



ACUERDO NRO. 14. En la ciudad de Neuquén, capital de la provincia del mismo nombre, a los veintiséis (26) días de agosto de dos mil dieciséis, se reúne en Acuerdo la **Sala Civil** del Tribunal Superior de Justicia, integrada por los Sres. vocales doctores **RICARDO T. KOHON** y **OSCAR E. MASSEI**, con la intervención de la Subsecretaria Civil de Recursos Extraordinarios, doctora **MARÍA ALEJANDRA JORDÁN**, para dictar sentencia definitiva en los autos caratulados: **"VÁZQUEZ BALBINO T. C/ C.N.A. A.R.T. S/ ACCIDENTE DE TRABAJO CON ART"** (**Expte. Nro. 132 - Año 2014**) del Registro de la Secretaría de la Actuaría.

ANTECEDENTES:

A fs. 579/604vta. el actor -BALBINO T. VÁZQUEZ-, deduce recursos de Nulidad Extraordinario y por Inaplicabilidad de Ley, contra la sentencia de la Cámara Única Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral y de Minería con competencia territorial en las II, III, IV y V Circunscripción Judicial, Sala II, obrante a fs. 548/561, que revoca la sentencia de Primera Instancia y, en su consecuencia, rechaza la demanda entablada contra ZURICH ARGENTINA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Corrido el pertinente traslado, la parte demandada lo responde a fs. 613/617vta.

A fs. 631/633vta., mediante Resolución Interlocutoria N° 223/2015, sólo se declara admisible el recurso por Inaplicabilidad de Ley.

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

CUESTIONES: 1) ¿Resulta procedente el recurso por Inaplicabilidad de Ley deducido? 2) En la hipótesis afirmativa, ¿qué pronunciamiento corresponde dictar? 3) Costas.



VOTACIÓN: Conforme el orden del sorteo realizado, a la primera cuestión planteada el Dr. **RICARDO T. KOHON** dice:

I. Liminarmente, realizaré una síntesis de los hechos relevantes aquí debatidos circunscriptos a la pretensión del actor respecto de la demandada ZURICH ARGENTINA CIA. DE SEGUROS S.A. única temática traída en casación.

1. A fs. 229/234 el actor demanda a la citada Aseguradora en procura del cobro del seguro por incapacidad contratado por su empleadora.

Resalta que su reclamo tiene naturaleza laboral dado que el presupuesto fáctico para su concertación es el contrato de trabajo. En consonancia, destaca que se trata de un seguro social cuyo objeto es la protección por la invalidez total y permanente, cuya finalidad es tuitiva y protectora de los trabajadores.

Expone que ingresó a trabajar a AMBAR COMPAÑÍA MINERA S.A. en 1981; que sus primeras labores fueron de albañilería y las sucesivas en los hornos de cocción de piedra hasta llegar a ser nombrado encargado. Dice que en el sector hornos primero se dedicó a trasladar vagonetas pesadas, pero luego como encargado, debía controlar el gas que los alimentaba, fiscalizar la calidad y cantidad de piedra que circulaba en cintas de metal y después se vertía al horno.

Que en ese marco sufrió un infortunio el 10/11/2008 al caer contra el piso mientras bajaba de una escalera de chapa, lo cual -dice- le produjo una afección osteoarticular -"Ciatalgia bilateral"- . Manifiesta que tal afección no es solo debido al accidente sino además por las habituales y repetitivas tareas de esfuerzos físicos del trabajo.

Añade que también padece de disminución de agudeza visual y campo visual que afecta su visión en el 61,78% -pues no se le proveía de protector visual- producto de las condiciones de trabajo. Denuncia que el 8/2/1999 sufrió un infortunio en su ojo izquierdo por penetración de arenilla. Y



que, asimismo, sufre afección auditiva por hipoacusia bilateral inducida por ruido que lo incapacita en el 10,54%, a pesar de que se le proveyó protector pero fue insuficiente ante la constante exposición de muchos años a ruidos propios del traslado y molienda de piedra y minerales. Y, al mismo tiempo, experimenta várices debido a los esfuerzos derivados de empujar las vagonetas y las largas horas que debió permanecer parado, lo cual lo invalida en un 10% V.T.O.

