



NEUQUEN, 27 de Marzo de 2018.

Y VISTOS:

En acuerdo estos autos caratulados: **"QUEZADA LILIANA DEL VALLE C/ CAJA DE SEGUROS S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD"**, (Expte. N° **443250/2011**), venidos en apelación del JUZGADO LABORAL 4 de Neuquén a esta **Sala III** integrada por los Dres. Marcelo Juan **MEDORI** y Fernando Marcelo **GHISINI** con la presencia de la Secretaria actuante Dra. Micaela **ROSALES** y, de acuerdo al orden de votación sorteado, el **Dr. Marcelo Juan Medori** dijo:

I. Que la parte demandada interpone recurso de apelación contra la sentencia definitiva de fs. 370/378 en cuanto hace lugar a la demanda y condena a la Caja de Seguros S.A. a abonar a la actora la suma de \$ 97.856,15, con más los intereses, expresando agravios a fs. 385/388.

Argumenta que el juez de grado incurre en una errónea interpretación de la Ley de Defensa al Consumidor, al considerar que el contrato de seguro ha quedado aprehendido por dicho régimen normativo, declarando la inoponibilidad de las limitaciones de la cobertura argumentadas por su mandante.

Que de este modo ha violado un principio rector en el derecho, cual es que la ley general posterior -en este caso la ley 24.240- no deroga ni modifica implícita o tácitamente la ley especial anterior, tal como ocurre con el régimen de los contratos de seguro.

Agrega que no cabe duda a su parte que la ley de seguros constituye una ley especial en relación a la que regula los contratos de consumo y por tanto aplicable a este caso, tal como lo ha establecido la CSJ de la Nación en el caso "Buffoni Osvaldo Omar c/ Castro Ramiro Martín sobre daños y perjuicios".

En el segundo agravio sostiene que el a-quo omitió considerar que nutrida jurisprudencia de nuestro país dictada a raíz del fallo citado, indica que la contratación de



un seguro de adhesión con una función social, no resulta argumento suficiente para desconocer las reglas generales de las convenciones a que el mismo está sometido, así como la compleja naturaleza económica de la operación.

En esa línea de pensamiento solicita la aplicación de dicho precedente teniendo en cuenta la fuerza moral que debe reconocérsele por emanar del máximo Tribunal nacional. Que en su consecuencia, entiende que debe aplicarse la Ley de Seguros y las disposiciones generales de la póliza contratada. Que de conformidad con el texto de la misma, y habiéndose probado que el último día que la actora concurrió a trabajar fue el 27/02/2007 (conforme surge de la pericia contable) debe tomarse como capital asegurado la suma de \$38147,25 vigente a febrero de 2007 (último mes trabajado por la actora), procediéndose de este modo a la revocación de la sentencia de grado, y en consecuencia al rechazo de la demanda incoada.

Reserva el caso federal y solicita se revoque el fallo recurrido.

II.- Corrido el pertinente traslado, la parte actora lo contesta a fs. 392/397 y solicita el rechazo de la apelación, con costas; peticiona en primer término se declare desierto el recurso por insuficiencia técnica en la expresión de agravios (art. 265 del Código Procesal).

Seguidamente se refiere a la inaplicabilidad del precedente Buffoni de la CSJ Nacional al caso que nos convoca, por tratarse de un supuesto fáctico diferente. Asegura que si bien se trata del supuesto del cobro de un seguro, los hechos que dieron lugar al mismo, revisten el carácter de un accidente de tránsito.

Resalta que a contrario, en el caso de autos, se trata del cobro de un seguro de vida adicional que fue contratado por la actora en su calidad de dependiente del Estado provincial, es decir, que su causa fue un contrato de



trabajo. Cita el fallo "Geliz" de nuestro Tribunal Superior de Justicia.

Considera a su vez que la ley de Defensa al Consumidor, resulta aplicable, por tratarse de un caso típico de contrato de adhesión. Cita jurisprudencia de la Sala II de la Cámara Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, Minería y Familia, con competencia en la II, III, IV y V Circunscripción Judicial que abona su postura.

