



NEUQUEN, 21 de febrero de 2017

Y VISTOS:

En acuerdo estos autos caratulados: "**BELLO DANIEL C/ SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA. S/ COBRO DE SEGURO -LEY 24240-**" (Expte. N° **506906/2015**) venidos en apelación del JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA EN LO **CIVIL NRO. 4** a esta **Sala III** integrada por los Dres. Fernando M. **GHISINI** y Marcelo J. **MEDORI**, con la presencia de la Secretaria actuante, Dra. Audelina **TORREZ**, y de acuerdo al orden de votación sorteado el **Dr. Ghisini** dijo:

I.- La sentencia definitiva de primera instancia que luce fs. 294/300 vta., rechazó la demanda entablada por Daniel Bello, mediante la cual pretendía que la demandada le liquide correctamente el seguro por incapacidad contratado por su cónyuge. En consecuencia, le impuso las costas en atención a su condición de vencido.

Para así resolver sostuvo que en el caso no medió una situación de mala fe contractual de la demandada que merezca ser corregida, sin evidencias de desequilibrio en la relación jurídica que deban de ser compensadas con una interpretación tuitiva de quien se encuentra con mayor vulnerabilidad en esa vinculación.

Esa sentencia es apelada a fs. 302 por la parte actora.

II.- Agravios de la parte actora (304/307)

En primer lugar, considera que en la sentencia se hizo una errónea interpretación del derecho, ya que se rechazó la demanda por considerar que el contrato y, en su caso, el pago de la indemnización prevista en la póliza debe interpretarse por las disposiciones de la Ley de Seguros, y en ningún momento se hace aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor ni del Código Civil y Comercial.

Sostiene, que el salario que debió tomarse como base para efectuar la liquidación es el correspondiente al



momento de efectuarse el pago (marzo de 2014), pues en esa oportunidad la aseguradora comprobó la incapacidad; o en caso contrario, interpretando su conducta bajo el principio de la buena fe, debió abonar antes si consideraba que en el mes de julio de 2013 se había comprobado la incapacidad con el certificado de JUCAID.

Aduce, que para su parte la incapacidad se había consolidado al año de la fecha del accidente y por tal motivo debía considerarse el sueldo correspondiente al mes de enero de 2014, pues en la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557-, en sus artículos 7, 8 y 9, esto ocurre luego de transcurrido un año desde que se presenta la primera manifestación invalidante, cesando la incapacidad laboral temporaria para transformarse en incapacidad laboral permanente con carácter definitivo.

Interpreta, que la accionada desplegó una conducta abusiva y contradictoria, ya que pese a que se otorgó el certificado de discapacidad de JUCAID en julio de 2013, no liquidó el pago aduciendo que requería exámenes médicos, pero luego -pasados 8 meses de aquel suceso- decide que la incapacidad se consolidó en julio de 2013 y abonó conforme el salario base de ese mes.

Refiere, que las cláusulas de la póliza conforme el prisma tuitivo que campea en la norma de orden público y por imperio del art. 7 del Código Civil y Comercial resultan aplicables de manera inmediata al caso de autos.

Afirma, que en la sentencia no se interpretó conforme con el principio de protección del consumidor ni con el sentido más favorable, menos aún los alcances de la obligación menos gravosa. En cambio se aplicó estrictamente el art. 46 de la Ley de Seguros, sin valorar que la conducta de la demandada fue abusiva y, al mismo tiempo, resulta abusiva la cláusula del contrato que brinda la facultad a la



aseguradora para determinar a su arbitrio el momento en que tiene por "comprobada" la invalidez o incapacidad del actor.

Cita jurisprudencia.

Hace reserva del caso federal.

Corrido el pertinente traslado de los agravios, el mismo fue contestado por la contraria a fs. 309/317 vta., en donde solicita su rechazo con costas.

III.- De modo preliminar al tratamiento del recurso ensayado por la parte actora, cabe recordar que los Jueces de Cámara, como tribunal de revisión, se encuentran limitados por los términos de la sentencia en crisis y por los agravios de las partes. Son los litigantes quienes delimitan con sus quejas, como regla general, el alcance del conocimiento de la Alzada.

Consecuentemente, la competencia de esta Alzada se encuentra limitada a los temas sometidos a su decisión mediante la apelación (arts. 265 y 271 del C.P.C. y C.), que hayan sido oportunamente propuestos a la decisión del tribunal inferior (art. 277), y es en ese marco que corresponde analizar el recurso.

Además, los jueces no están obligados a hacerse cargo de todos y cada uno de los argumentos expuestos por las partes ni a analizar las pruebas producidas en su totalidad, sino tan solo aquéllos que sean conducentes para la correcta decisión de la cuestión planteada (conf. art. 386 del Código Procesal).

Ahora bien, ingresando al estudio de la cuestión, habré de tratar liminarmente el planteo del rechazo del recurso que peticiona la demandada, en atención a que el recurrente ha introducido extemporáneamente nuevos elementos de juicio, al esgrimir que la aseguradora actuó abusivamente al solicitar información complementaria y al considerar que la



cláusula contractual que prevé la facultad de solicitar dicha información resulta abusiva e inoponible al actor.

De la lectura de la expresión de agravios surge que el demandante arrima a esta instancia cuestiones que efectivamente no fueron propuestas al Juez de grado y que no pueden ser consideradas, puesto que en virtud de los límites de la jurisdicción abierta por el recurso -art. 277 del ordenamiento procesal- quedan marginadas de la función revisora de la Alzada, aquellos temas no planteados en su oportunidad y, por lo tanto, ajenos a los que fueron objeto de debate en la instancia de grado.

La citada normativa reza textualmente en su primera parte: *"El tribunal no podrá fallar sobre capítulos no propuestos a la decisión del juez de primera instancia..."* Al respecto, la doctrina y la jurisprudencia se han expedido sobre esta cuestión señalando que *"...el tribunal de alzada no realiza un nuevo juicio. En realidad, y en contra de lo que generalmente se supone, se encuentra más limitado que el tribunal de primera instancia. Carece de importancia al respecto que las partes hubieran introducido hechos distintos de los de primera instancia, porque el principio de congruencia, que limitó la sentencia de primera instancia, limitará del mismo modo la de la segunda (CNCiv., Sala F, L.L. fallo 35.858-S). Ésta es una derivación del principio dispositivo que prohíbe a los jueces pronunciarse sobre puntos que no hubieren sido objeto de la controversia, y encuentra expresa consagración en la norma del artículo 277 del Código Procesal"* (Falcón, Enrique M. y Colerio, Juan P. "Tratado de derecho Procesal Civil y Comercial, Tomo VIII, pág. 233, Rubinzal Culzoni Editores, 2009).