Refiere que, a raíz del infortunio, tomó intervención la Comisión Médica N°9 que el 10/11/2009 dictaminó una minusvalía del 72,59% del V.T.O. Expresa que en virtud de esto intimó a la demandada al pago de la suma asegurada, quien rechazó la cobertura porque la lumbalgia es una lesión sin cobertura.

Plantea la inoponibilidad e ineficacia de ciertas cláusulas contractuales impuestas unilateralmente. En particular, el Art. 40.1. de la cláusula general 19/001, porque además de no haberle sido informada, constituye una cláusula limitativa de la responsabilidad, que desnaturaliza las obligaciones de la aseguradora al frustrar el fin que persigue el contrato, todo lo cual contradice lo dispuesto por el Art. 37 de la Ley 24.240 -Defensa del Consumidor-. Acota que se trata de un seguro social y que -según la norma aludida- debe interpretarse en el sentido más favorable para el consumidor.

2. Corrido traslado, a fs. 260/264vta. obra contestación de la Aseguradora. Opone excepción de falta de legitimación pasiva. Arguye que el riesgo amparado en el contrato se enmarca en la reglamentación del seguro de vida e incapacidad colectivo regido por los Arts. 153 y 156 de la Ley 17.418 y por ende su naturaleza es comercial y no laboral.

Dice que se ampara el estado de invalidez permanente que tenga origen en un accidente y que el único denunciado por el actor es el ocurrido el 10/11/2008. Agrega



que los riesgos concretos por invalidez total son el estado absoluto de alineación mental y fractura incurable de columna, por lo que no se encuentran amparadas las dolencias denunciadas por el trabajador. Acota que se enumeran los hechos que se consideran accidentes, exceptuándose expresamente la lesión lumbar sufrida por el accionante. Además indica que no se encuentran incluidas enfermedades propias del trabajo como las afecciones visuales, auditivas o las insuficiencias venosas que tienen su origen en el transcurso del trabajo pero no de un accidente. Por ello considera que las dolencias están fuera de los riesgos cubiertos y encuadran en la Ley 24.557.

También opone excepción de prescripción. Dice que, según el Art. 58 L.S. y punto 4 de la cláusula 900, las acciones prescriben en un plazo de 1 año a partir del momento en que la obligación se torna exigible, o sea del infortunio sucedido el 10/11/2008 y no desde el dictamen de la Comisión Médica pues el actor no necesita de él para hacer exigible el riesgo cubierto. Indica que le bastaba enviar a la Aseguradora los certificados médicos, a partir del cual ésta tiene 15 días para expedirse (Art. 18 de la póliza). Manifiesta que el actor pudo hacer valer judicialmente su derecho desde el alta médica ocurrida el 15/12/2008 y otorgada por su médico tratante. A partir de allí podía hacer el trámite ante la Aseguradora para que se liquidara el siniestro.

Niega que el demandante hiciera trabajos de albañilería, en los hornos de la empresa, y que tuviera que empujar vagonetas. Desconoce que el 10/11/08 el reclamante se resbalara de una escalera, que se trate de un accidente, que sufra afecciones osteoarticular, visual, auditiva y que tengan causa en un accidente.

3. A fs. 272/273 el actor responde las excepciones opuestas. Acerca de la naturaleza laboral o comercial del reclamo, considera aplicable el criterio sentado por este



Tribunal en la causa "Camargo", en orden a que el contrato corresponde al ámbito de la seguridad social. Insiste en que resulta aplicable la Ley 24.240, como también se sostuvo en la causa "Geliz". Respecto a la prescripción, afirma que dada la naturaleza laboral de la contienda, la consolidación jurídica del daño se produce con el dictamen de la Comisión Médica, lo cual se produjo el 10/11/2009. Destaca que remitió dos cartas documentos (11/8/2010 y 22/10/2010) en las que intimó el pago y que el rechazo lo llevó a iniciar la demanda el 18/4/2011, es decir que no estaba prescripta.

4. A fs. 480/500vta. se dicta sentencia de Primera Instancia que acoge la demanda.

Tiene por acreditado las tareas y condiciones en que se cumplían como la existencia del infortunio.

Analiza las pericias médicas y psicológicas. A partir de ellas afirma que el actor presenta afecciones que derivan tanto del accidente laboral -10/11/2008- como también de las condiciones en que se cumplieron las tareas.