Agrega que la demandada tiende a hacer valer literalmente la letra del contrato, pero que ella no lo hace, dado que incumple con el deber de entregar copias de la póliza a la actora, tal como lo obligan las disposiciones de la Superintendencia de Seguros.

Luego se disconforma con el capital asegurado que pretende hacer valer la demandada -vigente a febrero de 2007- por considerar que ello equivaldría a consagrar un enriquecimiento sin causa tal como lo expresa el sentenciante de grado.

Efectúa reserva del caso federal, y peticiona el rechazo del recurso de apelación con costas a la demandada.

III.- Entrando a dilucidar la cuestión sometida a estudio, y por razones de orden, comenzaré manifestando que no se dan en el caso de autos, respecto de los agravios vertidos por la recurrente, los supuestos previstos por el art. 265 del Código Procesal Civil y Comercial, motivo por el cual, comenzaré con el tratamiento del recurso.

En tal orden, puede decirse que el planteo de la agraviada posee distintas aristas que se encuentran directamente relacionadas en cuanto tienden a desplazar la decisión del caso de las disposiciones de la Ley 24.240; así entiende que es de aplicación la jurisprudencia emanada de la CSJN en autos "Buffoni, Osvaldo Omar vs. Castro, Ramiro Martín



s/ Daños y Perjuicios" (B. 915 XLVII), de fecha 8 de Abril de 2014, en la cual el alto tribunal Nacional considera aplicable la Ley de Seguros por sobre el régimen consumeril, y que como consecuencia de la traslación de dicho criterio a este caso concreto, carecerían de asidero legal los fundamentos vertidos en la sentencia de grado, dando lugar a su revocación en todas sus partes.

Sentado lo anterior, considero pertinente recordar que si bien es deber de los tribunales inferiores - inclusive, los Superiores Tribunales y Cámaras de Apelaciones provinciales- de conformar sus decisiones a las dictadas por la Corte Suprema de la Nación, ello no importa la imposición de un puro y simple acatamiento de su jurisprudencia, sino el reconocimiento de la autoridad que lo inviste, y, por lo tanto, la obligación y necesidad de controvertir sus argumentos cuando los pronunciamientos se aparten de dichas soluciones.

Ahora bien, analizado que ha sido el citado precedente, con la profusa doctrina y jurisprudencia que ha dado lugar, es opinión del suscripto que sobre el punto lleva razón la parte actora en cuanto a que de su lectura se extrae que resulta inaplicable al supuesto analizado, ya que el mismo refiere a una cuestión de exclusión de cobertura del seguro respecto de un tercero no contratante víctima de un accidente de tránsito, que en modo alguno puede asimilarse a la presente causa.

Y lo cierto es que, además de lo expuesto, el recurrente introduce otro argumento de peso citando en forma textual el precedente en comentario, en cuanto, para pronunciarse respecto de la inaplicabilidad de la ley de Defensa del Consumidor en el ámbito de las relaciones regidas por la ley de Seguros, sostuvo que: **"...una ley general posterior no deroga ni modifica, implícita o tácitamente, la ley especial anterior..."**(cit. textual "Buffoni"), entendiendo



que de este principio se deriva que la Ley 24240 no es de aplicación al supuesto que nos ocupa.

Que examinadas la mayoría de las posturas doctrinarias y jurisprudenciales que encuentran un excelente desarrollo en el fallo "Jerez Hugo Luis C/ Sancor Cooperativa de Seguros s/ Cobro de Seguro de Vida" (Expte. N° 20043/ 2013, voto de la Dra. Barrese) que en este aspecto doy por reproducido en mérito a la brevedad, advierto que la cuestión a debatir no es "ley general/ley especial" "ley anterior/ley posterior", porque como bien lo ha resaltado nuestro TSJ a partir de las causas "Géliz", "Camargo" y "Ferreyra", lo determinante es el rango constitucional que ha adquirido el derecho consumeril desde la reforma constitucional de 1994 (art. 42), por el que sus disposiciones de orden público sean de aplicación, siempre que exista, claro está, relación de consumo.