En virtud de la apelación, surge la plenitud de la jurisdicción del Tribunal de Alzada, aunque, claro está, respetando las etapas precluidas y la medida del recurso. Esos poderes de la jurisdicción de la alzada quedan enmarcados



dentro de las dos grandes vertientes que ofrecen el postulado de congruencia, por un lado, y el sistema dispositivo, por el otro. Se ha precisado en tal sentido, que las potestades de los tribunales de alzada sufren, en principio, una doble limitación: la que resulta de la relación procesal, que aparece con la demanda y contestación -congruencia-, y la que el apelante haya querido imponerle en el recurso -dispositivo-. Es decir, que si bien el recurso contra el pronunciamiento abre la jurisdicción de la alzada a los efectos de resolver sobre la justicia de dicha sentencia (Alsina, Tratado, 2º ed., v. IV, p.228, nº 14); (Podetti, Tratado de los recursos, p. 144, nº 62), en manera alguna posibilita fallar sobre las peticiones formuladas en segunda instancia con prescindencia de las cuestiones planteadas ante el juez de primer grado, pues el tribunal "ad quem" carece de atribución para resolver sobre capítulo alguno que no hubiese sido propuesto a la decisión del inferior. (Códigos Morello, Sosa, Berizonce, 2º ed., tº III, p. 399/400).

Advierto entonces, que en la sentencia de grado, al iniciar el desarrollo de los considerandos, se plantea correctamente la cuestión a decidir, vale decir, si el cálculo realizado por la demandada para liquidar el seguro por la incapacidad del señor Bello fue correctamente realizado.

Y luego de reseñar y analizar las condiciones de la póliza, el informe pericial contable producido en la causa, y todo lo acontecido con anterioridad al inicio de los presentes -trámite ante el JUCAID iniciado por el accionante; denuncia del accidente por su cónyuge ante la aseguradora; la comunicación al seguro de la incapacidad determinada al actor por la Junta Coordinadora para la atención integral del discapacitado; dos notas del demandante a la aseguradora adjuntando documentación que le fuera solicitada; citación de la aseguradora para que se presente a la revisión médica; comunicación del seguro del 7/11/2013, en donde le informa que



de acuerdo con la pericia médica realizada, continúa su tratamiento y que para poder analizar el grado de incapacidad se debe aguardar el alta médica definitiva, por lo que suspende los términos para expedirse acerca de sus derechos (fs. 286); la carta documento del apoderado del actor de fecha 25 de febrero de 2014, reclamando el pago del seguro y por tanto su rechazo de aguardar el alta médica definitiva, pues la incapacidad estaba consolidada al haber transcurrido un año desde el accidente y porque la gravedad de las lesiones indican que será total luego de los tratamientos (fs. 276); la respuesta a dicha carta documento, del 10 de marzo de 2014, donde la aseguradora le hace saber que en virtud de lo que surgía de la pericia médica y del año transcurrido desde el accidente, procederían a la liquidación del siniestro; el recibo de pago, del cual surge que el señor Daniel Bello percibió el día 25 de marzo de 2014, el cheque del Banco Macro por la suma de \$593562; el reclamo del actor del 4 de julio de 2014, por considerar insuficiente el pago, ya que el sueldo que se debía tomar como base para el cálculo debía ser el de enero de 2014 por la consolidación de la incapacidad, o el de abril del mismo año, tal el momento del pago (fs. 277); y el rechazo de la accionada, con sustento en que la determinación de la incapacidad ocurrió a la fecha del certificado emitido por el JUCAID.

En el caso, más allá del notable esfuerzo del recurrente para revertir la sentencia dictada en la anterior instancia, se aprecia que no expone bases jurídicas contundentes que permitan descalificar los argumentos centrales de la decisión, pues se advierte que efectivamente introduce nuevas cuestiones que no surgen de los términos de la demanda y defensas oportunamente planteadas, por lo que su conocimiento excede la jurisdicción de esta Alzada. Y, como consecuencia de lo expuesto, no procede tratar las mismas.



Es más en su decisión, la magistrada se plantea: ¿a qué tiene derecho el actor? A que la incapacidad se determine conforme el salario más próximo al pago o más próximo a la determinación de la incapacidad? Y analiza que según los términos del contrato la aseguradora debe hacer el reconocimiento de la invalidez y que comprobada ésta, debe proceder al pago. Agrega: "Si continuamos la lógica del contrato de seguro, el pago debe hacerse en la fecha en la que se determina la incapacidad y a partir de allí se computaría el plazo del pago, pero no surge del contrato que el pago deba hacerse sobre la base del salario más próximo al pago, pues lo que correspondería en esos casos de pago demorado en el tiempo es que deberían de adicionársele los intereses y no que se tome un salario base diferente a aquél de la época en la que se determinó la incapacidad". Sin embargo, esto último no fue objeto de reclamo en autos.

Remata: "Si para el propio actor la incapacidad estaba determinada desde ese certificado emitido por JUCAID, pues a esos fines es que lo presentó ante la aseguradora, su derecho a percibir la indemnización nació en ese momento y no con posterioridad, pues en aquella oportunidad ya estaba determinada la existencia de una incapacidad que sería irreversible. **Luego de esa presentación, la aseguradora ejerció el derecho que le acuerda el art. 46 de la ley 17418, al requerirle la presentación de documentación médica y de la causa penal, lo que consintió el señor Bello...**" (el destacado es propio).

"Con ello quiero significar que el señor Bello no cuestionó un ejercicio abusivo de la facultad que el artículo 46 le otorga a la aseguradora, y fue él quien aportó a ésta el certificado que daba cuenta que a julio de 2013 estaba total y permanentemente incapacitado, de lo que se sigue que el salario base para el cálculo de la indemnización es el vigente a ese momento, cuyo pago debía de hacer vencido



el plazo del artículo 49 computando para ello que la demandada ejerció la facultad del artículo 46, sin ninguna objeción del actor”.

De manera, que el recurrente no logra destruir las vigas maestras de la sentencia, y sus planteos tuvieron certera respuesta en la anterior instancia; pretendiendo además que sean atendidas las nuevas cuestiones que trata de introducir; reitero, sin interpretar el razonamiento efectuado por la A-quo en su sentencia, ni efectuar, en consecuencia, un ataque concreto y razonado que resulte atendible en esta instancia.

IV.- Por lo expuesto y en virtud de lo prescripto por los artículos 265, 266 y 277 del Código Procesal, propicio que el recurso interpuesto se declare desierto; confirmándose, en consecuencia, el fallo atacado. Con costas de Alzada a cargo del apelante vencido, debiéndose regular los honorarios de los profesionales de conformidad con las pautas establecidas por el art. 15 de la Ley de Aranceles.

Tal mi voto.

El Dr. Marcelo J. MEDORI, dijo:

I.- Que habré de disentir con el voto que antecede y a propiciar al acuerdo que se revoque la sentencia de grado, haciéndose lugar parcialmente a la demanda y condenar a la aseguradora a abonar la diferencia de la suma asegurada reclamada por el actor de pesos \$163.966,29, con más sus accesorios y costas.

II.- Que como bien reseña la a quo, no existe controversia respecto a la existencia del accidente generador de la minusvalía acaecido el día 14-01-2013 mientras el actor conducía una motocicleta por la ruta y es embestido por un vehículo, ni acerca de las condiciones contractuales del seguro adicional de vida colectivo que se encontraba vigente al suceder aquel que llevó a la incapacidad total y permanente, que fuera equiparado por la propia aseguradora al



supuesto de pérdida de la vida, reduciéndose la cuestión a decidir a si es correcta la determinación del beneficio por la última, que en el caso importaba el pago del equivalente a 20 sueldos según información del empleador de la cónyuge, que era quien recibía el descuento de la prima de sus haberes, cuando unilateralmente adoptó el percibido en el mes en que se expidió la Junta Evaluadora y Central de Neuquén JUCAID el 23 de julio 2013 y otorgó el Certificado Único de Discapacidad (fs-21 \$29.677, 94 y 55), todo ello cuestionado por el beneficiario que demanda la diferencia conforme el cálculo conforme del valor liquidado al mes en que se efectuó el pago (Marzo/2014- \$37.876,41 - fs. 23 y 20) o en su caso, el de consolidación del daño, al cumplirse un año del episodio, cuando cesó la incapacidad temporaria (enero/2014 = \$36.370,70 - fs. 22).

