argumento de cierre:**

Aún cuando se entendiera que el reclamo no se hallaba prescripto, existe otro impedimento para la procedencia de la acción.

Así, la tercer defensa de la demandada, atañe al estado de incapacidad del actor, en tanto el cuadro incapacitante fue negado por la Aseguradora.

Puntualmente, la demandada planteó que la dolencia que denuncia el actor (epilepsia tipo gran mal y Z:63.7) es de origen psiquiátrico o psicológico y, por ende, expresamente excluida del contrato de seguro. Además, niega que el actor presente el grado de incapacidad que denuncia.

Y bien, aún cuando no se acogiera la primera cuestión señalada, y se entendiera que cabe incluir la epilepsia dentro de los riesgos asegurados, lo cierto y determinante en este caso, es que ningún elemento de la causa permite corroborar que el actor padezca una incapacidad total, absoluta y permanente, que alega en su demanda.



Resalto aquí que la decisión del empleador y de los organismos de la seguridad social no pueden obligar a la Aseguradora, quien tiene derecho a verificar la efectiva ocurrencia del riesgo.

Nuestro Tribunal Superior de Justicia ha sido concluyente en punto a que 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 (Ac. 47/15 "Monte", 18/14 "Muñoz", entre otros). Agrego que el actor en su demanda, y en esta instancia, reconoce que el riesgo cubierto es la incapacidad total y permanente.

En autos, el perito médico señaló que conforme los estudios electroencefalográficos realizados, el actor no padece incapacidad alguna.

Puntualmente señaló: "al examen médico realizado al actor, no hay síntomas ni signos clínicos que evidencien alteración neurológica alguna. No manifiesta el actor ni hay constancias, sobre refractariedad de síntomas convulsivos, ni eventos recientes (según relatos del paciente, última crisis en año 2005). Examen semiológico neurológico normal. El estudio neurológico dinámico por especialista, informa normal. No hay constancias sobre controles por especialista en neurología que evalúe su estado neurológico y/o ajuste de medicación" (hoja 411).

Si bien previo a ello, el actor había solicitado la nulidad de la pericia y requerido una nueva (407/408 vta.), luego solicitó la clausura del período probatorio y en esta instancia omitió el replanteo de prueba que había alegado (hoja 408vta).



Para apartarse de las conclusiones del perito, deben existir razones serias con fundamentos objetivamente demostrativos de que la opinión del experto se encuentra reñida con principios lógicos, con las reglas del pensamiento científico o con las máximas de experiencia, la existencia de errores de entidad, o que existen en el proceso elementos probatorios de mayor eficacia para provocar la convicción acerca de la verdad de los hechos controvertidos (cfr. TSJ Ac. 1.702/09).

En este punto, debe señalarse que si bien es cierto que la ley no confiere a la prueba de peritos el carácter de prueba legal, no lo es menos que, ante la necesidad de una apreciación específica del campo del saber del experto - técnicamente ajeno al hombre de derecho-, para desvirtuarla es imprescindible ponderar otros elementos de juicio que permitan concluir de un modo certero en el error o en el inadecuado o insuficiente uso que el perito hubiera hecho de los conocimientos científicos de los que por su profesión o título habilitante ha de suponérselo dotado (cfr. Ammirato, Aurelio Luis, "Sobre la fuerza probatoria del dictamen pericial" publicado en: LA LEY 1998-F, 274).

En autos estos extremos no se presentan y tampoco existen otros medios de prueba, de relevancia comparable o superior a la que en el caso reviste la prueba pericial, que persuadan que las conclusiones del experto deban ser dejadas de lado por el magistrado.

En la senda expuesta, esta Sala ha considerado:

*"...como se destaca en la resolución impugnada y el recurrente no rebate, estrictamente el acto administrativo es la decisión de otorgar el beneficio, no el dictamen médico, y no obstante que goza de presunción de legitimidad, admite*





prueba en contrario, conforme el art. 55 inc. a), de la ley 1284.