Esta primacía del Derecho de los Consumidores por sobre la Ley de Seguros, tal anticipara, ha sido reconocida precisamente por nuestro Máximo Tribunal Provincial en el caso "GÉLIZ" (Acuerdo 46/10), expresando:

"Se suma a ello, la protección constitucional que el Art. 42 de la C.N. otorga a los consumidores y usuarios de bienes y servicios, para corregir la desigualdad frente a los proveedores. Por ende, la Ley de Defensa del Consumidor tiene jerarquía superior respecto de otras leyes, en tanto desarrolla y hace efectivos los derechos que expresamente reconoce al consumidor la Carta Magna".

En el mismo sentido y en postura que comparto, se ha dicho:

"Siendo la Ley de Defensa del Consumidor, de orden público, no es válida la pretensión de fundar la prevalencia de una ley en su carácter de ley especial, en el caso la Ley de Seguros o de ley anterior. Además, al ser la Constitución Nacional la fuente principal, el derecho de los



consumidores tiene carácter de ius fundamental. En consecuencia, el sistema de solución de conflictos normativos no está guiado por las pautas de las antinomias legales tradicionales". (Conf. Federico R. MOEYKENS, EN PICASSO-VÁSQUEZ FERREYRA Ley de Defensa del Consumidor, Comentada y Anotada, Editorial La Ley, T°II, pág. 545, Buenos Aires 2009).

(...) "...en los casos que presentan 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..." (cfr. LORENZETTI, Ricardo Luis; Consumidores, Segunda edición actualizada, Acápite II "Prioridad de la Constitución", Punto .1 "Derechos iusfundamentales operativos", página 44 y 45, Rubinzal-Culzoni Editores, Santa Fe, 2009.).

Y agrego, que cuando se analiza un caso concreto, surge evidente que la "antinomia legal" a la que me vengo refiriendo -ley general/ley especial" o "ley anterior/ley posterior"- no resulta idónea para resolver el conflicto normativo planteado, dado que a poco que se analice el contenido del articulado de la ley 24240, sus modificatorias y las normas del nuevo CCyC, sus disposiciones aparecen como directrices dentro de una ley de orden público con contenido constitucional cuya aplicación atraviesa en forma transversal otras ramas del derecho especiales, la mayoría de las veces complementándolas y ampliándolas.

Esto significa que el Estatuto del Derecho de los Consumidores requiere para su aplicación de un ejercicio intelectual previo, tanto por parte del abogado que plantea el caso como del juez que aplica el derecho, que tiene que ver con el examen de los presupuestos básicos que exige la ley para que "exista relación de consumo", como así también verificar que su subsunción en el caso concreto no deje sin efecto los elementos típicos exclusivos y propios de la legislación especial de que se trate, entendiendo por tales a



aquéllos que hacen a la dinámica del sistema y a su operatividad.

Desde esta perspectiva jurídica es que he adherido en numerosos pronunciamientos al criterio que emerge de "Geliz" por considerar que el plazo prescriptivo más beneficioso previsto en la ley 24240, en modo alguno resultaba alterar algún elemento típico o propio del contrato de seguro, mediando además una clara relación de consumo en los términos indicados por la ley en un seguro de vida.

En estos casos, esta ley de orden público constitucional, lejos de invalidar una ley especial, solo la complementa ampliando las fronteras de su naturaleza jurídica, cual es, dar operatividad al carácter social del seguro de vida (obligatorio o adicional), conforme sostuviera en "Bello c/ Sancor" (Expte 506906/2015).

IV.- Despejado lo anterior, el debate de autos se centra en los montos que corresponden le sean abonados a la actora.

Sobre el particular la agraviada afirma que debe pagarse a la demandante el monto del seguro a la fecha en que dejó de prestar servicios por empezar a gozar de la licencia por enfermedad.