Luego se avoca a tratar la excepción de falta de legitimación pasiva. Cita consideraciones hechas en la causa "Geliz" y las aúna al reconocimiento de la demandada en orden a que el seguro contratado se enmarca en la reglamentación del seguro de vida e incapacidad colectivo, para concluir en la naturaleza laboral del reclamo y el tipo social del seguro.

Sentado esto, aborda la inoponibilidad -argumentada por la actora- de las cláusulas que tiendan a limitar la cobertura contratada. Sienta la premisa que el contrato de seguro queda aprehendido por el régimen de la Ley 24.240 -Defensa del Consumidor-. Se apoya en diversa jurisprudencia y específicamente en la sentada por este Tribunal en el caso "Camargo".

A partir de esto afirma que se debe adoptar un criterio amplio para juzgar la concreción del riesgo y en el sentido más favorable para el consumidor. Por ende, establece



la inoponibilidad de las limitaciones invocadas por la accionada y rechaza la excepción de falta de legitimación.

Encuadra la relación como relación de consumo, aplica el plazo de prescripción de 3 años y en razón de ello, rechaza el planteo de la aseguradora.

Tras esto ingresa a la cuestión de fondo. Juzga inoponibles las limitaciones de cobertura, encuentra acreditado el riesgo cubierto, es decir una incapacidad laboral total y permanente. Por tanto condena al pago del total de la suma asegurada en la póliza que asciende a \$250.000.

5. A fs. 505/513vta. apela la Aseguradora demandada. Y a fs. 523/525 vta. replica el actor los agravios allí expresados.

6. A fs. 548/561 la Cámara sentenciante revoca el pronunciamiento de la instancia anterior respecto del cobro del seguro mas confirma la condena contra la A.R.T.

Fundamenta la revocación en que la jurisprudencia en la que se sostiene el anterior decisorio no resulta lisa y llanamente trasladable al caso. Entiende que el seguro reclamado no se encuadra en la seguridad social, lo cual fue considerado en la causa "Geliz".

Destaca que en este caso el actor sustenta su pretensión en un contrato de accidentes personales tomado por su empleador, mediante un seguro colectivo con prima a cargo de éste, y limitado a cubrir el fallecimiento o la invalidez total o parcial producto de un accidente ocurrido en ocasión del trabajo. Afirma que se encuentra regulado por los Arts. 149, 158 y ccdtes. Ley 17.418.

Expresa -con cita de Rubén Stiglitz-, que la finalidad de los seguros colectivos es tuitiva y de naturaleza alimentaria pues tienden a proteger al individuo de las contingencias propias de su existencia individual. Por ende, las reglas de interpretación específicas favorecen, en caso de



duda razonable, el rechazo del desconocimiento de sus derechos, pero si son claras hay que estar a la interpretación literal. Y refiere que el hecho de que el seguro colectivo cumple una función social no equivale a identificarlo como un seguro social, pues éste no persigue fines de lucro y la satisfacción inmediata de un interés público que lo diferencia de los seguros privados.

Tras esto, señala que la indemnización pretendida es por riesgos que están -manifiesta y claramente- excluidos del contrato, pues no prevé la cobertura de minusvalías derivadas de enfermedades profesionales. Dice que el estado de incapacidad absoluta que padece el actor no se originó en un accidente ya que de las pericias surge que las patologías tienen su origen antes del infortunio denunciado y que el traumatismo que supuso la caída de la escalera pudo haberla agravado o puesto de manifiesto. Sostiene que el cuadro fáctico acreditado no se condice con el riesgo asegurado por el contrato cuyo cumplimiento ha sido requerido en autos.

Resalta que el riesgo genérico asumido se limita al excluir los supuestos de invalidez producida por enfermedades, tales como, las comprobadas en la pericia. Y agrega que entre los supuestos de incapacidad total y parcial establecidos en las condiciones generales específicas, tampoco se encuentran incluidas las dolencias padecidas por el actor. En esto hace especial referencia a que la minusvalía generada por el infortunio se encontraba excluida del Art. 40, que exceptúa de la definición de accidente a las lumbalgias, várices y hernias causadas por esfuerzos repentinos y evidentes al diagnóstico.

7. Contra esta decisión a fs. 579/604vta., el actor -BALBINO T. VÁZQUEZ- deduce recursos por Inaplicabilidad de Ley y de Nulidad Extraordinario.