Que a su respecto recordar que en la póliza agregada a fs. 41/51, donde se identifica al actor como asegurado y beneficiario, se describe el riesgo asegurado como "Seguro de Vida Colectivo" y la Cobertura: Muerte, Muerte Accidental e indemnizaciones parciales por Accidente, Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente, Enfermedades Críticas y Transplantes, con un Plan Optativo "B" donde se detalla la Cobertura Básica por muerte, y la Cobertura Adicional por Muerte Accidental e indemnizaciones Parciales por Accidente, Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente, Trasplante (Capitales según Módulos) y Enfermedades Críticas, con Capitales Asegurados equivalentes a "Múltiplos de 20 sueldos según información enviada por el tomador" (fs. 41).

Que sobre el punto controvertido, el contrato contiene la Cláusula 23° de las Condiciones Generales -Anexo A- bajo el título "Liquidación" prescribiendo que "Cualquier liquidación que corresponda en cumplimiento de las obligaciones contraídas por la Aseguradora en esta póliza,



será efectuada en su domicilio después de presentados los documentos que acrediten el derecho de los reclamantes, quienes deberán suministrarlos a su exclusivo cargo”, agregando en párrafo final la obligación de suministrar cualquier información para verificar la extensión de la prestación y la de permitir las indagaciones necesarias a tal fin (fs. 44).

Luego, en el Anexo CD, denominada Cláusula Adicional Indemnizaciones Adicionales por Accidente, respecto al “RIESGOS CUBIERTOS” dicta que La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que sufra las consecuencias de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causa externas, violentas y fortuita, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad experimentadas dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente, siempre que éste ocurra durante la vigencia del seguro y antes de que haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza” (art. 1º), fijando como “BENEFICIO” que “La aseguradora, comprobado el accidente, abonará al Asegurado o al beneficiario instituido el porcentaje del capital asegurado” según la escala que detalla que incluye la pérdida de la vida (art. 2º - fs. 47), mientras que bajo la denominación “TERMINACION DE LA COBERTURA, se establece que “La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta cláusula, cesará en las siguientes circunstancias: a)A partir del momento en que el Asegurado haya recibido, por aplicación de esta cláusula, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado; ... c)Al producirse la invalidez total y permanente del Asegurado ...” (art. 7º - fs. 47vta).

El marco jurídico se integra en la materia con el art. 49 L.S. cuyo segundo párrafo estipula que en los seguros de personas el pago se hará dentro de los quince días



de notificado el siniestro, o de acompañada, si procediera, la información complementaria del artículo 46 L.S., párrafos segundo y tercero, donde se le impone al asegurado suministrar a la aseguradora "la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin", y "prueba instrumental en cuanto sea razonable" que el primero la aporte.

Que la Resolución 30.729/2005 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (27/9/2005), que contiene el "Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74", respecto a la "LIQUIDACION DEL SINIESTRO" impone en su art. 15 que "La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios de la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado. Si por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto se estará a lo reglado por los artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241. En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio. Los aseguradores liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos: 1. Partida de Defunción del Asegurado; 2. Constancia de CUIL del trabajador y de su incorporación a la nómina de empleados del tomador-empleador o declaración de Alta Temprana de AFIP; 3. Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes como así también copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido; 4. Formulario de Designación de Beneficiarios; 5. En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por



cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241, debiendo presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición; 6. Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela. Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio”.

Finalmente, el artículo 56 de la ley 17.418 establece expresamente que: “El asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del asegurado dentro de los treinta días de recibida la información complementaria prevista en los párrafos segundo y tercero del art. 46. La omisión de pronunciarse importa aceptación.” (cfme. arts. 17 de la Const. Nac.; 24 de la Const. Prov.; 902, 919, 944 y 1.198 del Cód. Civil; 1, 11, 12 y 46 de la ley 17.418; y 163 y 356 del Cód. Procesal).

Que de la documental aportada, resulta que denunciado el accidente el 19.02.2013 (fs. 6), el 25.07.2013 el actor aporta la mencionada certificación de discapacidad y pone a disposición documentación vinculada con el siniestro (fs. 7) y el 08.08.2013 se le responde, requiriendo otros instrumentos, con el agregado de que se suspendían “los términos para expedirnos acerca de sus derechos hasta que contemos con la información querida en el párrafo anterior” (fs. 15), reeditándola el 11.09.2013 e invocando los arts. 46 y 56 L.S. (fs. 16).

Por nota del 01.10.2013 el actor aporta documentación (fs. 8), recibiendo como respuesta el pedido de “Copia del sumario policial incluyendo informes toxicológicos”, e invocando la misma suspensión (f.16); respondido el pedido (nota del 31.10.2013 - fs. 9), luego, por comunicación fechada el 15.10.2013 la aseguradora insiste con el pedido anterior (fs.17), y el 25.10.2013 le comunica que “a



los efectos de determinar el real estado de invalidez" fijó la realización de una revisión médica para el día 31.10.2013 en su "Asesoría Médica" (fs. 18), informándole con posterioridad, el 07.11.2013, que la última, en base a la pericia realizada ratificó que aún continúa con tratamiento médico, y que para analizar si el grado de incapacidad que pudiera padecer lo incapacita de manera total y permanente, resultaba indispensable la presentación del Alta Médica Definitiva; manteniendo suspendido los términos para expedirse (fs. 19).

Finalmente, el actor por carta documento del 21.02.2014 intima bajo apercibimiento de iniciar acciones, para que en 5 días se determine el grado de incapacidad total y permanente y el pago del beneficio, destacando haber transcurrido un año desde el siniestro y que se trata de un contrato de consumo (fs. 10).

En respuesta del 10.03.2014 la aseguradora le informa que "En virtud de la pericia médica realizada oportunamente y debido que ha transcurrido más de un año desde la fecha del accidente sufrido por Ud., procederemos a liquidar el siniestro por la cobertura de incapacidad Total y permanente por Enfermedad y Accidente", solicitándole cumplimente documentación que incluía "presentar copia de los recibos de sueldo correspondiente a los últimos 3 meses" (fs. 20), y a continuación, el 25.03.2015 emite comprobante de pago por la suma de \$593.562,00.

Luego, ante la intimación del pago de la diferencia aquí reclamada (fs. 11), la demandada por carta documento responde: "Informamos que esta asegurador una vez realizadas las comprobaciones de cobertura, procedió a abonar la indemnización correspondiente al siniestro 173081650 de acuerdo a la suma asegurada vigente a la fecha de consolidación de su incapacidad según certificado de discapacidad ley 24901 emitido el 23-07-2013 que fue remitido oportunamente." (fs. 12).