Por su parte la accionante sostiene que la liquidación del monto correspondiente debe efectuarse con el salario percibido en el mes anterior al de la concesión de la jubilación.

Al respecto, en el mismo sentido que lo hace el Juez de Grado, me he expedido en la citada causa **"Bello Daniel c/ Sancor Cooperativa de Seguros Ltda s/ cobro de seguro -Ley 24240-"** (Expte. 506906/2015), al tener en cuenta que si bien la literalidad del contrato seguro pareciera darle razón a la demandada-apelante, dicha interpretación apegada al texto legal, no se condice con una adecuada hermenéutica jurídica, dado que implicaría



desnaturalizar el instituto en tratamiento y convalidar un enriquecimiento sin causa por parte del recurrente vedado por la legislación de fondo.

Parafraseando al juez a-quo "... si se condena a abonar a la demandada cifras que devienen de la remuneración de la actora de febrero de 2007 cuando percibía la entidad primas muy inferiores (para el seguro obligatorio \$1,68 y para el seguro adicional \$ 31,47) (...) a las que percibiría por los periodos posteriores, ya que las primas fueron aumentando conforme aumentó el sueldo percibido por la actora, llegando la prima del seguro obligatorio a \$5,60 y la del adicional a \$ 84,14 en el último mes de actividad...." (fs. 372).

En otras palabras, y tal como lo decidiera en la causa "Bello", a cuyos fundamentos me remito en mérito a la brevedad, calcular el monto adeudado tomando como referencia las primas pagadas en febrero de 2007 implicaría reconocer un enriquecimiento sin causa a favor de la agraviada, ya que la actora si bien comenzó su licencia por enfermedad en febrero de 2007, con posterioridad a ella siguió pagando las primas por seguro obligatorio \$ 5,60 y por seguro adicional \$84,14 hasta el último mes de actividad, correspondiente al mes de agosto de 2009.

Que decidir lo contrario implicaría desconocer la naturaleza jurídica del seguro de vida - obligatorio y adicional- cual es, proteger las contingencias derivadas de la incapacidad absoluta que adquirió la actora durante su desempeño laboral como maestra de música en escuelas primarias dependientes del Consejo Provincial de Educación.

"Los contratos de seguros de vida no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su función social" (cfr. Acuerdo Nro. 47/2015 "MONTE", TSJ Neuquén, del Registro de la Secretaría Civil).



Atendiendo a lo antes considerado y teniendo en cuenta que los cálculos efectuados por el a-quo se ajustan a derecho y se encuentran correctamente efectuados es que se confirmará la sentencia de grado, la que en definitiva prosperará por la suma de \$97.856,15, con más los intereses que se devengarán desde el 01-09-2009 -fecha en que se otorgó la jubilación por invalidez a la actora- a la tasa activa del Banco de la Provincia del Neuquén hasta el 14 de agosto de 2015; y de allí hasta el efectivo pago, a la que fije el Banco Central de la República Argentina, de conformidad con lo establecido en el art. 768 inc. c) del C.Civil, debiéndose utilizar aquélla hasta que la última sea publicada (TSJ-Ac. 1590/2009 "ALOCILLA LUISA DEL CARMEN Y OTROS C/ MUNICIPALIDAD DE NEUQUEN S/ ACCIÓN PROCESAL ADMINISTRATIVA" (Expte. n° 1701/06).

Abreva aún más en la decisión que se está proponiendo, el hecho denunciado por la actora en la contestación de sus agravios respecto a que nunca tomó conocimiento del contrato de seguro, de sus condiciones y que tampoco se le entregó copia alguna de las pólizas.

Y a su respecto, valgan las conclusiones a las que he arribado in re "**Bello**", así como útil reproducir en lo que aquí interesa, las consideraciones efectuadas por el nuestro Tribunal Superior recientemente en la causa "ACEVEDO, FERMINA NORMA CONTRA CAJA DE SEGUROS S.A. SOBRE COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD" (Expte. Nro. 113 - año 2014) (Acuerdo n° 1 del 7-7-2017 Secretaria Civil):

"Por otra parte, es determinante que 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".

