----En la ciudad de Trelew, a los días de junio del año dos mil dieciocho, se reúne la Sala “B” de la Cámara de Apelaciones de esta ciudad, con la Presidencia del Dr. Aldo Luis De Cunto y presencia de los Sres. Jueces del Cuerpo Dres. Sergio Rubén Lucero y Raúl Adrián Vergara, para celebrar Acuerdo y dictar sentencia definitiva en los autos caratulados: **“Q.B.H c/ N.S S.A. s/ Daños y Perjuicios” (Expte. N° 625 – año 2017 CAT)** venidos en apelación. Los Sres. Magistrados resolvieron plantear las siguientes cuestiones: PRIMERA: ¿Se ajusta a derecho la sentencia apelada? y SEGUNDA: ¿Qué pronunciamiento corresponde
dictar? y expedirse en orden al sorteo practicado a fs. 774. ----------
---**A LA PRIMERA CUESTIÓN**, el Dr. De Cunto dijo:----------
----Vienen estas actuaciones a conocimiento de la Alzada con motivo del recurso de apelación interpuesto a fs. 743 por la parte demandada contra la sentencia de fs. 728/740 vta. que desestimara la excepción de prescripción interpuesta por la demandada, haciendo lugar a la acción de daños y perjuicios entablada por B.H.Q contra N.S S.A., condenado a esta última a que abone a aquélla la suma de $ 43.757,50 con más intereses y costas. Asimismo se declara que la tercera citada Paraná Seguros S.A. no podrá ser alcanzada por la presente, sin perjuicio de una eventual acción que en su contra se considere con derecho a entablar la demandada citante, imponiéndose las costas en el orden causado por la participación de la tercera. A fs. 755/vta. se dicta sentencia aclaratoria. ----------A fs. 744 se concede el recurso, obrando la expresión de agravios a fs. 769/771 vta., cuyo pertinente traslado conferido a fs. 772 no fuera contestado.----------I.- Comenzaré reseñando los agravios vertidos por la recurrente. ----------1) La apelante cuestiona, en primer lugar, que se rechazara la excepción de prescripción. A tal fin aduce que el juez consideró que a partir de la notificación del rechazo del siniestro por su parte se produjeron reclamos de la actora ante la Oficina de Defensa de Derechos del Consumidor, el 09/12/04, remitiéndose las actuaciones a la Superintendencia de Seguros de la Nación el 17/03/06, habiendo la actora incoado la demanda el 19/11/08, por lo que se concluyó que no transcurrió el plazo de tres años de la ley 24240.----------
----------Se agravia por cuanto el “a quo” pretende desconocer las causas de interrupción de la prescripción del C. Civil, que en su art. 3986 establece que ello se presenta en el caso de demanda judicial. Agrega que la iniciación y prosecución de reclamos administrativos no son causa de interrupción de la prescripción, por lo que, aun aplicando la ley 24240, desde la notificación del rechazo del siniestro el 08/11/04 hasta el inicio de las acciones ante juez incompetente el 19/11/08, transcurrieron más de tres años. Y más aun si se considera, como lo sostuviera su parte, que corresponde aplicar el plazo contemplado en el art. 58 de la ley 17418. Se explaya acerca de la necesidad de otorgar seguridad a las relaciones jurídicas como fundamento de la prescripción, citando jurisprudencia en apoyo de su postura. ----------2) Como segunda queja objeta que el juez sostuviera que fue equivocado el rechazo del siniestro por la aseguradora, con

fundamento en que el inicio de la patología fue anterior a la fecha de comienzo de la cobertura. Señala que el sentenciante se basa en que la asegurada obtuvo dictamen de la comisión médica y la jubilación por invalidez una vez vigente la cobertura, de lo que se agravia, ya que la actora padecía las patologías invalidantes desde el año 1999 y no asistía a su trabajo desde el año 2001. Agrega que el contrato de seguro con su representada es nulo ya que al momento de su inicio, el siniestro ya había ocurrido, de conformidad con lo dispuesto por el art. 3 de la ley 17418. Destaca que al estar la actora imposibilitada de prestar tareas desde 2001, cabe concluir que se encontraba afectada de invalidez total permanente -riesgo
asegurado- desde entonces. ----------

----Añade que el reconocimiento administrativo de la invalidez que surge del otorgamiento de la jubilación por tal motivo, no es constitutivo, sino declarativo de la misma. Afirma que su parte no contaba con información respecto del estado de salud de Q. dado que el contratante no se la suministró, dependiendo de los datos aportados por el empleador. Resalta que el riesgo cubierto era el estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, cuando el mismo no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que dicho estado haya continuado ininterrumpidamente por tres meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia del seguro y antes de cumplir los 65 años de edad, excluyéndose expresamente los casos que
afecten al asegurado en forma parcial o temporal. ----------

---Reitera que no cabe duda que el inicio de las patologías tuvo como fecha el año 1999, esto es, antes del comienzo de la vigencia de la cobertura el 01/03/03. En cuanto al cobro de las primas expresa que no hubo mala fe de su parte ya que no le es atribuible violación al deber de información al asegurado acerca de las condiciones de la contratación, ya que la póliza se encontró en todo momento a disposición de los mismos. ----------

----------3) Como tercer agravio cuestiona que se excluyera de responsabilidad a la tercera citada dado que el siniestro de invalidez total y permanente no se produce con el reconocimiento administrativo sino en el momento en que el asegurado no puede realizar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa. Destaca que la actora dejó de concurrir a sus tareas en 2001 cuando la cobertura asegurativa la tenía la otra empresa, quien percibía las primas en dicho
momento. ----------

----Como cuarto agravio cuestiona los honorarios regulados por elevados. Finalmente objeta la imposición de costas, ya que entiende que, de acuerdo a las particularidades del caso, su representada pudo considerarse con derecho a decidir el rechazo del siniestro en base a la documentación médica aportada por la actora. ----------

---Formula reserva de acudir ante la Corte Suprema de la Nación y efectúa el petitorio
de estilo.----------

----II.- Delimitada la materia sobre la cual habrá de ejercer este Cuerpo la facultad revisora, paso a tratar los agravios arriba apuntados. ----------

---1) El juez de grado, al examinar la excepción de prescripción, destacó que quedó firme y consentida la sentencia interlocutoria N° 103/2015 del 19/06/15 que declaró aplicable a las presentes actuaciones las previsiones de la Ley de Defensa del Consumidor (ver fs. 456/460), de lo que coligió que el plazo de prescripción aplicable resulta ser el de tres años previsto por el art. 50 de la ley 24240 (ver sentencia a fs. 732 vta., 2do. párrafo). Dicho argumento del juzgador no fue atacado en el primer agravio, por lo que cabe desechar lo expuesto por la recurrente en cuanto a que se considere el plazo anual del art. 58 de la ley 17418 (ver fs. 769, 3er. párrafo).----------Por lo demás cabe señalar que con el dictado de la ley 26361, el art. 50 de la ley 24240 al incluir a las acciones judiciales no ofrece dudas. Es que la mayor objeción que se hacía al texto anterior, era que el artículo de la prescripción sólo era aplicable a las sanciones administrativas, ya que se ubicaba dentro del capítulo XII, “Procedimientos y sanciones”, objeción que desaparece frente a la claridad de la redacción del nuevo art. 50 que establece que el término de tres años se aplica tanto a las acciones judiciales, como a las administrativas y a las sanciones que surgen de la ley. Y el art. 50, también establece *“…Cuando por otras leyes generales o especiales se fijen plazos de prescripción distintos del establecido precedentemente se estará al más favorable al consumidor o usuario…”.* Por lo tanto el plazo de tres años sólo se aplicará cuando sea el asegurado quien debe iniciar la acción. Cuando el asegurador deba demandar al asegurado, el plazo será el del art. 58 de la ley 17418, es decir un año, por ser el más favorable al consumidor (conf. Mangialardi, Eduardo, en López Herrera, Edgardo: “Tratado de la Prescripción Liberatoria”, Abeledo Perrot, 2009, pág. 737/738). ----------Esta última consideración ratifica lo concluido por el juzgador, atento a que, en la especie, se está frente a una acción incoada por la beneficiaria del seguro contra la compañía aseguradora.----------

Despejado el aspecto relativo a que el plazo de prescripción aplicable es el trienal del art. 50 de la ley 24240, el aspecto central del primer agravio radica en que se objeta que el juez no tuvo en cuenta el art. 3986 del C. Civil que dispone que la prescripción se interrumpe por la demanda judicial y no por reclamos administrativos (ver fs. 769, últimos párrafos/vta., primeros párrafos). Al respecto en primer lugar encuentro acertado que se invoque el C. Civil y no el C. Civil y Comercial, ya que se trata del código que se encontraba vigente al tiempo de promoción de la presente demanda -20/08/09- (ver cargo de fs. 90 vta.), y con mayor razón en la demanda antecedente, el 19/11/08 (ver cargo de fs. 103 del expediente N° 201, Año: 2008). ----------