Por el carril admitido, expresa que la sentencia viola la Ley N° 921 -Art. 1°, incisos a) a i)-, dado que a



esta litis se debe aplicar la ley laboral y no la comercial como erradamente lo hace la Alzada.

Pone de relieve que la propia demandada reconoce que la póliza se enmarca en la reglamentación del seguro de vida e incapacidad colectivo. Señala que el sustrato fáctico en el que se celebró el contrato de seguro es la relación laboral.

Además denuncia que el decisorio infringe el Decreto Nacional N° 1.567/74, que instituye el seguro colectivo obligatorio para el sector privado, pues es el que corresponde aplicar al supuesto de autos.

A la vez, expresa que se violan los Arts. 37 y 65 de la Ley 24.240. Del primero, explica que constituye una directiva imperativa por la cual la decisión debe favorecer la posición contractual del consumidor frente a cláusulas abusivas que se caracterizan por generar desequilibrio entre las estipulaciones recíprocas que provocan ventajas a favor de la parte contractual fuerte y, simultáneamente, desventajas en las prestaciones a cargo del cliente.

Respecto del segundo, manifiesta que dispone que la ley es de orden público, lo cual implica que excede las convenciones privadas, más aún en las hipótesis de contrataciones en masa con cláusulas predispuestas como acontece en el presente caso.

Indica que la Resolución N° 53/2003 de la Secretaría de la Competencia, la Desregulación y Defensa del Consumidor precisó que no pueden ser incluidas en los contratos de consumo las cláusulas que impongan al consumidor cualquier limitación en el ejercicio de acciones judiciales u otros recursos, o que de cualquier manera condicionen el ejercicio de sus derechos, pues ello se opone al criterio establecido en el Art. 37 Ley 24.240.

Asevera que si la Cámara no hubiese violado la aludida ley, no hubiera arribado al resultado al que llegó.



Por ende debe ser descalificado como un acto jurisdiccional válido.

Destaca que según la doctrina establecida por este Tribunal Superior en la causa "Camargo" (Ac. N° 31/10), no existen dudas que el instituto en análisis es de naturaleza laboral.

Añade que tal doctrina se reafirma e integra con la emergente del caso "Géliz" (Ac. N°46/10). Dice que en éste se sostiene que la interpretación de las cláusulas del contrato de seguro, la Ley 24.240, específicamente su Art.37, desplaza a la Ley 17.418. También, que no se las puede entender en su expresión literal, sino en un sentido más flexible, de modo tal que no se desnaturalice ni contraríe su función social con limitaciones y exclusiones de cobertura. Asimismo, estima que lo visceral del precedente referenciado es la aplicación del principio de progresividad.

Manifiesta que la Alzada se aparta de analizar e interpretar la cuestión a la luz de los principios y directrices del sistema de derechos sociales que son sentados en tales precedentes, los cuales imponen aplicar la norma más favorable a la persona humana para la validez de sus derechos.

Por su parte, por la misma vía pero con sustento en el inciso d) de la Ley 1.406, se agravia de que el decisorio se aparta de la doctrina sentada por este Alto Cuerpo en los casos "Camargo" y "Géliz", al contradecirlos ostensiblemente.

Advierte que los invocó en forma oportuna y sirvieron de base a la Sra. Jueza de Primera Instancia.

II. En primer término, cabe precisar que un correcto encuadre normativo descansa en una adecuada fijación y caracterización de los hechos.

En los presentes se reclama el cobro de un seguro colectivo por accidente personal ocupacional cuya póliza se encuentra agregada a fs. 360/375.



En autos, se debate la cobertura frente a una invalidez total que, según se afirma en la instancia anterior, no surge acreditado -con la pericia médica producida- que fue consecuencia del accidente sufrido por el señor Vázquez el 10 de noviembre de 2008.

1. Ante ello, incumbe abordar la infracción legal denunciada.

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

Por tal motivo, debe examinarse en autos si a través del recurso interpuesto se ha logrado acreditar que la Cámara sentenciante ha incurrido en el vicio de infracción legal que denuncia el recurrente, en concreto: Art. 1, incs. a) - i) de la Ley 921; Decreto 1567/74 y Arts. 37 y 65 de la Ley 24.240.