"El derecho a la información consagrado en el Art. 42 de la Constitución Nacional fue elevado al carácter de principio general del Derecho del Consumidor y, como tal, incide en la interpretación legal y permite cuestionar normas y decisiones que lo afecten".

"El deber de información, que es su contracara, está estrechamente vinculado con la confianza y la transparencia que debe existir en estas relaciones (Ibíd.). En este sentido, cobra fundamental importancia la buena fe, pues el asegurado o el beneficiario es un profano que desconoce gran parte de las cuestiones técnicas de los seguros. Por ello, las aseguradoras deben cumplir con una detallada explicación de la cobertura contratada".

"Sentado ello, cabe consignar que, en el sub-judice, la contingencia incapacidad total y permanente se encuentra verificada. Tal hecho es de suma relevancia 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. También se constató, que la demandada continuó en la percepción de la prima no obstante la edad de la actora". (Cita textual del Acuerdo 1/17 antes citado).

Y agrega el máximo Tribunal provincial, que la carga de informar pesaba sobre la demandada, tal como sucede en el caso de autos, expresando:

"Esta carga pesaba sobre ella, habida 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".

"La información constituye un imperativo de buena fe, y por eso fundamental en todas las etapas de la negociación, desde los preliminares hasta la extinción del contrato. De allí que resulta inoponible a la accionante la restricción de la cobertura inserta en la póliza emitida por la aseguradora y de la cual no fue oportuna y debidamente anoticiada".

"No existen dudas de que la información debe brindarse en forma completa, cierta, objetiva, adecuada y gratuita al consumidor. En tanto que el consumidor de seguros se encuentre perfectamente informado sobre sus deberes, cargas, obligaciones, derechos y facultades o sobre los



efectos del contrato; lejos de causar problemas en el seguro otorga claridad en el negocio; en la contratación, evita abusos y disminuye la litigiosidad". (Cita textual Acuerdo 1/17 "Acevedo").

V.- Lo expuesto me lleva a proponer el rechazo de los agravios vertidos por la demandada y en consecuencia, la confirmación de la sentencia de primera instancia en todas sus partes, por considerar que la decisión a la que arriba demuestra una justa comprensión de la normativa emanada de los arts. 42 de la C.N y 55 de la Constitución provincial, en punto a la aplicación de la Ley de Consumo, al contrato de seguro de vida obligatorio y adicional, y a la interpretación de sus cláusulas teniendo en cuenta el principio de buena fe, el deber de información, y la finalidad tuitiva y naturaleza alimentaria de este tipo de seguros.

VI.- Por último, y en función del resultado obtenido, las costas correspondientes a esta instancia estarán a cargo del apelante vencido, debiendo procederse a regular los honorarios en esta etapa de conformidad a lo establecido por el art. 15 LA.

El Dr. **Fernando Marcelo Ghisini** dijo:

Por compartir la línea argumental y solución propiciada en el voto que antecede, adhiero al mismo.

Por ello, esta **Sala III**

RESUELVE:

1.- Confirmar la sentencia dictada a fs. 370/378 en todo lo que ha sido motivo de recursos y agravios de conformidad a lo establecido en los considerandos respectivos que integran este pronunciamiento.

2.- Imponer las costas de Alzada a la demandada vencida (art. 17 L. 921).

3.-Regular los honorarios de los letrados intervinientes en esta Alzada, por la parte actora, en el 30%, y por la parte demandada, en el 25%, de lo establecido en el



pronunciamiento de grado a los que actuaron en igual carácter (art. 15, LA).

4.-Regístrese, notifíquese electrónicamente y, en su oportunidad, vuelvan los autos a origen.

Dr. Fernando Marcelo Ghisini - Dr. Marcelo Juan Medori

Dra. Micaela Rosales - SECRETARIA