---No obstante ello lo que nuevamente olvida, o pretende desconocer la quejosa, es que la resolución de fs. 456/460 ha quedado firme y consentida, por lo que corresponde aplicar la normativa de la ley 24240. Y el art. 50 de dicha norma expresamente prevé, en su última parte, que *“La prescripción se interrumpirá por la comisión de nuevas infracciones o por el inicio de las actuaciones administrativas o judiciales”.* Y es en base

a dicha norma que el juzgador consideró que la presentación efectuada en la Oficina de Defensa del Consumidor de la Municipalidad de Trelew de fecha 09/12/04 habría interrumpido el curso de la prescripción (ver sentencia a fs. 734, 2do. párrafo “in fine”). Por su parte, sobre el comienzo de dicho plazo, el sentenciante razonó que comenzó desde que el reclamo se tornó procedente, esto es, el 18/03/04, fecha en que la actora fue notificada por la Dirección de Previsión del Instituto de Seguridad Social y Seguros del dictamen emitido por la Comisión Médica, según notificación glosada a fs. 613 (ver sentencia a fs. 732, último párrafo/vta., 1er. párrafo). Es de destacar que el comienzo del curso de la prescripción desde esta fecha no es cuestionado por la quejosa, es más, lo sitúa más adelante en el tiempo, el 08/11/04 fecha en que se notificó a la actora el rechazo del siniestro por parte de la aseguradora (ver fs. 769, 2do. párrafo, y carta documento de fs. 83). Lo que sí cuestiona la apelante es que entre esa fecha, 08/11/04, y la de promoción de la demanda (19/11/08, cargo de fs. 103 del expediente 201/08) habían transcurrido más de tres años (ver fs. 769 vta., 2do. párrafo).----------

---De acuerdo a la aplicación del art. 50 de la ley 24240, el juez “a quo” efectuó un estudio cronológico por el cual enumeró que en el expediente administrativo 953/2008 caratulado “Presunta infracción a la ley 24.240 cometida por N.S de Vida S.A. s/ extracto Exte.-7800/04 MT” (que en copia certificada tengo a la vista) surge que a fs. 03 obra la denuncia de la aquí actora por ante la Oficina de Defensa del Consumidor de la Municipalidad de Trelew en fecha 09/12/04. A fs. 16, en fecha 03/02/05 obra acta de audiencia de conciliación entre las partes, en la cual la aseguradora rechaza la denuncia, solicitando la citación de Paraná Compañía Argentina de Seguros S.A.. A fs. 28 obra otra acta de audiencia del día 31/03/05 con la presencia de ambas aseguradoras, en la que se rechaza la cobertura por la segunda aseguradora citada. A fs. 38 luce otra acta de audiencia del 08/06/05 a la que compareció solamente la denunciante. A fs. 44/46 obra la Disposición N° 046/2004 del Director del Programa de la Oficina de Defensa del Consumidor, de julio de 2005 -no se consigna el día- por la que se dispone remitir las actuaciones a la Dirección de Industria y Comercio de la Provincia del Chubut. A fs. 53 obra una nota del 13/02/06 por la cual la Dirección de Defensa del Consumidor remite las actuaciones a la Superintendencia de Seguros de la Nación. A fs. 54, el 17/03/06 este último organismo devuelve las actuaciones a la Dirección de Defensa del Consumidor del Chubut, solicitando datos de la anterior compañía donde estuvo asegurada la denunciante. A fs. 56 vta. se notifica de ello a la aquí actora con fecha 06/04/06. A fs. 66, el 11/04/06 obra una nueva remisión a la Superintendencia de Seguros de la Nación, dando cuenta del envío de la póliza y legajo de la compañía Paraná Seguros, quedando a la espera de pronta respuesta. Esa es la última actuación administrativa (ver sentencia a fs. 734 “in fine”/735, 1er. párrafo).----------La actora, como se dijo, promovió la primera demanda judicial el 19/11/08 (ver fs. 108 del expediente 201/2008), y la presente el 20/08/09 ante la Justicia Federal (ver cargo de fs. 90 vta.). Es así que el juez de grado concluyera que no transcurrió el plazo de tres años en ninguno de los espacios temporales aludidos (ver sentencia a fs. 735, 2do. párrafo). Como se

aprecia el argumento de la apelante es que no corresponde conferir efecto interruptivo de la prescripción a las actuaciones administrativas, de allí que aun tomando el plazo de tres años, entiende que el mismo transcurrió entre el 08/11/04 y el 19/11/08, porque considera que debe aplicarse el art. 3986 del C. Civil. Dicho argumento no toma en cuenta que en las últimas décadas se ha producido un proceso de "descodificación" del derecho privado, en cuanto han surgido "microsistemas" y "subsistemas" jurídicos, que se encuentran en un mismo nivel que el código, y si bien, haciendo la comparación con el sistema solar, el código sigue siendo el sol, los microsistemas son planetas "iluminados" por el código, pero que giran con su propia autonomía. Y entre los mencionados microsistemas, se menciona a los de la empresa, de protección del consumidor, de daños, al derecho ambiental (conf. Lorenzetti, Ricardo Luis: "Las normas fundamentales del derecho privado, Rubinzal-
Culzoni Editores, 1995, págs. 14/19). ----------
---Es así que se ha entendido que, en cuanto a la interrupción de la prescripción, rigen las normas generales del C. Civil, a las que se agregan por imperio del artículo 50 referido, la comisión de nuevas infracciones o el inicio de actuaciones administrativas o judiciales. Es que el inicio de este tipo de actuaciones interrumpe la prescripción para ambos tipos de acciones (conf. Vázquez Ferreyra, Roberto, en Picasso-Vázquez Ferreyra: "Ley de Defensa del Consumidor Comentada y Anotada", Ed. La Ley, 2009, T° I, págs. 581/582). Es por ello que de acuerdo al art. 50 de la ley 24240, texto ordenado según la ley 26361 vigente al tiempo de interposición de la demanda, corresponde conferir efectos interruptivos a las actuaciones administrativas mentadas, por lo que cabe considerar que no ha transcurrido el plazo de prescripción, procediendo el rechazo del agravio. Todo ello sin dejar de advertir, sin consecuencias en el presente caso, que el actual art. 50 de la ley 24240, texto ordenado según ley 26994 dispone: *"Las sanciones emergentes de la presente ley prescriben en el término de tres (3) años. La prescripción se interrumpe por la comisión de nuevas infracciones o por el inicio de las actuaciones administrativas".* ----------En síntesis, por todo lo expuesto, es que postulo la desestimación de este primer
agravio.----------
----2) En segundo lugar se cuestiona que el fundamento del sentenciante, para acoger la demanda, radicó en que la asegurada obtuvo dictamen de la comisión médica y la jubilación por invalidez cuando ya se encontraba vigente la cobertura con su parte, porque en ese entonces fue cuando la actora tuvo conocimiento de su invalidez. La objeción se centra en que la contraria padecía las patologías invalidantes desde 1999 y desde el año 2001 no asistía a su trabajo. Es por ello que entiende que el contrato con su parte es nulo ya que al momento del inicio del mismo, el siniestro ya había ocurrido, de acuerdo a lo establecido en el art. 3 de la ley 17418. Arguye que el reconocimiento administrativo no es constitutivo de la invalidez, sino declarativo de la misma (ver fs. 770/771, pto. III). El tercer agravio se encuentra íntimamente ligado al precedente, en realidad es su consecuencia, atento a que se considera que el siniestro ocurrió durante

la vigencia del anterior contrato de seguro, por lo que cuestiona que la condena no alcance a la anterior aseguradora, pidiendo que se la condene (ver fs. 771, pto. IV). Dada la conexión entre ambas quejas, la suerte del tercer agravio dependerá de la del segundo. ----------

----En lo que se refiere a la nulidad del contrato suscripto con la demandada, se fundamenta en lo dispuesto por el art. 3 de la ley 17418 que, en su primera parte estipula *"El contrato de seguro es nulo si al tiempo de su celebración el siniestro se hubiera producido o desaparecido la posibilidad de que se produjera".* El punto es que, al contestar demanda a fs. 237/245 vta., la ahora recurrente no reconvino ni opuso la defensa de nulidad del contrato, sino que por las mismas razones por las que ahora invoca la mentada nulidad, sólo dedujo la excepción de falta de legitimación pasiva (ver fs. 240 vta./241) y solicitó la citación de la anterior aseguradora (ver fs. 243 vta., pto. VII).----------

----En consecuencia de lo anterior, es claro que no se propuso al juez "a quo" que se expidiera sobre la ahora pretensa nulidad, por lo que la accionada, que bien pudo haber esgrimido dicha circunstancia en su responde no lo hizo. En razón de ello es que cabe estar a lo dispuesto por el art. 280 del rito. Es que se ha sostenido que el tribunal no podrá fallar sobre capítulos no propuestos a la decisión del juez de primera instancia (art. 277, 1er. párrafo del CPCCN). Queda así vedado a la Cámara tratar argumentos no propuestos en los escritos introductivos de la demanda, contestación o reconvención en su caso, precisamente, como destaca Chiovenda, porque a la demanda nueva propuesta en apelación le faltaría el primer grado de jurisdicción. En consecuencia, la expresión de agravios no es la vía pertinente para introducir nuevos planteamientos o defensas que debieron deducirse en el correspondiente estadio procesal (conf. Fenochietto-Arazi: "Código Procesal Civil y Comercial de la Nación Comentado", Ed. Astrea, 1993, T° 1, pág. 958). ----------

---Descartada la posibilidad de atender la invocación de nulidad referida "ut supra", resulta conveniente recordar el razonamiento del juzgador sobre la cuestión planteada en este agravio. El mismo comenzó por señalar que no se encuentra controvertida la celebración de los contratos de seguros que dieron origen al pleito, como tampoco las fechas en las que la demandante -entiendo que existe un error involuntario al decir demandada- se notificó del grado de su dolencia con la celebración de las Juntas Médicas, ni de las del ingreso de las solicitudes de cobertura, ni las de las circunstancias en las que la aseguradora declinó su responsabilidad (ver sentencia a fs. 735, último párrafo/vta., 1er. párrafo). Hace referencia a las constancias del expediente administrativo que tramitara por ante la Oficina de Defensa del Consumidor, surgiendo de fs. 57/58 del mismo (expte. 953/2008, que en copia certificada tengo a la vista) que la aquí demandada informó que el 01/03/03 entró en vigencia la Póliza 1142 Seguro Colectivo de Vida Optativo que incluía a B.H.Q, que el 25/10/04 se recibió la denuncia de siniestro por invalidez total y permanente, solicitándose el pago de la indemnización, y que en virtud de haberse iniciado la invalidez total y permanente antes de la entrada

en vigencia de la póliza, el 08/11/04 se declinó la responsabilidad, lo cual se constata con las cartas documentos de fs. 83/85 de esta causa (ver sentencia a fs. 735 vta., 2do. párrafo). En base a lo anterior coligió el sentenciante que no existe controversia acerca de la vigencia de la póliza -01/03/03-, y que el encuadre del siniestro fue la figura de "invalidez total y permanente" (ver sentencia a fs. 735 vta., anteúltimo párrafo).----------