Veamos. La importancia de la determinación del riesgo amparado, estriba en que a partir de ella resulta factible identificarlo como objeto de la relación asegurativa y conocer los presupuestos de procedencia de la garantía comprometida (cfr. STIGLITZ, RUBÉN S., *Derecho de Seguros*, Tomo I, 4º edición actualizada y ampliada, Editorial La Ley, Buenos Aires, 2004, pág. 225).

En tal línea, el siniestro -como hecho generador de la obligación de pago del asegurador-, no debe escapar de las previsiones consideradas en la formalización del vínculo (póliza de seguros) (*Ibid.*, pág. 268 y s.s.).

En este punto, la buena fe comercial aparece aquí en toda su magnitud (cfr. HALPERÍN, Isaac, *Seguros*, T I, segunda edición actualizada, Editorial De Palma, Buenos Aires, 1983, pág. 50 y ss.). 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.

Y a efectos de su determinación, las pólizas contienen cláusulas que describen positivamente el riesgo cubierto y otras que lo hacen en forma negativa, indicando hipótesis excluidas de la garantía. Este elemento estructural de la relación constituye la "medida del seguro" a la que se refiere el Art. 118 de la Ley 17.418 (cfr. Aut. y ob. cit., pág. 536 y ss.)

Ahora bien, la acertada interpretación que debe darse a tales cláusulas debe evitar que por su intermedio se logre desconocer la función del seguro o que las aseguradoras consigan evadir sus obligaciones y, con ello, dejar de afrontar las consecuencias económicas del cumplimiento del contrato. Por ello es importante, que el contrato se redacte en forma clara, precisa y que no arroje dudas la extensión de las obligaciones allí asumidas (Ibíd., pág., 543 y s.s.). Se deben extremar los cuidados en la redacción de las pólizas para que sus términos sean de fácil comprensión.

En consecuencia, para establecer cuándo la entidad aseguradora debe cumplir la prestación convenida, es preciso indagar el riesgo asegurado.

Se ha definido que hay seguro de accidentes personales cuando una aseguradora se obliga al pago de una prestación en caso de que el asegurado sufra un daño permanente en su salud o fallezca a causa de un acontecimiento externo, súbito, violento e independiente de su voluntad (cfr. FACAL, Carlos José María, *El Seguro de Vida en la Argentina*, Editorial Lexis Nexis, Buenos Aires, 2007, pág. 263 y s.s.).

Y se explica que, a diferencia del seguro de fallecimiento y del de supervivencia, no hay certeza de que alguna vez acaezca el hecho que genere la obligación de efectuar la prestación comprometida por parte del asegurador. Ya que podría suceder que el asegurado jamás sufra algún



accidente o que, aun sufriendolo, éste no le ocasione la muerte o un daño permanente en su salud (*Ibíd.*).

No basta entonces, con que haya daño a la vida o a la salud para que el asegurado en un póliza de accidentes personales tenga derecho a una prestación del asegurador. Es necesario que ese daño provenga de un accidente, que éste produzca un daño, ya sea temporal o permanente, dependiendo de la extensión de la cobertura convenida (*Ibídem.*).

Por su parte, el seguro instituido por el Decreto 1567/1974 constituye una cobertura propia del ámbito de la seguridad social, se instrumenta a través de la gestión privada, aunque el riesgo es soportado por una caja compensadora administrada por la Superintendencia de Seguros de la Nación. El citado decreto dispone el pago, para el caso de muerte de los trabajadores en relación de dependencia, de una prestación cuya cuantía determina la propia Superintendencia (cfr. FACAL, *ob. cit.*, pág. 351 y s.s.)

En este último, la causa de la cobertura no es un sinalagma contractual sino la disposición del legislador, que provee una asistencia a los beneficiarios, cuyo estado de necesidad a causa del fallecimiento del trabajador en relación de dependencia supone (*Ibid*).

2. Sobre la base de los postulados expuestos y luego de una detenida lectura de la decisión bajo examen, se concluye que ella no ha incurrido en ninguno de los vicios denunciados por el quejoso.

Así, no ha sido desconocida la competencia laboral para tramitar y resolver estos especiales conflictos suscitados en el ámbito laboral y que encuentra su causa en la relación de dependencia entre el actor y su empleadora.

Tampoco se advierte vulnerado el Decreto Nacional N° 1567/74 -seguro de vida obligatorio- ya que al interpretar el seguro que por el presente se reclama se concluyó que no es



el allí contemplado sino un supuesto diferente de aseguramiento.