III.- Que reuniendo el agravio los recaudos mínimos del art. 265 del CPCyC, y confrontándolo con el marco fáctico y jurídico expuestos, anticipo que hallo legalmente justificado que se debe liquidar el beneficio conforme el haber del mes de marzo de 2014 atendiendo a que fue mediante la nota del día 10 de dicho mes y año que se le notifica al actor que se procedería a liquidar el siniestro (fs. 20), cuando antes la aseguradora, en todas sus comunicaciones se había expresado rechazándolo, suspendiendo y manteniendo la suspensión de los términos para hacerlo a cuyo fin invocaba los arts. 46, 56 s.s. y cc. de la L.S. (fs. 15, 16, 17, 18 y 19).

Que en primer punto cabe señalar que, si bien resulta confusa la expresión utilizada por el actor al demandar respecto a que el monto a abonar "debió ser aquel que se calculara en base al sueldo liquidado a su cónyuge al momento de efectuarse el pago (marzo de 2014)", a tenor de la documental reseñada antes, la nota citada constituyó la primera oportunidad en que la demandada se expidió acerca del derecho y admite la invalidez total y permanente del actor, anoticiándolo que "liquidaría el siniestro".

Ahora bien, en los términos que plantea el actor, mientras la perseguida definió allí su posición en relación a la cobertura del beneficio solicitado, debe entenderse que de ninguna manera ello puede ser modificado sin entrar en contradicción con sus propios actos y violar la buena fe contractual, ello en relación a la obligación legal y contractual de expedirse e informar con precisión su posición conforme art. 56 L.S. Todo lo que emana de la aplicación concreta y razonada de los principios de buena fe y congruencia, como de las normas y deberes citados.

"1. El principio de la buena fe y el ejercicio no abusivo de los derechos pactados cobran especial relevancia en el marco de los contrato de adhesión en general y de los



contratos de seguros en particular. Tal como lo afirma Halperin en su obra de seguros, los principios de la buena fe contractual hallan una aplicación más frecuente y rigurosa en el contrato de seguros debido a su naturaleza y a la posición especial de las partes. 2. La exigencia del artículo 1198 del Código civil de observar una conducta de buena fe (esto es, funcional, no abusiva, una conducta no reñida con los fines éticos, sociales y económicos de las prerrogativas o facultades jurídicas y de los derechos subjetivos) se acentúa especialmente en la fase de cumplimiento del contrato por parte del asegurador en el contrato de seguros, atendiendo al estado de necesidad o apremio del asegurado." "1. En atención a las obligaciones impuestas al asegurado de efectuar la denuncia del siniestro en plazos apremiantes y términos explícitos para proceder a la verificación del siniestro, pesa sobre la aseguradora el deber de indicar la causa de su determinación de no prestar la cobertura consecuente al contrato y al siniestro. El deber impuesto por el artículo 56 de la Ley de Seguros, no puede ser entendido como limitado a una simple negación o aceptación de la responsabilidad, ya que de haber querido ello el legislador, no habría sido necesaria la redacción de dicho artículo en su texto actual sino que hubiera bastado con que cumpliera el asegurador con las obligaciones asumidas o, simplemente, en el caso de que fuera demandado, que invocara el incumplimiento del contrato o la contravención de la Ley de Seguros por parte del asegurado. 2. El referido artículo 56 de la ley de Seguros, evidentemente, ha sido introducido para asegurar el cumplimiento leal y de buena fe del contrato de seguro y para señalar una etapa en el proceso de cumplimiento en la que se deberá dejar bien en claro si se asume la responsabilidad, aun cuando pudieran existir infracciones por parte del asegurado, determinantes de la pérdida de su derecho. Consecuentemente con lo expresado precedentemente entendemos que el asegurador debe dar una



explicación clara e inteligible de su declinación de responsabilidad, dado que dicha conducta se corresponde con las obligaciones impuestas al asegurado previamente; la obligación de manifestarse no queda satisfecha con una escueta negación y al no explicar el asegurador el motivo que cree lo exonera de pagar, no podrá el asegurado demostrarle su error para lograr el resultado del contrato, ni saber a que atenerse antes del eventual juicio.”(STJ Entre Ríos, 19.6.97, Alvarez de Albornoz María c. Instituto Autárquico Provincial del Seguro s. sumario, cita p. 412, Rev. Dcho. Priv. Com., Seguros II, Ed. Rubinzal-Culzoni).

Por otra parte, la buena fe que debe presidir la conducta del asegurador en toda la vigencia de la relación, sumada a la regla impuesta por el art. 919 CCiv., impone una explicación coherente al asegurado, pues constituye un deber vigente, cuyo cumplimiento no admite distinciones. Además de estar sujeto a la grave sanción de aceptación de la responsabilidad correspondiente al siniestro denunciado, en tanto se considere que el art. 56 Ley de Seguros no es más que una particularización de dicha doctrina. La recta razón indica que el sinalagma genético se encuentra integrado con el deber de cumplimiento del contrato exhibiendo la misma buena disposición mostrada por el asegurador al celebrarlo. Por ello es que el deber legal deviene procedente en todos los casos (sin distinción alguna) en que la decisión tiene que ver con la misma póliza en la que se formula la denuncia del siniestro. Mediando relación asegurativa concreta respecto del bien o de la persona cuyo siniestro se reporta, el incumplimiento del deber de "pronunciarse acerca del derecho del asegurado" (art. 56 Ley de Seguros) -es decir, de manifestarse en lapso determinado sobre la existencia de circunstancias eximentes de la prestación comprometida- siempre traerá como consecuencia la aceptación del siniestro denunciado, porque nada impide que el asegurador renuncie (aun



implícitamente, con su silencio) a determinados derechos que favorecen su interés patrimonial en una particular relación de aseguramiento."(conf. Meilij, Gustavo R., Fuente: SJA 11/10/2006 - JA 2006-IV-949; en igual sentido Stiglitz, Derecho de Seguros, t.2, p.281 y ss. Lexis N°0003/012863, Género: Doctrina, Título: Características de la carga de "pronunciarse" sobre los derechos del asegurado).

Concretamente, en el caso a estudio, entiendo que es insoslayable el cumplimiento efectivo de la normativa legal por parte de la aseguradora atento su naturaleza profesional y de contratante que lucra con una institución comercial que tiene un trascendente rol social, especialmente, cuando hablamos de seguro colectivo, y mucho más si tenemos en cuenta la suscripción de contratos de adhesión.

Asimismo, la norma transcripta no distingue caso alguno, con lo cual resulta improcedente su formulación, máxime en perjuicio de la parte más débil de la relación jurídica, bastando cumplir con la obligación legal de expedirse ante el reclamo en cualquiera de los sentidos, otorgando con ello seguridad a las expectativas o derechos de ambas partes.