----Seguidamente refiere que la aseguradora basa su rechazo en que el origen de la invalidez data de una fecha anterior al inicio de la vigencia de la cobertura en la cláusula primera del convenio por cobertura de invalidez total y permanente que reza, en su primer párrafo: *"La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal"* (ver fs. 166). También se menciona que el rechazo se basa en el dictamen de una Junta Médica del 22/02/02 que da cuenta de enfermedades de la actora (ver fs. 223), documental no desconocida por la actora (ver traslado a fs. 249 y respuesta a fs. 250/251) (ver sentencia a fs. 736, 2do. párrafo).----------

El "a quo" valoró también el expediente previsional que en copia certificada obra a fs. 561/631, del que surge que se otorgó la jubilación por invalidez a la actora por Resolución 0844 del 29/07/04, así como en el mismo consta el informe de la Junta Médica que da cuenta de que Q. no concurría a sus tareas desde el año 2001 (ver fs. 601, Anamnesis) (ver sentencia a fs. 736, antepenúltimo párrafo). Luego de aludir al concepto de siniestro, y a la normativa relativa al seguro de contratación colectivo (ver sentencia a fs. 736 "in fine"/vta.), argumentó que la circunstancia que daría lugar a la percepción de la póliza por parte del asegurado, sería encontrarse en situación de incapacidad total y permanente. Tras referir a la configuración de este concepto en la Ley de Riesgos del Trabajo (ver sentencia a fs. 737), razonó que una cosa es conocer el padecimiento de una enfermedad y otra determinar los efectos de la misma sobre la capacidad del agente, y que lo que genera el derecho a percibir la indemnización no es la enfermedad sino la incapacidad generada por ella (ver sentencia a fs. 737 vta., 2do. párrafo).----------

--A ello, el juez añadió en su argumentación, que el comportamiento de la demandada durante la relación contractual fue cuanto menos errático. Al respecto destaca que la actora adjuntó las constancias de las retenciones que se dedujeron de los haberes para el pago de la prima (ver fs. 639/667). Asimismo agrega que no se ha probado que la actora tuviera conocimiento de la invalidez y su grado con anterioridad al momento de su determinación por parte de los médicos, ya que las licencias muestran el inicio de una enfermedad pero no los alcances de su aptitud invalidante. A ello adiciona que la

demandada no requirió información a la asegurada o al tomador respecto de la salud de la beneficiaria, argumentos que completa con citas jurisprudenciales (ver sentencia a fs. 737 vta., dos últimos párrafos/739). ----------

---Ha de recordarse que todo el fundamento de la recurrente en este agravio radica en que el inicio de la patología de la actora data del año 1999 y que la misma se encontraba imposibilitada de realizar tareas desde el año 2001, así como que el reconocimiento administrativo de la invalidez es declarativo y no constitutivo (ver fs. 770/771, pto. III). Como se puede apreciar no se confutó ni se aludió en el agravio a las razones dadas por el juzgador, dentro de las cuales enumero: la distinción entre la enfermedad y la consecuencia incapacitante generada por la misma, que no está probado que la actora supiera el grado de invalidez padecida en un momento anterior a la determinación por parte de los médicos y que la aseguradora no requirió información respecto del estado de salud de la beneficiaria.----------

--A la luz de lo antedicho postulo que la apelante incurrió en deserción parcial en cuanto a este agravo se refiere. Es que debe recordarse que la expresión de agravios debe contener un análisis de la sentencia, señalando y demostrando, punto por punto, los errores en que se ha incurrido y las causas por las cuales el pronunciamiento se considera injusto o contrario a derecho (conf. CN. Civ., Sala A, 12/11/81, LL, 1982-A352; íd., Sala E, 7/2/86, LL, 1986-E-206; íd., Sala F, 14/2/85, LL, 1985-C-644, 36.876S). En sentido concordante se ha sostenido que la expresión de agravios carece de contenido si el escrito se limita a hacer afirmaciones de carácter general (conf. CN. Civ., Sala A, 12/2/87, LL, 1987-B-123), sin indicar con precisión, punto por punto, los pretendidos errores u omisiones que se atribuyen al pronunciamiento (conf. CN. Civ., sala G, 10/2/87, LL, 1987-B-288; CN. Fed. Civ. y Com., Sala III 23/10/90, RepJA, 1991818, nº 34), o si no se ataca concreta y frontalmente los verdaderos fundamentos del fallo (conf. C 1era. Apel. San Nicolás, 29/4/71, LL, 143-100). ----------

--------Sin perjuicio de lo anterior, es de recordar que Halperin sostenía que el siniestro es la realización del riesgo asumido por el asegurador que cause el daño previsto -en el seguro de intereses- o la consecuencia en la persona del asegurado y que se produce durante la vigencia material del seguro. De manera concordante Stiglitz señala que si al riesgo se lo define como la eventualidad prevista en el contrato de seguro, se puede afirmar que el siniestro es la realización o materialización de dicho riesgo, es el evento dañoso configurativo de uno de los elementos del riesgo (juntamente con la posibilidad) a cuya verificación se halla subordinada, en principio, la obligación principal asumida por el asegurador (conf. López Saavedra, Domingo M.: “Ley de Seguros Comentada y Anotada”, Ed. La Ley, 2007, págs. 64/65).----------

---En la especie, y como bien lo señaló el juez de grado, el beneficio debía concederse ante el estado de invalidez total y permanente, por lo que la materialización del riesgo, el evento dañoso que debía verificarse, era dicho estado de invalidez, lo cual fue determinado por la Comisión Médica constituida en el expediente previsional en febrero de 2004, al dictaminar un porcentaje de incapacidad del 69,4% (ver fs. 610), porcentaje

que se compadece con lo establecido en el art. 8, inc. 2 de la ley 24557. Es de hacer notar que el acta de Junta Médica de fs. 223, del 22/02/02, concluyó que la actora no se encontraba en condiciones de trabajar, pero no determinó el estado de invalidez total y permanente. No se me escapa que en el seguro de accidentes personales -al que se asimila el aquí en cuestión-, la calificación de la incapacidad (parcial o total) no resulta necesariamente coincidente con que el asegurado haya obtenido la jubilación por invalidez, ya que la misma se rige por otros parámetros (conf. CN. Civ. y Com. Federal, sala II, 22/10/96, RJSAER, N° 28, p. 262). Pero lo cierto es que en el "sub exámine" no existió determinación del estado de invalidez cubierto hasta el dictamen de la Comisión Médica obrante a fs. 601/610, esto es, en febrero de 2004, es decir, una vez vigente el contrato de seguro celebrado con la demandada. ----------

----A lo anterior cabe agregar que también se ha decidido que si la aseguradora no hizo cuestionamiento alguno acerca del estado del riesgo al celebrar el contrato, no puede hacerlo al momento del siniestro (conf. ED, 108-347). Y finalmente, debe considerarse que ha quedado firme la resolución de fs. 456/460 que declaró aplicable a los presentes actuados las previsiones de la Ley de Defensa del Consumidor. Entre las consecuencias de dicha aplicación cabe indicar que el art. 3 de la ley 24240, establece en su segundo párrafo "in fine" que *"En caso de duda sobre la interpretación de los principios que establece esta ley prevalecerá la más favorable al consumidor",* lo que refuerza la procedencia de la indemnización reclamada. ----------

Finalmente habré de añadir que en materia de interpretación del contrato de seguros se ha ponderado que la característica de permanente capacitación técnica es tal vez una de las más importantes de la profesionalidad mercantil, pues la misma se constituye como una carga que impone a la empresa con medios técnicos actualizados, personal en número y con conocimientos suficientes, como así también la permanente asistencia de asesores y expertos. Se concluye entonces que en virtud de esta carga se le imponga a las empresas la máxima y más estricta exigencia del "saber y actuar idóneo" del profesional mercantil en la interpretación de sus actos comerciales. Esta carga de los profesionales mercantiles en general también se verifica muy especialmente y con mayor rigor en la actividad de las empresas aseguradoras. Resulta así inexcusable que los aseguradores tengan y demuestren un actuar profesional diligente, como así también una regular observancia de las normas técnicas, económicas, financieras y reglamentos que legalmente les impone un ejercicio normal de la actividad. Por lo tanto, no resulta extraño que muchos de los fallos concordantes en tal sentido reafirmen estas cargas propias de la actividad profesional especializada de los aseguradores (conf. Castro Sammartino, Mario E. y Schiavo, Carlos Alberto:

"Seguros", LexisNexis, 2007, pág. 68). ----------

---Es así que jurisprudencialmente se decidió que cuando existe duda acerca de la extensión del riesgo en un contrato de seguro, debe estarse por la obligación del asegurador, pues se trata de quien redacta las condiciones del contrato y está en mejor situación que el asegurado para fijar precisa, clara e indubitablemente la extensión de la

obligación asumida, sin que pueda permitírsele crear en el espíritu del tomador la falsa creencia de una garantía inexistente (conf. CN. Com., Sala A, 9/11/2000, JA del 16/1/2002, p. 65; JA 2002-I-832). En sentido concordante se sostuvo que tratándose el seguro de un contrato de adhesión, siempre que exista una duda sobre el significado de una cláusula debe interpretársela en perjuicio de la parte que la ha redactado, siendo a cargo de quien impuso los términos de la póliza la prueba de los hechos en que se funda esa apreciación (conf. C. 1era. Civ. y Com. Mar del Plata, sala 2da., 7/11/2000, LLBA 2002-278).----------