Lo propio ocurre con los Arts. 37 y 65 de la Ley N° 24.240. En tanto, la decisión bajo examen no desconoce el carácter de orden público de tales normas ni las pautas interpretativas allí indicadas sino que el examen que se formula es previo, al considerar que se está reclamando por un riesgo no contemplado en la póliza acompañada -accidentes personales-.

La falta de demostración de la infracción normativa alegada obsta a la procedencia del recurso.

Ello además, porque la crítica vertida en el escrito recursivo no es hábil para conmover los fundamentos de la sentencia, ya que no logra demostrar un error en el raciocinio de la Cámara al determinar los presupuestos fácticos del presente.

Dicho de otro modo: los argumentos expuestos en la pieza recursiva no se hacen cargo de la correcta o ilógica valoración de la prueba pericial, al concluir que incluso la patología osteoarticular de columna lumbar tuvo su origen antes del accidente sufrido por el actor y que las restantes patologías refieren a enfermedades vinculadas con el trabajo, pero que no guardan relación con ningún accidente laboral. Y concluye la Judicatura anterior en que el cuadro fáctico acreditado en autos no se condice con el riesgo asegurado por el contrato cuyo cumplimiento dio origen a los presentes (fs. 552).

En forma contraria, el recurrente a partir de su propia interpretación llega a un desenlace distinto, tomando el total de la incapacidad determinada en su oportunidad por la Comisión Médica, a efectos de la Jubilación por invalidez. En este punto, cabe señalar que allí no se examinó la patología lumbar porque para arribar al porcentaje legalmente exigido, era suficiente con las restantes enfermedades



sufridas por el señor Vázquez. Con ello -se reitera-, el quejoso no demuestra que la labor interpretativa de la Magistratura anterior resulte absurda. A su vez, valga destacar, dicha causal no ha sido seleccionada en la especie.

Así, el agraviado denuncia que el fallo en crisis denota una interpretación incorrecta de la Ley. Empero, seguidamente no fundamenta la deficiencia alegada, sino que enuncia su disconformidad con la interpretación y aplicación de las cláusulas del contrato de seguro dada por la Alzada.

Cabe recordar que la interpretación de los contratos es cuestión de hecho, reservada a la instancia ordinaria y excluida de la casación, salvo el caso de absurdo, o que se alegue y demuestre que se han violado las normas legales o las reglas de derecho que gobiernan su interpretación, supuestos que no se han invocado, ni por ende, probado en el presente.

Siguiendo estos lineamientos, se ha dicho que es insuficiente el recurso por Inaplicabilidad de Ley que tiende a poner en tela de juicio la interpretación que ha hecho la Judicatura de grado del alcance y contenido de determinado contrato, como asimismo de la conducta de las partes contratantes, pues tales cuestiones solo podrían ser materia de revisión en caso de que se invocara y demostrara que dicha tarea del Tribunal ha sido producto de una valoración manifiestamente irrazonable del negocio de que trata (cfr. Acuerdo Nro. 21/2014 del Registro de la Actuaría).

En este sentido, y circunscribiéndose al ámbito del contrato de seguro, la Corte bonaerense ha expuesto:

"[...] la valoración de las pruebas y, en general, de las circunstancias de la causa, así como la interpretación del sentido, alcance y consecuencias jurídicas de las cláusulas del contrato de seguro constituye materia propia de las instancias ordinarias y son temas ajenos al ámbito de la casación, salvo que



se demuestre acabadamente que se ha incurrido en absurdo (conf. S.C.B.A. Ac. 57.691, sent. del 20-II-96; Ac. 53.687, sent. del 22-III-94; L. 52.070, sent. del 29-III-94 citada en R.I. Nro. 179/2010 del Registro de la Secretaría Civil).

Con la salvedad hecha, en el caso, no se demuestra -prima facie- la configuración de tal supuesto en tanto no se logra desvirtuar que el accidente que sufrió el actor el 10/11/2008 le provocó la invalidez que padece.