Así, habiéndose limitado a manifestar que **"En virtud de la pericia médica realizada oportunamente y debido que ha transcurrido más de un año desde la fecha del accidente sufrido por Ud., procederemos a liquidar el siniestro por la cobertura de incapacidad Total y permanente por Enfermedad y Accidente"** (conforme Nota del 10.03.2014 - fs. 20) pretender luego que la consolidación de la incapacidad aconteció con anterioridad y con motivo de la intervención del JUCAID (según Carta Documento del 22.07.2014 - fs. 12), implica una severa distorsión de los motivos argumentados que se encuentra vedada por el art. 56 L.S., significando que lo que no fue oportunamente introducido ha sido aceptado por la aseguradora, porque de otra forma se afectaría el derecho de defensa, y



particularmente cuando el cálculo recién se justificó mediante la última misiva enviada con posterioridad a la liquidación unilateral que practicara, del que no surge detalle alguno (fs. 24).

La jurisprudencia ha dicho en tal sentido que: *"Es un deber no sólo formal sino sustancial de la aseguradora el de expedirse en término sobre el derecho de su asegurado. De modo que si con la información administrada por éste la compañía considera que concurre alguna circunstancia prevista en el contrato, que conduzca a suprimir o restringir su obligación, es obligatorio que así lo comuniqué aquel en tiempo propio, siendo ineficaz todo planteo contemporáneo."* (Referencia Normativa: Ley 17418 Art. 56, Cc0000 Tl 9690 Rsd-19-127 S Fecha: 29/11/1990, Juez: Lettieri (sd), Caratula: López De Tatángelo, Norma Y Otros C/ Gallo De Kalhawy, Mabel Y Otros S/ Daños Y Perjuicios, Mag. Votantes: Lettieri - Casarini - Macaya-LDT).

De todas formas, además de no haberlo informado oportunamente al actor, la demandada omitió acreditar en los presentes en base a qué previsión contractual o norma vigente fue habilitada a retrotraer más de un año la determinación del real estado de invalidez del actor, cuando inmediatamente a la recepción del certificado del 23.07.2013, como bien destaca el recurrente, no procedió a liquidar el siniestro, y por el contrario, sucesivamente se expidió por la negativa a concretarlo, invocando para ello las atribuciones que le otorgaba la ley de seguros (arts. 46 y 56) (fs. 15, 16, 17, 18, 19), postergando así el reconocimiento de la incapacidad con requerimientos, fundamentalmente, al exigir una revisión médica, para luego llegar a indicar que le era imposible expedirse sobre su grado, y el carácter de total y permanente (07.11.2013 - fs. 19).

Ciertamente, sostener con posterioridad este argumento que la "consolidación" de la invalidez había



acontecido desde aquella certificación de julio de 2013, además de extemporáneo (21.07.2014 - fs. 12), resulta una flagrante e inadmisibles contradicción con la ley y sus propios actos, que sanciona el art. 1198 del C. Civil, cuando impone a los contratantes el deber de conducirse de buena fe, al tiempo de su celebración, interpretación y ejecución, y de acuerdo con lo que verosímilmente entendieron o pudieron entender, obrando con cuidado y previsión.

Por su parte, en la citada nota del 10 de marzo de 2014 (fs. 20) nunca se informó al actor ni a la empleadora de su cónyuge que iba a proceder como lo hizo, ni que se ajustaría al antecedente de la certificación de incapacidad del mes de julio de 2013; por el contrario, allí se indica exclusivamente que la procedencia de la indemnización se basaba en "la pericia médica realizada oportunamente" - siendo la única la del 31.10.2013- y el "transcurso de más de un año desde la fecha del accidente", con lo que situar el episodio con anticipación a ello, como ya se expresara, colisiona con el mandato legal expreso y sus propios actos relevantes.

En este sentido, también constituye una afirmación dogmática sostener que la adjunción de la certificación importó para el actor el reconocimiento de su invalidez a los fines de la determinación de su derecho a la cobertura del seguro contratado, cuando no existe registro de que lo haya invocado en tal sentido en alguna de sus notas e intimaciones; más lo relevante es que ello tampoco lo entendió así la Aseguradora, a tenor de sus sucesivas reservas (arts. 46 y 56 L.S.), ni lo comunicó durante el intercambio epistolar, llegando a omitir su descripción en el cálculo en el Comprobante de pago del beneficio fechado el 25.03.2014 (fs. 24), exteriorizándolo, como ya se señalara, recién en su última carta documento en julio de 2014 (fs. 12).



Mas la imposibilidad de otorgar a la certificación pasada los efectos que le asignó la Aseguradora resulta incluso de los propios actos a través de los que ejecutó el contrato, porque si la consolidación de la incapacidad se hubiera retrotraído al momento en que se emitió aquella, por un lado, la liquidación debió haber incluido los intereses devengados al operar en forma automática la mora, y no los agregó; y al menos, se le imponía disponer la restitución de las sumas que el actor, a través de su cónyuge, había seguido abonando por la cobertura de un riesgo que, de ser como pretende la demandada, no tenía más sentido cubrir en el futuro, en los términos del art. 7 de la póliza.

Así, si la Aseguradora hubiera ejecutado el contrato con el entendimiento que desarrolla en su tardía fundamentación extrajudicial y luego en la defensa que articula en los presentes, esto es que al 23 de julio de 2013 se encontraba consolidada la incapacidad y había nacido la obligación de liquidación del siniestro y abonar el seguro, ello hubiera importado la "terminación de la cobertura" en los términos del inc. c) del art. 7 del Anexo CD de la póliza.

Por ello, abundando sobre la procedencia de la liquidación conforme el haber al momento en que se reconoció la incapacidad y dispuso la liquidación el 10 de marzo de 2014, su justificación no puede ser otra que hasta esa fecha se mantuvo vigente la póliza, tal como lo evidencian los recibos acompañados posteriores a julio de 2013, incluso el del propio mes de marzo de 2014 (fs. 21, 22, 23), donde la Aseguradora sigue percibiendo la prima correspondiente en base a los haberes cobrados por la cónyuge del actor, que en definitiva resulta ser la base a partir de la que se persigue el pago de la diferencia.

Y lo expuesto, en definitiva, es coherente con lo que expresamente le requirió que presente el actor por la Nota



del 10 de marzo de 2014: "copia de los recibos de sueldo correspondientes a los últimos tres meses".

En definitiva, la solución que se propone es compatible con la función tuitiva y de naturaleza alimentaria de los seguros colectivos, que demandan que las reglas de interpretación específicas que le son atinentes favorezcan, en caso de duda razonable, el rechazo al desconocimiento de sus derechos.

En el sentido expuesto, y lejos de resultar aplicables a los presentes la doctrina se la CSJN en los precedentes que cita la demandada, a la relación contractual objeto de la presente causa, seguros de vida colectivos y sus adicionales, nuestro Tribunal Superior de Justicia de Neuquén en los precedentes "Geliz" y "Ferreyra", ha sostenido su naturaleza laboral, integrados a la seguridad social, y de consumo, por el que, en el proceso de interpretación de las cláusulas predispuestas -tal como lo he propiciado- debe seguirse un criterio pro homine, por el que se debe estar a la norma más favorable a la vigencia y mayor extensión de los derechos protegidos, así como aplicable el principio pro justicia socialis que reprueba toda exégesis restrictiva de los derechos sociales, al dirigirse a proteger al individuo de las contingencias propias de su existencia individual, acorde a su finalidad tuitiva y de naturaleza alimentaria, máxime tratándose de vínculos en que el beneficiario no ha intervenido en su celebración.