---En síntesis, sin perjuicio de que se postula la deserción parcial de este agravio por insuficiencia técnica (conf. arts. 268 y 269 del CPCC), las consideraciones expuestas revelan que aun en el caso de que existiese duda respecto de la fecha del evento invalidante que generó la cobertura, la interpretación debe ser favorable a quien reclama la indemnización.----------

---3) Como consecuencia de lo razonado en el considerando precedente, corresponde desestimar el tercer agravio, ya que el mismo, como se dijo, es consecuencia del segundo. Es que su contenido radica en hacer responsable de la indemnización reclamada a la aseguradora anterior por considerar que el siniestro se produjo con el comienzo de la enfermedad de la accionante y que ésta no concurría a laborar desde el año 2001 (ver fs. 771, pto. IV). Es por ello que, reitero, ante la deserción de agravio anterior que cuestionaba la fecha de producción del siniestro cubierto, corresponde rechazar esta queja. ----------

---4) En cuarto lugar se objetan los honorarios regulados por considerarlos elevados (ver fs. 771, pto. V). Es sabido que la apelación de los emolumentos regulados en la sentencia tiene una vía procesal específica en el recurso previsto en el art. 48 de la ley XIII N°4, la que no fue deducida por la demandada. Es así que corresponde desestimar este agravio por no haberse interpuesto la vía recursiva específica al efecto. ----------Por último se cuestiona la imposición de costas, considerando que por las particularidades del caso, bien pudo su parte creerse con derecho a solicitar el rechazo de la demanda (ver fs. 771, pto VI). Al respecto debe recordarse que la eximición de costas que autoriza el art. 69, último párrafo del CPCC, es excepcional y de carácter restrictivo. Si bien la norma deja al juez un margen de arbitrio, sólo se debe eximir de costas sobre la base de circunstancias objetivas y muy fundadas, ya que de acordarse con laxitud, la vencida resultaría en verdad una parcial vencedora, al imponer al triunfante el sacrificio patrimonial constituido por el costo de la defensa de quien se vio obligado a litigar. También se ha sostenido que la sola creencia del litigante no es de por sí suficiente para eximirlo de costas, ya que debe mediar una convicción razonable que provenga de circunstancias objetivas que demuestren la existencia de un justificativo (conf. Fenochietto-Arazi: “Código Procesal Civil y Comercial de la Nación Comentado”, Ed. Astrea, 1993, T° 1, págs. 282/284). ----------En la especie no existen tales circunstancias objetivas, y con mayor razón cuando, como en la especie, la interpretación del contrato favorece a quien reclama la indemnización. Por las razones

expuestas se desestima este último agravio.----------III.-En consecuencia de lo expuesto y razonado, corresponderá propiciar al acuerdo que se confirme el fallo en crisis en todo cuanto ha sido materia de agravios, imponiendo las costas a la apelante vencida (conf. art. 69 del CPCC).----------En relación a la regulación de honorarios por las tareas realizadas en esta sede, en atención al mérito y extensión de los trabajos realizados, así como al resultado del pleito, propongo establecerlos en un 3,15%, en conjunto, para los letrados apoderados de la recurrente, Dres. Sebastián Ibáñez González y María Valentina Gutiérrez Aguirre, sobre el monto total de condena que resulte de la liquidación a practicarse en la etapa de ejecución de sentencia, y con más el IVA. (conf. arts. 5, 6, 8, 9, 18 y 46 de la ley XIII
Nº 4, y leyes 23349 y 23871). ----------
---Voto entonces a esta cuestión POR LA AFIRMATIVA.----------
----**A LA PRIMERA CUESTIÓN**, el Dr. Vergara dijo:----------
---1. Llegan a conocimiento de este Tribunal las presentes actuaciones como consecuencia del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada a fs. 743, concedido libremente a fs. 744, contra la sentencia definitiva dictada a fs. 728/740 y vta. y aclarada a fs. 755/vta. que desestimó la excepción de prescripción interpuesta por la accionada e hizo lugar a la demanda por daños y perjuicios entablada por Blanca Haydeé Q. contra N.S S.A. y condenó a esta última a que abone a la actora la suma de $43.757,50, con más los intereses a la tasa que aplica el Banco del Chubut S.A. para sus operaciones generales vencidas desde el 08/11/2004 y hasta el efectivo pago, y con imposición de costas. Asimismo dispuso que la tercera citada Paraná Sociedad Anónima de Seguros no podrá ser alcanzada por la presente, sin perjuicio de una eventual acción que en su contra se considere con derecho a entablar
la demandada citante.----------
---La expresión de agravios luce a fs. 769/771 y vta., el traslado conferido a fs. 772 no fue evacuado por la contraria, y la relación sucinta de las cuestiones planteadas fue desarrollada por el Dr. De Cunto, motivo por el cual y atendiendo a razones de brevedad procesal me remito a tales expresiones, sin perjuicio de las consideraciones que en su caso corresponda realizar. ----------2. En su primer agravio la recurrente impugna el rechazo de la excepción de prescripción al entender que el a-quo desconoce las causas de interrupción de la prescripción previstas en el Código Civil, atribuyendo tal carácter a acciones administrativas cuya promoción no resultan obligatorias ni preparatorias de la vía judicial. Asimismo sostiene que todas las acciones emergentes del contrato de seguro que las vinculaba se encontraban ampliamente prescriptas si se considera que es aplicable el plazo de prescripción contemplado en el art. 58 de la ley 17.418.----------En este último aspecto es evidente que tal postulación elude hacerse cargo de que el juzgador al analizar la excepción de prescripción a fs. 732 vta., segundo párrafo, puso de relieve que la sentencia interlocutoria que obra a fs. 456/460 se encuentra firme y la misma declaró aplicable en estos actuados las previsiones de la ley de Defensa del Consumidor. Así

expuso que: ***Sentado ello, vale aclarar que en autos ha quedado firme y consentida la sentencia interlocutoria Nº 103/2015 de fecha 19/06/15 que declaró aplicable a los presentes autos las previsiones de la Ley de Defensa del Consumidor, con lo que corresponde el análisis de las previsiones del Art. 50 de la Ley 24.240, en el texto que se encontraba vigente a la fecha de la configuración del siniestro. El mismo rezaba: "Las acciones y sanciones emergentes de la presente ley prescribirán en el término de tres (3) años. La prescripción se interrumpirá por la comisión de nuevas infracciones o por el inicio de las actuaciones administrativas o judiciales".***----------

---En tales condiciones, ese fundamento no fue objeto de crítica concreta y razonada por lo que corresponde desestimar el planteo de la quejosa en el sentido de considerar aplicable a la presente causa el plazo de prescripción de un año contemplado por el art. 58 de la ley 17.418. ----------

---Agrego que el art. 50 de la ley 24.240, sustituido por el art. 23 de la ley 26.361, establece que: "Prescripción. Las acciones judiciales, las administrativas y las sanciones emergentes de la presente ley prescribirán en el término de tres (3) años. Cuando por otras leyes generales o especiales se fijen plazos de prescripción distintos del establecido precedentemente se estará al más favorable al consumidor o usuario ...". Y a ese respecto se expresa que: De tal suerte, con la llegada de la ley 26.361 entonces- se consagró definitivamente el criterio de que el plazo mínimo de prescripción de las acciones -todas ellas- a que tuviera derecho el consumidor sería el más extenso, y consecuentemente se aplicaba el plazo de tres (3) años: *a)* en el contrato de seguro, cuando acciona el consumidor … (Vítolo, Daniel R., "Defensa del consumidor y del usuario", Editorial Ad-Hoc, 2015, pág. 166).----------

--Ello corrobora la conclusión del sentenciante a la que arriba a fs. 734, primer párrafo, luego de citar a fs. 733/vta. jurisprudencia y doctrina, en el sentido que: ***En consecuencia, el plazo de prescripción a tener en cuenta en la presente demanda es el trienal que disponía la mentada Ley de Defensa del Consumidor, y no el plazo anual que formula como excepción la codemandada N.S S.A. en su escrito de responde.***----------

---Paso entonces a considerar la crítica efectuada por la apelante al sostener que el aquo desconoce las causas de interrupción de la prescripción previstas en el art. 3986 del Código Civil ya que la iniciación y prosecución de reclamos administrativos no son causa de interrupción de la prescripción de las acciones. ----------

Destaco que resulta correcta la referencia al Código Civil pues ese ordenamiento era el vigente a la fecha de la iniciación de la demanda (20/08/09, cargo de fs. 90 vta.) y también al momento de interponer la anterior demanda (19/11/2008, Expte. N° 201 – Año 2008, presentación en Cámara de Apelaciones y cargo, fs. 103).----------Pese a ello es evidente que la recurrente evita considerar que la sentencia interlocutoria que obra a fs. 456/460 se encuentra firme y consentida y que por esa razón es de aplicación la ley 24.240. Por ello vuelvo a citar el art. 50 que en su último apartado dispone que: "…