En autos, tampoco se da esa "garrafal desinterpretación donde las propias constancias del proceso desmienten el sentido que quien juzga atribuye a un determinado elemento probatorio y en la trascendencia que esa premisa visiblemente equivocada tiene para la ulterior decisión sobre los hechos controvertidos" (Cfr. T.S.J. NQN, Acuerdos. Nros. 18/2000 "Pentak"; 27/2001 "Coca"; 7/2013 "Romero", del citado Registro).

En la impugnación bajo examen no se ha logrado rebatir los fundamentos en que sustentaron su decisión quienes fallaron en la Alzada, ni explicar sobre la base de ellos los errores denunciados.

Al efecto, resultan insuficientes las alegaciones que evidencian una opinión discrepante con la del juzgador -o juzgadora- y que eluden rebatir las consideraciones que apoyan el razonamiento que exhibe la sentencia.

De tal forma, no se impugnan motivaciones en las que se funda el decisorio atacado y que forman parte del desarrollo seguido por la judicatura:

"[...] al no impugnar alguna de las razones utilizadas por aquellos, la decisión del caso puede quedar fundamentada por la no discutida y al quedar incólume hace que la resolución recurrida permanezca firme [...]", (JUBA, TSJ NQ, TS 14 RSI-345-89 I 12-7-1989).



De conformidad con el desarrollo postulado, obsta a la procedencia del recurso la falta de demostración de la infracción normativa alegada.

3. A esta altura, corresponde ingresar al restante motivo casatorio alegado. Éste es el contenido en el inciso d) del Art. 15° de la Ley Casatoria local.

El recurrente denuncia que la sentencia cuestionada contradice la doctrina establecida por este Tribunal Superior de Justicia en los autos "GELIZ" y "CAMARGO".

Corresponde precisar que mediante Acuerdo Nro. 31/2010 -CAMARGO- este Alto Cuerpo resolvió una cuestión de competencia en razón de la materia y en razón del territorio.

Allí consideró:

"[...] la cláusula de prórroga de la competencia territorial es inoponible al actor, porque al momento de suscribirse el contrato entre la tomadora Dirección Provincial de Vialidad y la aseguradora- a través de su agente institorio Banco Provincia del Neuquén S.A.- no prestó conformidad expresa."

A su vez, que:

"[...] el procedimiento laboral regulado por la Ley 921 dispone su aplicación para aquellos supuestos que se deban resolver mediante la aplicación de normas de derecho común, pero que estén íntimamente vinculados - tal el caso- con la relación de trabajo."

Y se agregó:

"[...] estamos en presencia de un seguro social, pero "dentro del ámbito laboral" porque se aplica a un determinado colectivo de trabajadores: aquéllos que se encuentren en relación de dependencia (abarcativa de los trabajadores del ámbito público y del privado)."

Finalmente se juzgó:

"[...] la competencia es laboral en los casos en que la causa fuente del reclamo se encuentre en un seguro"



colectivo, obligatorio y/o adicional, por resultar incorporada a las obligaciones propias de la relación laboral- sea empleo público o privado- y por ende, incluida dentro del procedimiento previsto por el Art. 1º, incs. a) e i), de la Ley 921.”

Posteriormente, en Acuerdo Nro. 46/2010 -GÉLIZ- este Alto Cuerpo propugnó la función social, finalidad tuitiva y naturaleza alimentaria de los seguros de vida colectivos tanto obligatorios como adicionales y reiteró que debían situarse en el ámbito laboral por ser sus beneficiarios empleados en relación de dependencia -en tal caso del sector público-. Y, a su vez, consideró que estos contratos no pueden ser reglados de modo tal que se los desnaturalice.

Repasada la cuestión central decidida en los antecedentes citados, cabe precisar que, a través de la causal bajo examen ha quedado receptada la función uniformadora de la casación civil. Esta tarea se encuentra encaminada a dar cohesión a las decisiones judiciales como garantía positiva de la seguridad jurídica. Es decir, para evitar la incertidumbre que crea la multiplicidad de interpretaciones de una misma norma legal frente a análogas situaciones fácticas.

A efectos de la debida fundamentación de esta causal, resulta necesario que se configure una diversa interpretación de una misma regla de derecho; y que tales disímiles interpretaciones legales hayan sido plasmadas en oportunidad de dirimir casos análogos (cfr. Acuerdos Nros. 20/2003 “CRESCO” y 56/2013 “A.D.O.S.” del Registro de la Secretaría Civil).