Así, es precisa la doctrina sentada por nuestro máximo Tribunal Provincial de Neuquén en "GÉLIZ ANA MARÍA C/ CAJA DE SEGUROS DE VIDA S.A. S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD" (Expte. Nro. 107 - año 2009- - Acuerdo Nro. 46 02.11.2010), a través del voto del Dr. Massei cuando se refiere a los seguros de vida obligatorio y adicional, y el proceso de exégesis de sus cláusulas a los fines de concretar su objeto:



" ... Se trata de un seguro que debe situárselo dentro del ámbito laboral. Habitualmente se relaciona al seguro de vida colectivo obligatorio, no sólo como un seguro comercial, sino en el otro extremo, esto es, como perteneciente a la esfera de la seguridad social. Y se expresa: "que es un seguro de la seguridad social" (sobre el particular puede verse la doctrina de este T.S.J. sustentada en el Acuerdo 603/99, "Sepúlveda Laura Rosa c/ Consejo Provincial de Educación s/ A.P.A."). Entiendo que la confusión deriva del carácter social del seguro de vida obligatorio. Pero, en realidad, deben distinguirse los conceptos "seguridad social" y "seguro social". "La Seguridad Social es el género; el seguro social, la especie es un medio, un instrumento para hacer efectivos los beneficios de la seguridad social" (cfr. Helio J. Zarini, su obra, Constitución Argentina Edit Astrea, 2004, Pág. 74/75). La Seguridad Social tiene un objeto más amplio. Implica una política que supone la creación de instrumentos adecuados para erradicar con carácter general los males sociales y tiende a satisfacer las necesidades de los individuos y no solo de los trabajadores (cfr. Fernández Madrid, Tratado de Derecho Práctico del Trabajo, Tomo II, Pág. 1761, Editorial La Ley, 1990; José M. Almasa Pastor, Derecho de la Seguridad Social, 5ta. Edición, Pág. 69, cit.aut.y op.cit.). El seguro social, por su parte, satisface un interés social inmediato, dando origen a una relación jurídica regulada por Ley, cuyo objeto es proteger las contingencias propias de la existencia humana. La prestación del asegurador se mide en capitales previamente establecidos que se pagan al beneficiario cuando ocurre el siniestro, encontrándose ausente el espíritu de lucro (cfr. Halperin-Morandi, Seguros Edit. Depalma, segunda edición actualizada, Pág. 69/70, Bs. As., 1983). Su objeto consiste en cubrir toda la gama de contingencias y necesidades que afectan individualmente a un sujeto, pero se proyectan socialmente en sus efectos (cfr.



Germán Bidart Campos, Tratado elemental de Derecho Constitucional Argentino, Editorial Ediar, Bs. As., 1986, pág. 429). Similares reflexiones resultan aplicables al seguro de vida adicional contratado en el marco precitado. Ello, habida cuenta que, si las estipulaciones del contrato de seguro colectivo de vida adicional de carácter facultativo o voluntario se hallan vinculadas con el contrato de trabajo, estamos en presencia, sin duda alguna, de un seguro que debe ser situado también dentro del ámbito del derecho laboral, por su innegable finalidad tuitiva y protectora destinada a proteger al trabajador y a sus causahabientes, en caso de producirse el siniestro que dé lugar a la protección del riesgo cubierto. Como dije supra, el vínculo jurídico entre el empleador/tomador con los empleados/adherentes, lo constituye el contrato de trabajo. Esto, sin desconocer que prestigiosa doctrina sostiene, que aun partiendo de esa premisa (vínculo entre empleador y empleados) el contrato de seguro colectivo es autónomo, y como tal, no pierde autoridad, no obstante depender de la celebración del contrato de trabajo, entendiendo que "aunque la relación de empleo sea determinante para acceder a la cobertura de un seguro colectivo no modifica la naturaleza comercial de la relación entre beneficiario y asegurador" (cfr. Stiglitz, Rubén S., "Seguro colectivo de vida", RCyS 2006,107). Así, me enrolo en la corriente que sostiene que el seguro colectivo adicional reconoce la pre-existencia de un contrato de trabajo, y es precisamente, el substractum fáctico -la relación laboral- el presupuesto para concertar una relación contractual que la aseguradora toma como plataforma necesaria para intervenir en el convenio.

"... los seguros colectivos de vida tienen una finalidad tuitiva y de naturaleza alimentaria. Tienden a proteger al individuo de las contingencias propias de su existencia individual. Tampoco hizo mérito de su función social y, por ende, se apartó del principio por el cual, en caso de



duda razonable, corresponde rechazar el desconocimiento de los derechos del asegurado, apartándose de la literalidad de los términos contractuales (cfr. Rubén Stiglitz: Seguro colectivo de vida, La Ley online, RCyS 2006-107). Por otra parte, debe tenerse presente que la Ley 17.418 no contiene directivas de interpretación. Sólo consagró en su Art. 11,2º párrafo, lo siguiente: "El asegurador entregará al tomador una póliza debidamente firmada y fácilmente legible {...}". Sin embargo, a partir de la sanción de la Ley 24.240 se cuenta con dos directivas específicas de la interpretación de los contratos por adhesión, como los que estamos analizando. En su Art. 37, la citada ley establece que la interpretación del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor. Esta directiva, en una indisimulable finalidad tuitiva del polo débil de la relación, dispone imperativamente que la decisión debe favorecer la posición contractual del consumidor (cfr. Rubén S. Stiglitz, Derecho de seguros, Tomo I, Editorial Abeledo Perrot, Bs. As., 1998, pág. 609). Reafirma el sentido de mi voto, el carácter de orden público que tiene la Ley de Defensa del Consumidor (Art. 65). Ésta impuso un orden imperativo que excede y sobrevuela las convenciones privadas, mucho más en el caso de las contrataciones en masa con cláusulas predispuestas. El Máximo Tribunal nacional precisó que el legislador, al disponer que sea de orden público, ha definido a la ley como contenedora de un conjunto de principios de orden superior estrechamente vinculados a la existencia y conservación de la organización social establecida y limitadora de la autonomía de la voluntad. Enfatizando esta idea, la Corte Federal interpretó que los tribunales deben aplicar esta categoría de leyes, aun cuando las partes no lo requieran por cuanto existe un interés de la comunidad toda en que así sea (Pascual E. Alferillo: La función del juez en la aplicación de la ley en defensa del consumidor, La Ley online 02/07/09, con cita de C.S.J.N., S 1455.XLI;RHE "Sociedad



Anónima-Dominga B. de Marconetti c. Gobierno de Buenos Aires”).

“... De ello surge que los contratos de seguros de vida no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su función social. De amparar la pretensión de la demandada, consistente en aplicar las limitaciones y exclusiones de cobertura previstas en la póliza, se estaría negando la propia existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional. Y esto se agrava aún más en el caso porque, como se ha referido antes, el seguro colectivo se celebra entre el tomador y el asegurador. El asegurado, a pesar de su condición de destinatario final de la prestación a cargo del asegurador, no interviene ni influye en el contenido contractual, en sus condiciones particulares, ya que, dada la formación del contrato del seguro, jamás participa en la creación de las condiciones generales. Esta nota distintiva de los seguros bajo examen hace que el asegurado sea ajeno a la discusión del alcance de la cobertura, su determinación, su delimitación y, por consecuencia, de las exclusiones de cobertura. Por esto, como en ningún otro riesgo es indispensable que, como mínimo conozca el contenido del contrato y todas las modificaciones que se le introduzcan a través de una información clara y precisa (cfr. Rubén S. Stiglitz, op. cit.)”.