La prescripción se interrumpirá por la comisión de nuevas infracciones o por el inicio de las actuaciones administrativas o judiciales.”----------Y con sustento en esa disposición el sentenciante a fs. 734, parte final del segundo párrafo, expresó que: ***De tal forma, y por mera aplicación del texto normativo, lo cierto es que la presentación efectuada en la Oficina de Defensa del Consumidor de la Municipalidad de Trelew de fecha 09/12/2004 habría interrumpido el curso de la prescripción. Por lo que no asiste razón a la codemandada N.S S.A. cuando apoya su defensa previa quitando efecto interruptivo a la acción entablada por la Sra. Q. en Defensa del Consumidor****.* ----------A su vez, acerca del inicio del plazo el fallo a fs. 732/vta., último y primer párrafo, respectivamente, señaló que el reclamo se tornó procedente a partir del 18/03/04, fecha en que la actora fue notificada por el I.S.S. y S. del dictamen emitido por la Comisión Médica, conforme notificación N° 381/04 glosada a fs. 613.----------Esa fecha de inicio del cómputo del plazo de prescripción no mereció impugnación por la apelante, y por lo demás esa parte ubicó la misma con posterioridad al aludir a la notificación del rechazo del siniestro por parte de la aseguradora (ver fs. 769, segundo párrafo del p. II, y fs. 769 vta., segundo párrafo), lo que acaeció el 08/11/04 a tenor de la carta documento que luce agregada a fs. 83.----------Ahora bien. La queja se centra en considerar que desde esa fecha y hasta la iniciación de la anterior demanda (19/11/08, Expte. N° 201 – Año 2008, presentación en Cámara de Apelaciones y cargo, fs. 103) transcurrió más de tres años (p. II, fs. 769 vta., segundo párrafo).----------Sobre el particular, el juzgador a partir de aplicar el art. 50 de la ley 24.240, sustituido por el art. 23 de la ley 26.361, efectuó una compulsa del Expediente Administrativo N° 953/2008 caratulado “Presunta infracción a la ley 24.240 cometida por N.S de Vida S.A. s/ extracto Exte. 7800/04 MT”, a cuyo detalle me remito (fs. 734/vta y fs. 735, primer párrafo) y que además fuera objeto de una detallada descripción por el vocal que me precede en la votación. Sin perjuicio de ello corresponde poner de relieve algunas de esas actuaciones. Así, del citado expediente que en este acto tengo a la vista surge el Acta de Denuncia que formulara Q., Blanca Haydee ante la Oficina de Defensa del Consumidor, Secretaría de Gobierno, Municipalidad de Trelew, con fecha 09 de diciembre de 2004 contra “NACIÓN VIDA”, por la cual solicita la intervención de esa Oficina por no haber tenido respuesta alguna sobre la liquidación por invalidez (fs. 03), diversas audiencias (fs. 16, 28, 38), el dictado de la Disposición N° 046/2004 del Director del Programa de la Oficina de Defensa del Consumidor que dispone remitir las actuaciones a la Dirección de Industria y Comercio de la Provincia del Chubut (fs. 44/46), remisión de la Dirección de Defensa del Consumidor dependiente de la Dirección General de Industria y Comercio del Ministerio de la Producción de la Provincia del Chubut a la Superintendencia de Seguros de la Nación (fs. 53), devolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación (fs. 54), notificación a la Sra. Q. del pedido formulado por la Superintendencia de Seguros de fecha 06/04/06 (fs. 56 vta.), y una última actuación de la Dirección de Defensa del

Consumidor del 11/04/06 remitiendo a la Superintendencia de Seguros de la Nación copia de la póliza N° 75018 y Legajo N° 3194 correspondiente a la Compañía Paraná Seguros, quedando a la espera de pronta respuesta. De tal modo, esta actuación del 11 de abril de 2006 es el último trámite cumplido en sede administrativa.-----Ya se precisó que la primera demanda judicial se inició el 19/11/08 (Expte. N° 201 – Año 2008, presentación en Cámara de Apelaciones y cargo, fs. 103) y la presente demanda se promovió ante la Justicia Federal el 20/08/2009 (cargo de fs. 90 vta.). Por esa razón, el juzgador a fs. 735, segundo párrafo, arribó a la conclusión de que no transcurrió en ninguno de los espacios temporales el plazo de prescripción de tres años. ------Destaco entonces que la postura de la recurrente se basa en que las actuaciones administrativas no interrumpen el curso de la prescripción y por eso invoca que entre el 08/11/04 y el 19/11/08 transcurrió el plazo de tres años.----------En ese contexto, la apelante pretende ignorar que si bien el Código Civil establece las causas de interrupción de la prescripción, a ellas se añaden las establecidas por el art. 50 de la ley 24.240, sustituido por el art. 23 de la ley 26.361, vigente a la época de la promoción de esta demanda -comisión de nuevas infracciones o inicio de actuaciones no sólo judiciales sino también administrativas-. Por ello, atendiendo a las actuaciones administrativas antes referidas, es evidente que las mismas interrumpieron el curso de la prescripción, por lo que no transcurrió el plazo de tres años. Se aclara que el texto del art. 50 de la ley de defensa del consumidor fue sustituido por el p. 3.4. de la ley 26.994 al establecer el plazo de tres años sólo en materia de sanciones pero ello carece de incidencia en la presente causa en virtud de que esa norma recién entró en vigencia el 01/08/17 según el art. 1 de la ley 27.077. ----------

----Por tales razones, se rechaza este agravio.----------

---3. En su segundo agravio la demandada cuestiona el fallo ya que el inicio de las patologías fue anterior a la fecha de inicio de la cobertura asegurativa, destacando que la actora padecía las patologías invalidantes desde 1999 y desde el año 2001 no asistía a su trabajo. Considera por ello que el contrato de seguro es nulo ya que al momento de inicio del mismo el siniestro ya había ocurrido y cita el art. 3 de la ley 17.418 en sustento de su postulación. Señala que el reconocimiento administrativo de la invalidez no es constitutivo sino declarativo de la misma. Hace referencia al riesgo cubierto según la póliza.----------

----Tocante a la nulidad planteada debe señalarse que de la lectura del escrito de contestación de demanda que obra a fs. 237/245 y vta. no resulta que esa parte opusiera la nulidad del contrato sino que su defensa fue la falta de legitimación pasiva (ver contestación, p. V., fs. 240 y sig.) invocando la misma argumentación que ahora le sirve de sustento para el planteo de nulidad, por lo que es evidente que el novedoso cuestionamiento recién introducido en esta segunda instancia resulta extemporáneo y ello veda su consideración.----------
-

----Es que, la prohibición impuesta por el art. 280 del C.P.C.C. veda en principio toda consideración ya que al modo en que se constituyó la relación procesal debe atenerse el juzgador en esta segunda instancia, ya que la primera limitación a que se encuentran sometidos los tribunales de Alzada viene dada por la relación procesal trabada en el grado inicial, cuyo respeto se ve impuesto por el principio de congruencia, que también rige en la instancia apelatoria (art. 34, inc. 4° del C.P.C.C.).----------En ejercicio de la jurisdicción plena que tiene el tribunal de alzada, tiene dos limitaciones que expresamente señala el art. 271 del Cód. Procesal de la Nación (art. 274 del C.P.C.C.): por un lado se encuentra limitado, siguiendo la terminología del citado artículo, por las pretensiones y oposiciones y las cuestiones de hecho y de derecho sometidas al juez de primera instancia; y por el otro, por lo que haya sido materia de agravio. Es decir, se tratan de limitaciones que se producen por la actitud de los propios litigantes. Si el tribunal de alzada no respeta tales limitaciones y se pronuncia más allá de lo permitido, la sentencia respectiva resulta incongruente y vulnera las garantías constitucionales de la defensa en juicio y del derecho de propiedad. Señala Fassi que los poderes del tribunal de apelación tiene como límite máximo los capítulos propuestos a la decisión del juez de primera instancia, salvo el surgimiento de cuestiones referentes a intereses y daños y perjuicios u otras cuestiones derivadas de hechos posteriores a la sentencia de primera instancia. Como lo destaca Palacio, la regla general que consagra la norma (art. 280 del C.P.C.C.) es coherente con la naturaleza jurídica de la apelación, que no configura un nuevo juicio en el que sea admisible la deducción de pretensiones o de oposiciones ajenas a las que fueran objeto de debate en la instancia precedente (Loutayf Ranea, Roberto G., “El recurso de apelación en el proceso civil”, Editorial Astrea, 1989, vol. 1, par. 29 y 60, págs. 76 y 165/166, respectivamente). De donde se sigue que el fallo de la Cámara de Apelaciones adolecerá del vicio descalificador de incongruencia ... cuando el pronunciamiento, pese a respetar cuantitativa y cualitativamente el objeto de este acto procesal, comporte un exceso respecto de la pretensión u oposición formulada oportunamente. Por ello, la conformidad entre la sentencia -aun la de segundo grado- y la demanda y contestación, en cuanto a las personas, objeto y causa, es ineludible exigencia en cumplimiento de principios sustanciales del juicio, relativos a la igualdad, bilateralidad y equilibrio procesal, toda vez que la litis fija los poderes del juez. En cuanto se supera este marco de operatividad se produce el quebrantamiento del principio de congruencia. Dicho de otro modo, se lo infringe cuando el fallo recae sobre puntos no sometidos al juez de primera instancia, planteados recién en la expresión de agravios (Azpelicueta-Tessone, “La Alzada. Poderes y deberes”, Librería Editora Platense S.R.L., 1993, págs. 163/164 y 176/177). Incluso, quedan fuera de la decisión del tribunal de alzada los temas extraños a los escritos de constitución del proceso, aunque se lo introdujere bajo la apariencia de meros argumentos de derecho (CNCiv., sala B, julio 2-975, E.D. 64-514; idem, sala F, junio 22-983, E.D. 105-357).----------

----Por tales razones, no corresponder atender al planteo de nulidad formulado ante la prohibición impuesta por el art 280 del C.P.C.C.----------

