

Seguro De Vida Colectivo Incapacidad Total

JURISPRUDENCIA

Seguro de vida colectivo. Incapacidad total

Se confirma la

sentencia que hizo lugar a la demanda por cobro de un seguro de vida colectivo, habiéndose determinado en sede previsional que el actor cuenta con una incapacidad del 70%.

Resistencia, 18 de marzo de 2019.- Y VISTOS: Estos autos caratulados: ?RAJOY, VICENTE FRANCISCO C/ NACION SEGURO DE VIDA S/ COBRO DE PESOS/ SUMAS DE DINERO?, expediente N° 21000492/2006/CA1, proveniente del Juzgado Federal N°1 de Formosa en virtud del recurso de apelación deducido por la demandada; Y CONSIDERANDO: La Dra. María Delfina Denogens dijo: I) Antecedentes: a) Que el actor interpone formal demanda contra NACION SEGURO DE VIDA por el cobro de PESOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS CON OCHENTA Y CINCO CENTAVOS (\$34.342,85) con más intereses. Manifiesta haber trabajado en el BANCO NACION ARGENTINA desde el 21/09/1972 hasta el 10/03/2005, fecha que por invalidez y en el marco del art. 212 parr. 4° de la LCT cesó el contrato laboral. Dice haber contratado con NACION SEGURO DE VIDA S.A. (posteriormente NACION SEGUROS S.A.) el seguro de vida colectivo optativo póliza 1006 y con LA CAJA el seguro de vida para el personal del Estado, Ley 13003. Que en cumplimiento de las obligaciones impuestas por la Póliza y el derecho aplicable, formuló el correspondiente reclamo y presentó todas las documentaciones pertinentes en tiempo y forma legal. Las cuales fueron rechazadas por la demandada, quien se opuso a la procedencia del pago del seguro, siendo la última comunicación en marzo del 2006. Agrega que, como surge de los recibos de haberes, su parte pagó la prima periódicamente hasta el cese laboral y cumplió con todos los recaudos exigidos por la póliza para el cobro del seguro. Señala que su invalidez fue dictaminada por la COMISION MEDICA N° 28 el día 24/09/2004, la que concluyó que presentaba una incapacidad laboral de 70% de la total obrera, lo que ratificó el día 14/02/2006, a su vez, la Comisión Médica Central hizo lo propio el día 13/11/2006. Informa que el seguro correspondiente al Personal del Estado contratado con LA CAJA S.A. fue pagado el 12/08/2006, todo sin ningún inconveniente. Seguro que también cubre la contingencia de invalidez. Finaliza ofreciendo pruebas y hace reserva del Caso Federal. b) La accionada contesta la demanda a fs. 121/129, solicitando su rechazo con costas, en su oportunidad niega categóricamente los hechos invocados por la contraria y alega que fue el BANCO NACON ARGENTINA quien contrató con NACION SEGUROS DE VIDA S.A. los seguros colectivos regidos bajo la póliza 1.006 en fecha 1° de abril de 1997. Respecto de dicha póliza 1.006 adujo que cubre a los trabajadores en relación de dependencia del BANCO NACION AGENTINA de los riesgos de muerte, invalidez total y permanente, como así también contempla las indemnizaciones adicionales por accidente. Detalla que para que proceda el pago de la suma asegurada prevista por la cláusula referida al riesgo de invalidez total y permanente estipulado en el primer párrafo del punto 1) es necesario que se presente en el asegurado un estado de invalidez total y permanente que le impida ejercer cualquier labor remunerativa y que dicho estado se produzca durante la vigencia de la cobertura, es decir, que si el asegurado se ha desvinculado por cualquier motivo del contratante, comunicada que fuera esta circunstancia debidamente a la Aseguradora, corresponde la terminación de la cobertura mencionada para esa persona. Resalta que el Sr. Rajoy presenta la denuncia del siniestro el 06/05/2005 ante NACION SEGURO DE VIDA S.A., por lo cual se procedió a analizar la documentación acompañada por el denunciante. Explica al efecto que en fecha 02/06/2005 el Dr. Ricardo Anello realizó un examen médico al actor indicando que presenta una incapacidad laboral y civil parcial y permanente del 30%, con base a ese resultado mediante carta documento N° ? de fecha 04/07/2005 se comunicó al actor la decisión de la compañía de declinar toda responsabilidad emergente de la póliza 1.006. Señala que el actor remitió una nueva CD ? donde, teniendo en consideración lo manifestado, decidió utilizar la facultad otorgada por la misma póliza 1.006 -cláusula 7- por lo que ante las divergencias entre su médico y el designado se realizó un nuevo examen con la intervención de un tercer médico con acuerdo del actor. En dicha oportunidad el Dr. Leonardo Larroca expuso que el actor tenía incapacidad laboral fijada por el Diagnóstico de Depresión neurótico Grado II con incapacidad 10% parcial y temporaria. El informe fue suscripto por los Dres. Leonardo Larroca, Liliana Piumato y Enrique Cabulli. Es frente a estos nuevos acontecimientos que se procede a rechazar el siniestro denunciado mediante CD de fecha 31/01/2006. Indica que las constancias médicas de las que trata de valerse el actor para fundar su reclamo ante NACION SEGUROS DE VIDA S.A., corresponden a las requeridas para iniciar un trámite previsional totalmente ajeno y no vinculante con los términos de la cobertura de la aseguradora. Dice no desconocer el carácter de instrumento público de las mismas, pero que no puede considerarlas conducentes para el otorgamiento del beneficio asegurado, pues la póliza 1.006 prevé para estos casos un procedimiento específico que establece la carga del asegurado de denunciar el siniestro, acompañar las constancias que lo acrediten para que, una vez comprobada la vigencia del certificado individual, la aseguradora proceda a evaluar a través de su departamento médico la existencia o inexistencia del riesgo cubierto.