“... III. Sin perjuicio de lo que hasta aquí se ha dicho, cabe agregar que las consideraciones vertidas por la Alzada soslayan que el ser humano es único, que funciona como un organismo total, como una realidad sustantiva con notas constitutivas psico-orgánicas, no divisibles, atributos propios y esenciales de la persona humana. El análisis del Ad-quem, además de transmitir una visión fragmentada, controvierte los principios elaborados a partir de los Arts. 14 bis de la Constitución Nacional, y 38 de la Constitución del Neuquén. En efecto, a partir de la reforma constitucional de 1994, el



constituyente revisor, al asignar jerarquía constitucional a diversos tratados internacionales de derechos humanos, amplió el catálogo de los derechos sociales (Art. 75, inc. 22); y al ratificar mediante la Ley 24.658 el Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales -Protocolo de San Salvador- nuestro país reafirmó la necesidad de progresividad en la efectiva aplicación de los derechos humanos reconocidos en los instrumentos internacionales (cfr. Los Derechos Sociales en la Agenda Institucional de la Corte Suprema de Justicia, Adriana Tettamanti, en Suplemento Constitucional, La Ley, agosto 2010, páginas 129/vta). Los derechos humanos deben ser interpretados con carácter extensivo, éste es un principio hermenéutico. Y esta interpretación alcanza a todos los derechos humanos sin distinción de categorías, por lo cual descarto que algunos derechos sociales puedan ser operativos y otros programáticos, ya que aceptar tal antagonismo conduciría a permitir que algunos sean efectivos y otros queden reducidos a meras expresiones de deseo. Y en dirección a la operatividad de los derechos sociales para conferirles plena eficacia, Bidart Campos subraya la insistencia normativa en la progresividad y en el perfeccionamiento de recursos que tiendan a su plena efectividad (Cfr. Adriana Tettamanti op.cit. pág 130). Este ideario del constitucionalismo contemporáneo ha nutrido la jurisprudencia constitucional de nuestra Corte Suprema, en su doctrina judicial en los fallos "Vizzoti", "Aquino", "Milone" y de manera particular in re "Sánchez", en cuanto señala que los tratados internacionales vigentes obligan a adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el progreso y plena efectividad de los derechos humanos... (Considerando 3º) (Fallos: 327:3677; 327:3758; 327:4607; 328:2833). Y esta profunda transformación impone que la cuestión sub-examine sea interpretada a la luz de los principios consagrados por los instrumentos internacionales de



derechos humanos, los cuales operan como directrices del sistema de derechos sociales. En este orden, adquieren particular relevancia los principios hermenéuticos de justicia social (*pro justicia socialis*) de interpretación y aplicación de la norma más favorable a la persona humana, (*pro homine*) de progresividad de los derechos y de no regresividad (Confr. Art. 75, incs. 19 y 22, de la Constitución Nacional; Convención Americana sobre Derechos Humanos -Arts. 26, 29, inc.b-; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Art. 2.1, 5.2, 51-; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos -Art. 5.2). En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación *in re* "Girolodi" señaló: "Que la ya recordada 'jerarquía constitucional' de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (consid. 5º) ha sido establecida por voluntad expresa del constituyente, 'en las condiciones de su vigencia' (art. 75, inc. 22, párr. 2º, esto es, tal como la Convención citada efectivamente rige en el ámbito internacional y considerando particularmente su efectiva aplicación jurisprudencial por los tribunales internacionales competentes para su interpretación y aplicación. De ahí que la aludida jurisprudencia deba servir de guía para la interpretación de los preceptos convencionales en la medida en que el Estado Argentino reconoció la competencia de la Corte Interamericana para conocer en todos los casos relativos a la interpretación y aplicación de la Convención Americana (confr. arts. 75, Constitución Nacional, 62 y 64 Convención Americana y 2º, ley 23.054)" (Considerando 11). Y es precisamente ese plexo de valores y derechos que resulta de la constitucionalización de los instrumentos de derechos humanos que determina que el intérprete deba [...] seleccionar y aplicar la norma que en cada caso resulte más favorable para la persona humana, para su libertad y sus derechos, cualquiera fuera la fuente que la suministre, ya sea interna o internacional [...] (cfr. Bidart Campos G., *Tratado Elemental*



de Derecho Constitucional Argentino, tomo I-A, 2000, Ediar, Buenos Aires, pág. 390, en igual sentido aut.cit en Las Fuentes del Derecho Constitucional y el Principio Pro Homine, publicado en AAVV, El Derecho Constitucional del Siglo XXI: Diagnóstico y Perspectivas, coord. Bidart Campos, G.y Gil Domínguez, A, Ediar, 2011, pág. 13 cit. por Rodolfo Ariza Clérici en "Interpretación Constitucional" Principio Pro Hominis www.círculodoxa.org 2010). En ese mismo orden de ideas se pronunció la C.S.J.N. en la causa "Madorrán", al decir: [...]" Luego, el decidido impulso hacia la progresividad en la plena efectividad de los derechos humanos que reconocen, propia de todos los textos internacionales anteriormente aludidos y muy especialmente del mencionado Pacto (art. 2.1 [...] sumado al principio pro homine, connatural con estos documentos, determinan que el intérprete deba escoger dentro de lo que la norma posibilita, el resultado que proteja en mayor medida a la persona humana. Y esta pauta se impone aun con mayor intensidad, cuando su aplicación no entrañe colisión alguna del derecho humano así interpretado, con otros valores, principios, atribuciones o derechos constitucionales..." (Fallos 330:1989 (Consid. 8º). En definitiva, el principio pro homine como criterio de interpretación reclama estar siempre a la norma más favorable a la vigencia de los derechos, es decir, se debe acudir a la más amplia o a la interpretación más extensiva cuando se trata de reconocer derechos protegidos; y proceder de manera opuesta, esto es, aplicar la norma o la interpretación más acotada, cuando se trate de restricciones de derechos. A su vez, el principio in dubio pro justicia socialis fue reconocido y definido por la C.S.J.N., ya en 1974 en el caso "Bercaitz" al reprobar toda exégesis restrictiva de los derechos sociales y sostener:... Y como esta Corte lo ha declarado, 'el objetivo preeminente' de la Constitución, según expresa su preámbulo, es lograr el bienestar general" (Fallos: 278:313), lo cual significa decir la justicia en su más alta