----Respecto de la crítica vertida en el sentido que el inicio de las patologías que padece la actora es anterior a la vigencia de la cobertura, el sentenciante a fs. 735 vta./736, último y primer párrafo, señaló que las partes discuten exclusivamente sobre la aplicabilidad del seguro contratado y vigente a la fecha de la denuncia y a continuación expuso la posición de cada una de las partes ya que la actora asegura que el hecho generador del riesgo asegurable se produjo con motivo de la junta médica de febrero de 2004 que otorgó a su dolencia el rango necesario para su jubilación por invalidez, en tanto que la demandada afirma que el origen de la invalidez data de una fecha anterior al inicio de la vigencia de la cobertura.----------

---Y acerca del posicionamiento de la accionada el fallo a fs. 736, segundo párrafo, puso de relieve que esa postura se funda en la cláusula primera del convenio por cobertura por invalidez total y permanente. En tal sentido, el primer párrafo de dicha cláusula establece que: *"La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal. …"* (ver póliza "Seguro Colectivo de Vida", fs. 166). A su vez, el juzgador en el mismo párrafo antes citado expresó que el rechazo de la demandada también se funda en el dictamen de Junta Médica del 22/02/2002 que luce a fs. 223 que da cuenta de enfermedades de la actora previo a la fecha de inicio de la cobertura por parte de Nación Vida cuya vigencia es a partir del 01/03/2003 (fs. 158), documental que no fue desconocida por la actora (traslado, fs. 249 y contestación, fs. 250/251).----------Establecidas las posiciones de las partes, el sentenciante a fs. 736/737 ponderó las constancias del expediente previsional, hizo referencia a la noción de siniestro y al contrato de seguro, consideró que en el caso de autos se trata de un seguro de contratación colectiva, tuvo en cuenta lo establecido en materia de contratación de seguro colectivo sobre la vida o accidentes personales en los arts. 153 y 154 de la ley 17.418, y finalmente aludió a la particularidad de esta modalidad de seguros colectivos ya que la relación asegurativa de fondo se establece entre aseguradora y asegurado adherente ya que la posición del contratante originario (tomador) es preponderantemente formal, relativa en lo fundamental a la formación del contrato. Así expuso que: ***Sin perjuicio de lo expresado, no puedo soslayar que entre fs. 561/631 se ha agregado -como prueba solicitada por la actora- copia certificada del expediente del Instituto de Seguridad Social y Seguros por el cual tramitó la jubilación de la actora -otorgada con el carácter de jubilación por invalidez por Resolución 0844, de fecha 29/07/2004, fs. 627- y del cual surge informe de Junta Médica que da cuenta que la actora "por su dolencia actual:***

***acúfenos, vértigos, e hipoacusia, no concurre a sus tareas desde el año 2001". Sabido es que el siniestro es el evento dañoso configurativo de uno de los elementos del "riesgo" (juntamente con la "posibilidad"), a cuya comprobación se halla subordinada el pago de la cobertura, principal obligación asumida por el asegurador (cfr. Garríguez, Joaquín, "Contrato de seguro terrestre'", Madrid, 1982, p. 161).- Bajo tales parámetros, corresponde en principio delinear el marco conceptual que regula la vinculación entre las partes, ello es el contrato de seguro. La ley 17.418 en su artículo primero establece que "Hay contrato de seguro cuando el asegurador se obliga, mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto". Ahora bien, en el caso de autos se trata de un seguro de contratación colectiva, esto es, una modalidad de seguros que permite cubrir de forma individual a un colectivo de personas con similares necesidades de cobertura. Dice al respecto el art. 153 de la Ley 17.418 "En el caso de contratación de seguro colectivo sobre la vida o de accidentes personales en interés exclusivo de los integrantes del grupo, éstos o sus beneficiarios tienen un derecho propio contra el asegurador desde que ocurre el evento previsto". A su vez, el art. 154 reza: "El contrato fijará las condiciones de incorporación al grupo asegurado que se producirá cuando aquellas se cumplan. Examen médico previo. Si se exige examen médico previo, la incorporación queda supeditada a esa revisación. Esta se efectuará por el asegurador dentro de los quince días de la respectiva comunicación". Lo particular de esta modalidad de seguros colectivos, es que la relación asegurativa de fondo se establece entre aseguradora y asegurado adherente; la posición del contratante originario (tomador) es preponderantemente formal, relativa en lo fundamental a la formación del contrato. Éste gesta la relación que, por su naturaleza colectiva, tiene por consecuencia involucrar en su plexo normativo a los adherentes quienes sujetan su conformidad a esa estructura contractual preexistente, pudiendo introducir solo variaciones de aspectos variados. Por otra parte, los adherentes deben ser integrantes de un grupo, es decir, un conjunto de personas que mantienen determinada relación con el tomador (generalmente de empleo), grupo cuya composición debe tener cierta variedad en la probabilidad que respecto de cada integrante presente el riesgo, de forma que, especialmente en razón de sus edades, tales riesgos se compensen unos con otros y permitan establecer una prima promediada en función de las características de ese grupo. En general, es el tomador quien se obliga a mantener cubiertos los pagos de las primas, recuperándolas luego, total parcialmente de los asegurados o, lo que es más frecuente, deduciéndolas previamente sobre el sueldo o salario de éstos**. --------

Asimismo, destacó a fs. 737, segundo párrafo, que la circunstancia que daría lugar a la percepción de la póliza por parte del asegurado, sería encontrarse en situación de incapacidad total y permanente, concepto ampliamente desarrollado en la ley de riesgos del trabajo.----------

----Con ese alcance, el juzgador a fs. 737 vta., segundo párrafo, distinguió de modo esencial entre conocer el padecimiento de una enfermedad y determinar los efectos de esa enfermedad sobre la capacidad del respectivo agente. Así precisó que: ***Por otra parte, y atendiendo a la cuestión ventilada en autos, sabido es que una cosa es conocer que se padece una enfermedad, y otra es determinar los efectos de esa enfermedad sobre la capacidad del respectivo agente. Lo que genera el derecho a percibir la indemnización no es la enfermedad sino la incapacidad que a raíz de ella se genera. Es que, si bien es la enfermedad la que determina la producción del siniestro, ello recién puede saberse una vez que se ha determinado también la incidencia de tal enfermedad sobre la aludida capacidad, antes de lo cual el beneficiario desconoce a ciencia cierta si ha nacido o no su derecho al reclamo. Sostener lo contrario, conduce a resultados notoriamente asistemáticos, toda vez que implica tanto como afirmar que el simple diagnóstico de una patología coloca al afectado en la necesidad de reclamar el pago del seguro so pena de perder la acción por prescripción***. A su vez, a fs. 737 vta., tercer y cuarto párrafo, y fs. 738, primer párrafo, razonó de modo dirimente que el comportamiento de la demandada resultó errático. Así expuso que ***el comportamiento del ahora demandado durante la relación contractual ha sido cuanto menos errático al respecto, sino convalidante de la situación de la ahora actora. Adelanto por lo tanto que la demanda habrá de prosperar. En primer término, y adelanto que solo este argumento alcanzaría para dar por tierra la pretensión de eximición del accionado, la actora ha acompañado a autos (ver fs. 639/667) las constancias de las retenciones que se dedujeron de los haberes de la misma para el pago de la prima. Esto me permite concluir que la actitud de la aseguradora de considerar a la Sra. Q. en condiciones de pagar la prima mientras la misma era abonada, y luego apartada de gozar del beneficio cuando el siniestro se consolida, constituye una actitud que no puede tener acogida en este ámbito.*** ----------

---Dicho argumento se sustenta en la doctrina de los actos propios y es evidente que la aseguradora no pudo primero entender que la actora estaba en condiciones de pagar la prima mientras se le descontaron sus haberes para luego pretender liberarse del pago del siniestro.----------

----Se trata de un cambio de postura y esa dualidad de actitudes no puede ser amparada y merece su repulsa. ----------

---Es que, la dualidad de actitudes sobre un mismo asunto importa un "***venire contra factum proprium nemo potest"*** que merece en derecho su repulsa, toda vez que a nadie es dado contradecir su anterior conducta deliberada, jurídicamente relevante y plenamente eficaz. ----------

---Se trata de la doctrina de los actos propios que, emanada de los términos del art. 16 del Código Civil, constituye un principio general del derecho. Es derivación directa del principio de buena fe con fundamento en los arts. 1071 y 1198 del Código Civil, y su aplicación es deber inexcusable para el órgano jurisdiccional, de acuerdo al art. 34 inciso

5 apartado d) del C.P.C.C. (López Mesa, Marcelo J., “La doctrina de los actos propios en la jurisprudencia”, Depalma, 1997, págs. 74/76, y cita de fallos). Una pretensión o una defensa que se formula dentro de una situación litigiosa en contradicción con el sentido objetivo de la conducta anterior del sujeto no puede prosperar, ya que ello infringiría el principio de buena fe ante la imposibilidad de “venire contra factum”, del cual es derivación necesaria e inmediata (conf. Díez Picazo, Luis, “La doctrina de los actos propios”, Bosch, Barcelona, 1963, págs. 223 y 163, respectivamente). La esencia de la conducta contradictoria es el impedimento de hacer valer el derecho que en otro caso se podría ejercitar. Lo obstativo se apoya en la ilicitud de la conducta ulterior confrontada con la que precede. La ilicitud reposa en el hecho de que la conducta incoherente contraría el ordenamiento jurídico considerado éste inescindíblemente, noción aplicable en el ámbito extracontractual o contractual -y también y fundamentalmente, dentro del proceso judicial- y que conlleva como sanción, la declaración de inadmisibilidad de la pretensión de quien intenta ponerse en contradicción con su anterior conducta deliberada, jurídicamente relevante y plenamente eficaz (Morello-Stiglitz, “La doctrina del acto propio”, L.L. 1984-A-866; Morello, “Dinámica del contrato. Enfoques”, Editora Platense, 1985, págs. 59/60). El fundamento estará dado en razón que la conducta anterior ha generado confianza en que, quien la ha emitido, permanecerá en ella, pues de lo contrario importaría incompatibilidad o contradicción de conductas emanadas de un mismo sujeto, que afectan injustamente la esfera de intereses de quien suponía hallarse protegido pues había depositado su confianza en lo que creía un comportamiento agotado en su
dirección de origen (Morello-Stiglitz, ob. cit., pag. 866).----------