A su vez, la circunstancia de que coincida el baremo utilizado por las comisiones médicas previsionales con el que emplea la aseguradora no significa que lo resuelto por una de ellas, resulte vinculante para la otra, ya que se trata de sistemas jurídicos distintos. Concluye manifestando que su parte no incurrió en incumplimiento contractual o legal alguno y que la pretensión del actor resulta improcedente. c) El Juez a-quo en fecha 06/06/2017 (fs. 342/345) resuelve hacer lugar a la demanda condenando a la accionada pagar al actor la suma reclamada de \$34.342,85 más intereses conforme tasa activa del Banco de la Nación Argentina, impuso costas a la vencida y reguló honorarios. Para así resolver, señala que se trata de un contrato de seguro, donde el asegurador se obliga mediante una prima o cotización a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto. Puntualiza que al hablar de un seguro de vida colectivo, donde los adherentes deben ser integrantes, de un grupo, la cobertura del riesgo por medio de este contrato reviste carácter alimentario, donde prima el fin social, y exige la mayor buena fe de las partes desde el nacimiento de la contratación hasta su finalización. A ello agrega que la cobertura de riesgo por medio de este tipo de contratación tiende a proteger al individuo de las contingencias propias de su existencia individual y no dejar indefenso al beneficiario de la siniestralidad propia de la muerte o incapacidad laboral que plantearían un estado de indefensión no sólo al sujeto pasivo de la relación de cobertura (asegurado) sino también a su grupo familiar, predominando la "buena fe" de las partes, como requisito esencial. Destaca que la pretensión de la demandada de apegarse literalmente al texto de las cláusulas del contrato y pretender en base a ello determinar el estado de incapacidad a su solo juicio y cargo resultaba improcedente. Es por ello, y en base la prueba pericial producida, que lo habilita para calificar como total la incapacidad que padece el accionante. De tal manera tuvo por acreditado el porcentaje de incapacidad alegado por el actor. II) Disconforme con lo decidido se alzó la demandada a fs. 361 interponiendo recurso de apelación. Es así que llegan las actuaciones a esta Alzada, donde a fs. 369 se pusieron los autos a despacho para que el apelante exprese agravios. Cumplido en tiempo y forma dicho recaudo por la parte demandada, el memorial obra glosado a fs. 372/373, cuyos argumentos pueden ser sintetizados de la siguiente manera: -En primer término se agravia de que el Sr. Juez a-quo considerara acreditado el porcentaje de incapacidad que padece el accionante tornando procedente el reclamo por el pago del capital asegurado por invalidez total y permanente, basado únicamente en el dictamen de la Comisión Médica No. 28, en la denuncia del siniestro y la prueba pericial producida en las actuaciones. - Expresa que el dictamen de la Comisión Médica al que se alude en la sentencia fue emitido con fecha 14/2/2006 en el marco de un reclamo de índole exclusivamente previsional, y con carácter de transitorio. - Que el actor presentó denuncia del siniestro con fecha 06/05/2005 solicitando indemnización por invalidez total y permanente y que, examinado por el cuerpo médico de la aseguradora, el mismo atribuyó a las patologías sufridas por el actor un 30% de incapacidad por lo que se rechazó el pedido. - Agrega que su parte se sujetó en un todo a las condiciones previstas contractualmente para determinar la procedencia de la solicitud de indemnización por invalidez total y permanente. - Que no ha obrado de mala fe en ningún momento como se pretende sostener en la sentencia recurrida, por el contrario, la aseguradora realizó la revisión del asegurado y ante la disconformidad planteada por él, respetando sus derechos y en cumplimiento de cláusulas contractuales, sometió la decisión a la conclusión a la que llegara una Junta con un tercer perito (conforme cláusula 7ª de invalidez total y permanente de la póliza). Los derechos e intereses del asegurado estuvieron debidamente resguardados en tanto intervino en la Junta su propio médico asistente, quien no objetó las conclusiones de la junta realizada. - Que la prueba pericial producida en las actuaciones resulta irrelevante al momento de decidir si el rechazo del siniestro por parte de la aseguradora se encontraba correctamente fundado. Por cuanto luego de más de 10 años después del rechazo del siniestro, ningún dictamen médico resulta conducente a tal fin. Sólo puede indicar el porcentaje de invalidez que el actor detentaba al momento de la pericia, pero no puede retrotraer ese grado al momento de la decisión de la aseguradora. - Tilda de arbitraria la sentencia en tanto se funda en elementos posteriores al hecho y circunstancias que motivaran el rechazo del siniestro. - Asegura que no existen elementos que permitan determinar que el grado de invalidez que padecía el asegurado al momento de la denuncia del siniestro fuera distinto al determinado por los peritos que lo revisaron. - Se agravia de la imposición de las costas y, asimismo, de los honorarios regulados por considerarlos elevados teniendo en cuenta las características de la actuación profesional desarrollada por los mismos, solicitado se los reduzca a sus justos límites. Petición se revoque la sentencia apelada. III) Estos agravios no fueron contestados por la contraria. A fs. 375 los autos quedaron en situación de ser resueltos. IV) En primer lugar, observando el marco conceptual que regula la vinculación habida entre las partes, cabe señalar que se trata de un contrato de seguros. La Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial, se refiere al tema estableciendo que: "...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'. Sus caracteres son: a) consensual; b) bilateral, c) condicional; d) oneroso; y e) aleatorio. Asimismo, la naturaleza del contrato y la posición especial de las partes llevan a una aplicación más frecuente y rigurosa del principio de buena fe. Respecto del asegurador, el tomador se debe conducir con la mayor lealtad posible en cuanto se refiere a la descripción del riesgo y al mantenimiento del estado de riesgo. Respecto del tomador, el asegurador también debe conducirse con