*Al respecto, el TSJ ha sostenido que "[...] si bien es verdad que los actos de la Administración poseen presunción de legitimidad -lo que implica que se presume que éste ha sido dictado conforme al principio de legalidad- como toda presunción, admite prueba en contrario" (R.I. N° 5.897 de la Secretaría de Demandas Originarias del T.S.J.).*

*Además, cabe considerar que en autos no se discute la validez de los actos administrativos para la concesión del beneficio previsional sino el valor probatorio de las actuaciones administrativas en este proceso donde se discute el cumplimiento de los requisitos para el cobro de los seguros por incapacidad colectivos obligatorio y adicional.*

*En relación con su valor probatorio, en autos "MARTINEZ ANA MARIA ALEJANDRA CONTRA U.P.C.N. S/COBRO DE APORTES" EXP N° 357714/7, se citó jurisprudencia que sostiene: "El valor probatorio de los documentos administrativos está ceñido a la sana crítica del juez (cfr. Gordillo, Agustín A.: "Tratado de Derecho Administrativo", T.3, 4° ed., Bs.As. 1999, p. VII.16), habida cuenta que tales actos sólo gozan de una presunción, "no la perfección y certeza indiscutida de su legitimidad" (Fiorini: "Teoría jurídica del acto administrativo", Bs. As. 1969, p. 89. Ver también sobre el alcance del valor probatorio que corresponde atribuir a las actuaciones administrativas: Fiorini: Acto administrativo e instrumento público. El método constitucional, LL. 146-1017; Alberto G. Spota: "Carácter de instrumentos públicos de las actuaciones administrativas (nota a fallo)", JA 1955-I-119. Cassagne: "Sobre la condición de instrumentos públicos de las actuaciones administrativas y su valor probatorio", ED. 63-899; Inés D'Argenio, "Valor probatorio del expediente*



administrativo (nota a fallo)", JA. 1994-III-99). (Del voto del Dr. Coviello, consid. 8º)." Autos: Expreso Tigre Iguazú S.R.L. c/ Resol. 473/98 -C.N.R.T.- (Expte. 12.445/98). Buján, Licht (por su voto), Coviello. 04/07/2002 C.NAC.CONT. ADM.FED. Sala I. Exp.nº 4.233/99)".

Y, conforme se señaló anteriormente, en autos se produjo prueba pericial que determinó la incapacidad de la actora en el 52,47%.

Asimismo, más allá de las alegaciones de la recurrente, referidas al carácter tuitivo de la naturaleza alimentaria del seguro de vida colectivo obligatorio y adicional, lo cierto es que, conforme a la prueba pericial, la accionante no acreditó haber alcanzado el porcentaje mínimo requerido para cobrar los seguros que reclama..." (cfr. esta Sala I, del voto del Dr. Pascuarelli en autos "FARIA MAGDALENA CONTRA CAJA DE SEGUROS S/COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD", Expte. Nº 320601/5).

"...En autos no se ha acreditado que la actora cuente con tal grado de incapacidad. La valoración probatoria efectuada no es cuestionada por la recurrente; su único reparo se centra en no hacer prevalecer el dictamen efectuado en sede previsional. Este argumento no es suficiente: no sólo por cuanto la demandada no fue parte en dichas actuaciones y no pudo ejercer el control, sino porque las razones expuestas por la magistrada no han sido rebatidas en los agravios y no constituye prueba irrefutable, conforme se indicara más arriba", ("GACITUA OLGA C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD", Expte. Nº 354729/2007).

Por estas consideraciones, concluyo que el recurso debe ser desestimado, debiendo asumir el apelante las costas por su intervención. **MI VOTO.**



Existiendo disidencia en los votos emitidos precedentemente, se integra Sala con el Dr. **Fernando GHISINI**, quien manifiesta:

Por compartir los fundamentos vertidos por mi colega preopinante Dr. Jorge Pascuarelli, adhiero al mismo expidiéndome en igual sentido.

Por ello, esta **Sala I, POR MAYORIA**

**RESUELVE:**

1. Rechazar el recurso de apelación deducido por el actor a fs. 426/430vta. y, en consecuencia, confirmar la sentencia de fs. 419/422 en todo cuanto fue materia de recurso y agravios.

2. Sin costas de Alzada atento la falta de contradicción.

3. Regístrese, notifíquese electrónicamente y, oportunamente, vuelvan los autos al Juzgado de origen.

**Dra. Cecilia PAMPHILE - Dr. Jorge D. PASCUARELLI - Dr. Fernando M. GHISINI**

**Dra. Estefanía MARTIARENA - SECRETARIA**