---Y el razonamiento del sentenciante basado en la doctrina de los actos propios que resultó esencial para dilucidar la cuestión no fue objeto de crítica alguna por la recurrente.----------

---Por lo demás, el juzgador también puso de relieve que no se acreditó que la actora tuviera conocimiento de la invalidez y su grado con anterioridad al momento de su determinación por parte de los médicos, y que el reclamo de pago de las prestaciones derivadas del seguro colectivo comienza a computarse desde que el beneficiario conoce la existencia del beneficio, con cita de fallo. Así, a fs. 738, segundo párrafo, precisó que: ***Por otra parte, no se verifica ninguna prueba que de modo patente muestre el conocimiento de la invalidez y su grado con anterioridad al momento de su determinación por parte de los médicos, toda vez que las licencias muestran el inicio de una enfermedad, pero no los alcances de su aptitud invalidante. Por tratarse de una enfermedad y no de un accidente, el momento inicial puede tornarse dudoso. Además de ello, para reclamar el pago de las prestaciones derivadas de un seguro de vida colectivo, comienza a computarse desde que el beneficiario conoce la existencia del beneficio, esto es desde que tuvo conocimiento de su invalidez y del grado de la misma que le permite acceder al seguro cuando así lo determinó la junta médica. Debiendo tenerse en cuenta que***

por el carácter social de este tipo de seguros, ante la duda debe estarse por la permanencia del derecho (conf. "Rivas Agüero Feliciano F. c/ Caja de Seguros de Vida S.A. p/ cobro de pesos s/inc." - Fallo: 8199527 - Suprema Corte de Justicia - Circunscripción: 1 - Sala: 1 - Mendoza - 2008/12/23, Magistrados: Kemelmajer - Romano - Pérez Hualde; elDial.com - MZ4A57). ----------

---Y a fs. 738/vta. agregó también que la demandada no requirió información a la asegurada o a su tomador respecto de la salud de la beneficiaria. Así expuso que: ***También resulta reprochable a la demandada no haber requerido información a la asegurada o a su tomador respecto de la salud de la beneficiaria, ya que "la omisión del asegurador en brindar información amplia y suficiente sobre el proyecto de contrato y sus documentos anexos o una reseña de información sobre el contrato que describa precisamente las garantías acompañadas de las exclusiones, así como las obligaciones del asegurado, el precio y las garantías antes de la conclusión del contrato permitirá que se esté a favor de la interpretación que de buena fe efectúa el tomador, asegurado o beneficiario." (Mario E. Castro Sammartino- Carlos Alberto Schiavo: Seguros Leyes 17418 de Seguros y 22400 de productores de seguro. Comentario y jurisprudencia- Editoral LexisNexis. Buenos Aires 2007. Pág. 73)***. ----------

---Fundamentos que a renglón seguido sustentó en diversas citas de jurisprudencia (ver fs. 738 vta./739). ----------

---En ese marco, cabe recordar que el agravio se limita a considerar que el inicio de las patologías es anterior al inicio de la vigencia de la cobertura ya que la actora padecía de las mismas desde 1999 y que no asistía al trabajo desde 2001, y que el reconocimiento administrativo de la invalidez no es constitutivo sino declarativo.----------

---De tal modo, resulta palmario que la apelante no se hizo cargo de los fundamentos vertidos por el juzgador acerca de la distinción entre conocer la enfermedad y determinar los efectos de la misma sobre la capacidad del agente, comportamiento errático de la aseguradora durante la relación contractual ya que primero consideró que la actora estaba en condiciones de pagar la prima mientras se le descontaron de sus haberes y posteriormente pretendió liberarse del pago del siniestro, no haberse verificado prueba alguna que demuestre el conocimiento de la actora respecto de la invalidez y su grado con anterioridad a su determinación por los médicos, no haber requerido información a la asegurada o al tomador respecto de la salud de la beneficiaria, y doctrina y fallos citados en sustento de su razonamiento.----------Y la ley procesal requiere así, con la finalidad de mantener el debate en un plano intelectual antes que verbal, que la crítica dirigida a la sentencia sea concreta, lo cual significa que la parte debe seleccionar del discurso del magistrado aquel argumento que constituye estrictamente la idea dirimente y que forme la base lógica de la decisión. Cuando el litigante no formula su expresión de agravios de esa manera, cae derrotado por su falta de instrumental lógico de crítica (CNCom., sala "D", abril 24-984, "Persiani e Hijos, José c. Productos Pulpa Moldeada S.A.", L.L. 1985-A, 309). En ausencia de fundamentos específicamente

referidos a las consideraciones determinantes de la sentencia adversa a las pretensiones del recurrente, no hay agravio que atender en la alzada. Ya ha quedado puntualizado que para tener por satisfechos los fines legales de la expresión de agravios, deben concretarse punto por punto, los errores fundamentales que se atribuyen en la aplicación del derecho, o en su caso en la apreciación de los hechos y su prueba, bajo riesgo de que se tenga por consentida toda decisión no objetada. Tal es lo que ocurre cuando se prescinde de la argumentación básica que respalda la sentencia, limitándose a insistir en su punto de vista, o si el recurrente no refuta las conclusiones del juez de grado, sino que desarrolla en forma paralela un análisis propio de la causa para arribar a una personal conclusión, distinta de la del fallo, sin detenerse a puntualizar la crítica del mismo, sino limitándose a manifestar su disidencia, corresponde declarar desierto el recurso interpuesto (Morello, Sosa y Berizonce, “Códigos Procesales en lo Civil y Comercial …”, Librería Editora Platense – Abeledo-Perrot, 1988, T. III, págs. 360, 370 y 371, respectivamente, y cita de pronunciamientos). Y el agravio carece de contenido, cuando como en el caso …d) Simplemente disiente o discrepa de la interpretación judicial, sin dar fundamentos a la oposición o formula apreciaciones subjetivas … h) No ataca concreta y frontalmente los verdaderos fundamentos del fallo (Fenochietto-Arazi, “Código Procesal en lo Civil y Comercial de la Nación”, Editorial Astrea, 1983, T. 1, págs. 838/839).----------Todo ello conduce a la deserción de este agravio por insuficiencia técnica del

mismo.----------

----A todo evento señalaré que acerca del concepto de siniestro se expresa que si el riesgo es definido como la eventualidad prevista en el contrato, a manera de avance es factible afirmar que el siniestro es la realización del riesgo tal como ha sido determinado contractualmente. La Ley de Seguros no suministra una definición unitaria del siniestro, ni definiciones de siniestro en cada rama. Ello está reservado al texto de la póliza, a la tarea docente en el aula, al autor en el texto, a la doctrina de los jueces, etcétera. Así, en materia de seguro de vida, si se trata de un seguro de vida por la supervivencia del asegurado, el siniestro se halla constituido por haber alcanzado una edad determinada; en el seguro de vida en caso de muerte, por la muerte, cualquiera sea la causa de la misma. En principio no crea mayores dificultades identificar el siniestro, pues si de él afirmamos que consiste en la “realización” del riesgo, basta con que éste se halle debidamente determinado, suficientemente precisado, para que se vea facilitada la identificación de lo que es el siniestro. O dicho de otro modo, el siniestro es el evento dañoso configurativo de uno de los elementos del riesgo (juntamente con la posibilidad), a cuya verificación se halla subordinada, en principio, la obligación principal asumida por el asegurador (Stiglitz, Rubén S., “Derecho de Seguros”, La Ley, Buenos Aires, 4ta. ed., T. I, par. 218, pág. 267 y notas nros. 1, 2, 3, y 4, con cita de Halperín, I, Picard, M. – Besson, A. y Garrigues). En ese marco, la realización del riesgo, esto es, el evento dañoso se produjo el mes de febrero de 2004 al momento de la determinación del estado de invalidez por parte de la Comisión Médica al dictaminar que la Sra. Q. presenta un

porcentaje de incapacidad del sesenta y nueve con cuatro (69,4%) por ciento (ver copia del Expediente Administrativo N° 3871/2003, en particular antecedentes, fs. 601/603, exámenes médicos, fs. 604/606, y dictamen de Comisión Médica, fs. 607/610).----------

---Aclaro que si bien no necesariamente debe coincidir la calificación de la incapacidad con la jubilación por invalidez, en el caso no hubo una calificación con anterioridad al mencionado dictamen de la Comisión Médica. ----------

----Añado que aún de existir eventualmente alguna duda interpretativa, desde que resulta aplicable en el caso la ley 24.240 (ver sentencia interlocutoria firme de fs. 456/460), el art. 3 de ese ordenamiento dispone que en caso de duda sobre la interpretación de los principios que establece esta ley prevalecerá la más favorable al consumidor. En esa dirección se sostiene que: “Como el contrato de seguro es un contrato de adhesión, la inteligencia del alcance de sus estipulaciones debe hacerse a favor de la parte no predisponente, tal como surge de las normas contenidas en la Ley de Defensa del Consumidor y de los principios consagrados en forma explícita en el artículo 42 de la Constitución Nacional (CNCom., Sala C, diciembre 31-1997, “Gutiérrez, J. c. La Meridional Cía. de Seg.”, La Ley 1998-E, 833, n° 4, Jurisprudencia Agrupada, Seguro).----------