expresión, esto es, la justicia social cuyo contenido actual consiste en ordenar la actividad ínter subjetiva de los miembros de la comunidad y los recursos con que ésta cuenta con vistas a lograr que todos y cada uno de sus miembros participen de los bienes materiales y espirituales de la civilización. Por tanto, tiene categoría constitucional el siguiente principio de hermenéutica jurídica: in dubio pro justicia socialis. Las leyes deben ser interpretadas a favor de quienes al serles aplicadas con este sentido consiguen o tienden a alcanzar el 'bienestar', esto es, las condiciones de vida mediante las cuales es posible a la persona humana desarrollarse conforme a su excelsa dignidad" ... (Fallos: 298.430). Por otra parte, y como se adelantara supra, los instrumentos internacionales en materia de derechos sociales (Convención Americana sobre los Derechos Humanos, Art. 26; Protocolo Adicional de San Salvador, Art. 1, Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Art. 2.1), establecen la obligación de progresividad y la correlativa prohibición de regresividad. La primera de ellas está estrechamente vinculada a la noción de progreso. Es decir, la obligación a cargo de los Estados partes de mejorar las circunstancias, medios y condiciones para el pleno goce y ejercicio de los derechos sociales y de manera paralela la prohibición de regresividad, por la cual los Estados asumen el compromiso de no adoptar políticas, medidas o normas que menguen el nivel del goce de estos derechos. (Cfr. Víctor Abramovich- Christian Courtis, El umbral de la ciudadanía- El significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional. Ed. Estudios del Puerto, Buenos Aires, 1ª.edición, 2006, págs. 57/63). Cabe señalar, que estas pautas son coadyuvantes del principio protectorio, por cuanto están orientadas a dar preferencia a la interpretación que con mayor efectividad resguarde los derechos humanos involucrados. Este es el marco que moldea la consideración de las circunstancias concretas de la presente



causa, en la que se debate un derecho social como lo es el seguro de vida colectivo, consagrado por el propio Estado para atender a la protección del ser humano. Por lo que sólo cabe concluir en el rechazo de interpretaciones restrictivas y privilegiar la interpretación extensa a favor de quienes las normas, a través de esta herramienta de la seguridad social, buscan proteger. ..."

Mas preciso sobre la aplicación de las previsiones de la Ley 24240 a los seguros de vida colectivo, y en particular el criterio de interpretación del contrato regido por su art. 37 cuanto establece que debe concretarse favoreciendo la posición contractual del consumidor, el Dr. Moya en la causa "FERREYRA MARÍA SILVANA C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD" (Expte. Nro. 97 - año 2011 - Acuerdo Nro. 38 - 21.12.2012):

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

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

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

Y es por la característica antes descripta, que la línea interpretativa a seguir, con el objeto de juzgar sus



cláusulas, está orientada a satisfacer necesidades esenciales del individuo.

Así se ha dicho en criterio que comparto: "En el seguro colectivo, un apego literal al texto de las cláusulas, o su consideración abstracta, o aislada que prescinda de su verdadero sentido y omita consultar los datos que proporciona la realidad y el resultado de la interpretación, a la vez que podría poner en peligro el logro del propósito tuitivo del seguro social, posibilitaría desligar al Estado del cumplimiento del deber ético que tiene con los particulares, el cual adquiere singular significación cuando su actividad está orientada, como ocurre con el seguro social, a satisfacer funciones esenciales..." (C.N. Civ. y Com. Fed, Sala I Sent. 11-1981, "Argiz de Blanc Aurora c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro", ub. en J.A. 1982-III- pág. 391).

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

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

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



una decisión arbitraria y carente de sustento en las constancias de autos.

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

Y que, de tal directiva se desprende la operatividad del Art. 37 de la normativa mencionada, en cuanto establece que la interpretación del contrato debe hacerse favoreciendo la posición contractual del consumidor, representado en el sub-examen por la accionante... ".

En orden a las consideraciones expuestas, y como anticipara, procede hacer lugar a la demanda en la parte que incluye el reclamo por la diferencia resultante de la liquidación practicada por la Aseguradora (\$593.562,00), y el establecido en la póliza conforme las circunstancias del caso descriptas, esto es considerando el haber mensual al momento en que al actor se le comunicó que se le reconocería su derecho en el mes de marzo de 2014 ($\$37,876,41 \times 20 = \$757.528,20$) que asciende a la suma de \$163.966,29.

IV.- Dicho importe devengará intereses a la tasa activa del Banco de la Provincia del Neuquén con más los intereses que se calcularán desde el 25 de marzo de 2014 (15 días posteriores a la comunicación de fecha 10.03.2015) 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 la última 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).



V.- Respecto al daño moral y punitivo reclamados, al no haberse acreditado los presupuestos para su procedencia, habrán de ser rechazados.

VI.- Por lo expuesto, propiciaré al acuerdo que, receptando el recurso de apelación, se revoque la sentencia de grado, y haciendo lugar parcialmente a la demanda, condenar a la accionada al pago de la suma de \$163.966,29, con más los intereses fijados en el considerando IV, y hasta el efectivo pago.

VII.- Atento la forma en cómo se decide, las costas de ambas instancias se impondrán a la accionada en su calidad de vencida (art. 17 Ley 921).

VIII.- Dejar sin efecto la regulación de honorarios y cumplir con una nueva conforme el resultado que arroje la planilla que se practique incluyendo capital e intereses, a cuyo fin se establecen los siguientes porcentajes: el 18% para el letrado patrocinante del actor y 7,2% para su apoderado, y para los profesionales de la demandada que actuaron en el mismo carácter en el 70% de aquellos (arts. 6,7, 9, 10, 37 s.s. y c.c. L.A.).

Los honorarios devengados en la Alzada se determinan en el 30% de los señalados para la instancia de grado para los letrados de la parte actora, y en el 25% para los de la demandada (art. 15 L.A.).

Existiendo disidencia en los votos que antecede, se integra Sala con el **Dr. Jorge PASCUARELLI**, quien manifiesta:

Por compartir la línea argumental y solución propiciada en el voto del Dr. Medori, adhiero al mismo.

Por todo ello, **la SALA III POR MAYORIA,**

RESUELVE:

1.- Revocar la sentencia dictada a fs. 294/300 vta, haciendo lugar parcialmente a la demanda incoada, y en



consecuencia, condenar a Sancor Cooperativa de Seguros Limitada a abonar a Daniel Bello, en el plazo de diez días de notificada, la suma de PESOS CIENTO SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS CON VEINTINUEVE CENTAVOS (\$163.966,29), con más los intereses fijados en el Considerando IV y hasta su efectivo pago, de conformidad a lo explicitado en los presentes.

2.- Imponer las costas de ambas instancias a la accionada en su calidad de vencida (art. 17 ley 921).

3.- Dejar sin efecto los honorarios regulados en la instancia de grado, los que deberán adecuarse al nuevo pronunciamiento (art. 279 C.P.C.C.), en la oportunidad del art. 51 de la ley 921, incluyendo capital e intereses a cuyo fin se establecen los siguientes porcentajes; el 18% para el Dr. ..., patrocinante del actor; 7,2% para el Dr. ..., apoderado, y para los profesionales de la demandada, Dres. ... y ..., que actuaron en el mismo carácter en el 70% de aquellos (arts. 6, 7, 9, 10, 37 s,s, y c.c. L.A.).

4.- Regular los honorarios de los letrados intervinientes en esta Alzada, en el 30% a los letrados de la actora y en el 25% a los letrados de la demandada, de lo que oportunamente se fije en la instancia de grado a los que actuaron en igual carácter (art. 15 L.A.).

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

Dr. Fernando Marcelo Ghisini - Dr. Marcelo Juan Medori - Dr. Jorge Pascuarelli

Dra. Audelina Torrez - SECRETARIA