Ello así, dado que la aparente contradicción entre las soluciones brindadas en uno y otro caso, bien puede ser consecuencia de diferencias en los supuestos de hecho sometidos a consideración de los distintos tribunales intervinientes. Pues, el acto intelectual de interpretación de



la ley se encuentra siempre condicionado por la tarea de fijación de los hechos de la causa.

Para que resulte aplicable en forma directa la doctrina legal, debe tratarse de casos idénticos, o por lo menos de una marcada similitud; pues si las situaciones de hecho son diferentes, el precedente no resulta de aplicación.

En el recurso bajo examen, sólo se ha expuesto respecto de la identidad fáctica entre dichos antecedentes y estos autos que en ambos se debatía derechos de trabajadores aunque aquí del sector privado, pero nada se expresó en punto a que el seguro objeto de los presentes tenía contratada una cobertura diferente a la allí examinada. Este requisito constituye un presupuesto de procedencia de la causal casatoria seleccionada. Pues, tal como se adelantó, para que resulte aplicable en forma directa la doctrina legal, debe tratarse de casos de una marcada similitud.

La improcedencia del remedio se impone a poco de constatar que la situación fáctica fijada en el caso bajo estudio no es igual a los antecedentes citados.

En función de lo expuesto, corresponde, también, rechazar el recurso instaurado a través del carril previsto por el inc. d) del Art. 15° de la Ley Casatoria local.

De conformidad con el examen y los fundamentos desarrollados, la pretensión recursiva analizada deviene improcedente, confirmándose por ende lo resuelto por la Cámara sentenciante sobre el tópico.

III. Con relación a la tercera cuestión planteada, las costas de esta etapa, atento la dificultad interpretativa en torno a la temática aquí tratada, y las diversas soluciones judiciales brindadas a los largo del proceso, propicio se impongan en el orden causado (Arts. 68 - 2do. párrafo - del C.P.C. y C. y 12, Ley 1.406) (cfr. Acuerdos Nros. 24/03, 40/06, 31/10 del Registro de la Actuaría).



IV. Por todo lo hasta aquí expuesto, propongo al Acuerdo: a) Declarar improcedente el recurso por Inaplicabilidad de Ley articulado por el actor. b) Las costas de esta etapa serán en el orden causado, atento la dificultad interpretativa en torno a la temática aquí tratada y las diversas soluciones judiciales brindadas a los largo del proceso (Arts. 68 - 2do. párrafo - del C.P.C.y C. y 12, Ley 1.406). c) Confirmar en todos sus términos la sentencia de la Alzada. **VOTO POR LA NEGATIVA.**

El doctor **OSCAR E. MASSEI**, dice: Comparto los fundamentos y la solución propuesta en el voto del doctor Ricardo T. Kohon, por lo que emito el mío en igual sentido. **VOTO POR LA NEGATIVA.**

De lo que surge del presente Acuerdo, por unanimidad, **SE RESUELVE:** **1º) DECLARAR IMPROCEDENTE** el recurso por Inaplicabilidad de Ley interpuesto, a fs. 579/604vta. por el actor -BALBINO T. VÁZQUEZ- y en su consecuencia, **CONFIRMAR** el decisorio dictado por la Cámara Única Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral y de Minería con competencia territorial en las II, III, IV y V Circunscripción Judicial, Sala II, de conformidad con los fundamentos expuestos en la presente. **2º) IMPONER** las costas de esta etapa en el orden causado, atento la dificultad interpretativa en torno a la temática aquí tratada y las diversas soluciones judiciales brindadas a los largo del proceso (Arts. 68 - 2do. párrafo - del C.P.C.y C. y 12, Ley 1.406). **3º) REGULAR** los honorarios profesionales devengados en esta etapa a las doctoras y al doctor: ... y ... -apoderados y patrocinantes del actor- en conjunto, ... y ... -apoderada y patrocinante de la demandada Zurich- respectivamente, en un 25% de la cantidad que corresponda por la actuación en igual carácter que el aquí asumido, en primera instancia (Art. 15º y 20 -modificado por Ley N° 2.933- de la Ley de Aranceles). **4º)** Regístrese, notifíquese y oportunamente, devuélvanse los autos a origen.



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

Dr. RICARDO T. KOHON - Dr. OSCAR E. MASSEI
Dra. MARIA ALEJANDRA JORDÁN - Subsecretaria