---También que acerca de la extensión de la garantía del riesgo e interpretación de las cláusulas ambiguas se sostiene que en ese caso la interpretación del contrato debe favorecer (“se hará en el sentido más favorable) al asegurado (art. 37, ley 24.240), trasladándose al asegurador (predisponente) las consecuencias que derivan no sólo de la imprecisión o vaguedad empleados en el lenguaje y en los conceptos, sino porque asumió (autoría) los riesgos de la redacción de la póliza en su condición de profesional y bajo la presunción irrefragable de contar con experiencia y aptitud técnica. Ello presupone que es el asegurador quien se encuentra en las mejores condiciones para fijar con la mayor precisión y de manera indubitada la extensión de sus obligaciones (Stiglitz, Rubén S., obra y tomo citado, par. 181, pág. 224/225).----------

---Por tales razones, la apelante en este segundo agravio incurrió en deserción por deficiencia técnica del mismo (arts. 268 y 269 del C.P.C.C.), a lo que agrego que aún cuando pudiera eventualmente existir alguna duda con relación a la materialización del riesgo, esto es, el evento dañoso consistente en la invalidez que dio lugar a la necesidad de cubrir esa cobertura, la interpretación debe ser la más favorable para el consumidor, en este caso el asegurado que reclamó la respectiva indemnización. ----------4. En su tercer agravio la apelante pretende hacer responsable a la anterior aseguradora al expresar que el siniestro ocurrió cuando la actora dejó de concurrir a sus tareas en el año 2001. ----------Al respecto, esa postulación se encuentra ligada a la suerte de la anterior queja ya que en la misma se impugnó la fecha de producción del siniestro, por lo que la deserción declarada del segundo agravio conduce inexorablemente al rechazo del presente.----------

----5. Peticiona la recurrente en su cuarto agravio que se reduzcan los honorarios regulados por entender que resultan elevados. ----------

---Tal cuestionamiento resulta improponible y conduce a su rechazo ya que el recurso de apelación en materia de honorarios está previsto en forma autónoma por el art. 48 de la ley del arancel, de modo tal que al no haber deducido la parte demandada esa vía recursiva esta Alzada no puede ingresar en esa queja.----------

---6. Finalmente en su quinto agravio la demandada manifiesta que teniendo en cuenta las particularidades de la cuestión pudo considerarse con derecho a decidir el rechazo del siniestro en base a la documentación médica, por lo que solicita la eximición de costas.----------

----Tales manifestaciones evidencian una generalidad que sólo denota una mera creencia subjetiva del litigante que no puede ser atendida. ----------

--Destaco en primer lugar que la demandada resultó vencida en su postulación defensiva. Y en ese sentido cabe precisar que el ordenamiento procesal en materia de imposición de costas adopta como regla el hecho objetivo de la derrota (art. 69, primer párrafo, del C.P.C.C.). Por eso, la calidad de litigante vencido o perdidoso es “aquel en contra del cual se declara el derecho o se dicta la decisión judicial” (Arazi-Rojas, “Código Procesal Civil y Comercial de la Nación”, Rubinzal-Culzoni Editores, 2001, T. I, par. 10, pág. 261). Es el hecho objetivo de la derrota lo que determina la condena en costas. Su fundamento no es otro, que el de haber sostenido, sin éxito, una pretensión jurídica (Alsina, Hugo, “Tratado Teórico Práctico de Derecho Procesal Civil y Comercial”, EDIAR, 1961, T. IV, pág. 527). Por “parte vencida” debe entenderse, a los efectos de la norma que analizamos (art. 68, apartado primero, del C.P.C.C.) a aquélla que obtiene un pronunciamiento judicial totalmente adverso a la posición jurídica que asumió en el proceso (Palacio, Lino Enrique, “Derecho Procesal Civil”, Abeledo Perrot, 1970, T. III, par. 312 b), pág. 369).----------

---Ahora bien. El párr. 2° del art. 68 (hoy art. 69 del C.P.C.C.) importa una atenuación al principio general de que el vencido debe soportar las costas del juicio, y acuerda a los jueces un adecuado marco de arbitrio, que debe ser ponderado en cada caso particular y siempre que resulte justificada la exención. Pero también hay que aclarar que no es la sola creencia subjetiva del litigante sobre la razón probable para litigar lo que autoriza a la eximición de costas al vencido; deben existir elementos objetivos en la causa que razonablemente pudieron llevar al perdidoso a considerarse con derecho a litigar. Como dicen Fassi y Yañez, la razón fundada para litigar debe apoyarse en circunstancias fácticas o jurídicas que demuestren suficientemente la razonabilidad del derecho sostenido en el pleito (Loutayf Ranea, Roberto G., “Condena en costas en el proceso civil”, Astrea, 1998, par. 33 y 37, págs. 77 y 79/80).----------

---Es que, la eximición de costas es excepcional y *de carácter restrictivo*, y sólo ha de disponerse cuando existen motivos fundados, en virtud del principio objetivo de la derrota. La condena en costas es la regla y su dispensa la excepción, de modo que el apartamiento de tal principio sólo debe acordarse cuando medien razones fundadas,

pues la exención debe aplicarse con criterio restrictivo. Entonces, sólo se debe eximir de costas sobre la base de circunstancias objetivas y muy fundadas, ya que de acordarse con laxitud la vencida resultaría ser en verdad una parcial vencedora, al imponer al triunfante el sacrificio patrimonial constituido por el costo de la defensa de quien se vio obligado a litigar. Es práctica corriente pretender fundamentar la eximición en la "índole de la cuestión" o "en el modo como se resuelve". Es ello insuficiente; debe hacerse una concreta referencia a cuál es "la cuestión" y cuál es "el modo" que determina la exoneración, expresándose con claridad cuáles son las particularidades que determinan tal solución. Tampoco es suficiente invocar "la complejidad del tema propuesto", ya que de existir ésta afectaría a ambas partes. La sola creencia subjetiva de la razón para litigar no es por sí suficiente para eximir del pago de las costas al perdidoso, pues es indudable que -salvo hipótesis de actitudes maliciosas- todo aquel que somete una cuestión a los tribunales de justicia es porque cree tener la razón de su parte (Arazi y Rojas, obra y tomo citado, págs. 257/258 y 259, respectivamente). ----------Con tales pautas, es evidente que no se configuran en esta causa razones fundadas con sustento en circunstancias objetivas, y toda vez que la eximición de costas debe analizarse con criterio restrictivo por su excepcionalidad se rechaza este agravio.----------7. En consecuencia, también propicio al Acuerdo confirmar la sentencia venida en apelación en todo cuanto fuera materia de agravios, con imposición de las costas de
Alzada a la apelante vencida, conforme al criterio objetivo de la derrota (art. 69 del C.P.C.C.).----------

----Asimismo, atendiendo a la extensión, mérito, eficacia y resultado que arrojan los trabajos profesionales cumplidos en esta instancia, estimo prudentes los honorarios que propicia regular el Dr. De Cunto a favor de los Dres. Sebastián Ibañez González y María Valentina Gutiérrez Aguirre, en su carácter de letrados apoderados de la demandada apelante, en forma conjunta, en la suma porcentual equivalente al 3,15%, del monto de condena a establecerse en la etapa de ejecución de sentencia (arts. 5, 6, 8, 9, 13, y 46, Ley XIII Nº 4), con más el I.V.A. correspondiente. ----------

---Finalizo el tratamiento y a la primera cuestión voto POR LA AFIRMATIVA.----------

--**A LA SEGUNDA CUESTIÓN**, el Dr. De Cunto expresó: ----------

-En vista del acuerdo arribado acerca de la cuestión precedente, corresponde por tanto: I) Confirmar el fallo apelado en todo cuanto ha sido materia de agravios.----------II) Imponer las costas de esta sede a la demandada perdidosa. ----------III) Regular los honorarios, por los trabajos realizados ante la Alzada, a los Dres. María Valentina Gutiérrez Aguirre y Sebastián Ibáñez González, en conjunto, en un 3,15% sobre el monto total der condena a liquidarse en la etapa de ejecución de sentencia, y con más el IVA correspondiente. ----------

----Así lo voto. ----------

A LA SEGUNDA CUESTIÓN, el Dr. Vergara dijo:----------

---El pronunciamiento que corresponde dictar es el propuesto por el Dr. De Cunto, expresión de la decisión del Cuerpo que se ha formado con la anterior votación. ----------

----Así lo voto. ----------

----Con lo que se dio por terminado el acuerdo, dejándose constancia que la presente se dicta por dos miembros del Tribunal por haberse logrado la mayoría (Art. 8º Ley V Nº 17), pasándose a dictar: ----------

----------**S E N T E N C I A**:----------

- Y VISTO: Por los fundamentos del Acuerdo precedente, la Sala “B” de la Cámara de Apelaciones de la ciudad de Trelew; RESUELVE: ----------

---CONFIRMAR el fallo apelado en todo cuanto ha sido materia de agravios.----------

--IMPONER las costas de esta sede a la demandada perdidosa.----------

-REGULAR los honorarios, por los trabajos realizados ante la Alzada, a los Dres. María Valentina Gutiérrez Aguirre y Sebastián Ibáñez González, en conjunto, en un 3,15% sobre el monto total der condena a liquidarse en la etapa de ejecución de sentencia, y con más el IVA correspondiente. ----------

----Regístrese, notifíquese y devuélvase. ----------

RAÚL ADRIÁN VERGARA
JUEZ DE CÁMARA

ALDO LUIS DE CUNTO
PRESIDENTE

----**REGISTRADA BAJO EL N°_____DEL AÑO 2018 – SDC – CONSTE**.----------

UBALDO RENÉ AGUILERA
SECRETARIO DE CÁMARA