lealtad en cuanto se refiere a la ejecución de sus obligaciones y a la interpretación de la póliza, por el carácter del contrato, cuya comprensión generalmente escapa a la capacidad del tomador, y por su naturaleza de contrato de masa, de condiciones generales uniformes (en principio) e impuestas al asegurado?(conf. Isaac Halperin, ?El Juez y la aplicación del contrato de seguro?, pág.1, REDCO año 3 (1970), Buenos Aires cit por CNCom., Sala: F en ?Barceló Avelino Loreto c/ Caja de Seguros S.A. s/ ordinario? del 19/06/2014). En el sub lite estamos en presencia de un seguro de vida colectivo en el cual -como se precisara en el fallo precedentemente citado- la relación asegurativa de fondo se establece entre asegurador y asegurado adherente; la posición del contratante originario (tomador) es preponderantemente formal, relativa en lo fundamental a la formación del contrato, lo cual, no obstante no le resta importancia dentro de esa estructura, ya que no sólo es quien acuerda con el asegurador el contenido normativo del contrato, sino que tiene, por su carácter de parte del acuerdo, la posibilidad de convenir su prórroga, o no renovarlo e incluso rescindirlo. El tomador 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, y en ocasiones pueden introducir sólo variaciones de aspectos aislados (p. ej. acordar determinado monto de capital asegurado). 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 aunque en ocasiones influyen conjuntamente otros aspectos (características de las tareas que desempeñan, lugar de desarrollo de éstas, etc.), tales riesgos se compensen unos con otros y permitan establecer una prima promediada precisamente en función de las características de ese grupo. Cabe destacar que es el tomador quien, en general, se obliga a mantener cubiertos los pagos de las primas aunque luego las recupere total o parcialmente de los asegurados o, lo que es lo más frecuente, ya las haya cobrado mediante deducción efectuada sobre el sueldo o salario de éstos, en su caso. La finalidad de los seguros colectivos es tuitiva y de naturaleza alimentaria pues tiende a proteger al individuo de las contingencias propias de su existencia individual, su función social y, por ende, las reglas de interpretación específicas que le son atinentes favorecen, en caso de duda razonable, el rechazo al desconocimiento de sus derechos y, por lo tanto, en ese caso corresponde apartarse de la literalidad de sus términos. (Stiglitz, Rubén S., Derecho del Seguro, 5ta. edición actualizada y ampliada, Buenos Aires, La Ley, año 2008, V. 4, pág. 131/132). A dichas precisiones conceptuales generales sobre el seguro de vida colectivo cabe agregar, en particular, que el alcance del término ?incapacidad total o permanente? que es requerido a efectos de juzgar configurado el riesgo previsto, debe ser interpretado en sentido flexible y no literalmente. Así lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia de la Nación al decir que, a los fines de determinar la incapacidad total y permanente por imposibilidad de realizar otra tarea remunerada, no procede ceñirse a parámetros abstractos ni fórmulas matemáticas, pues es preciso tomar en consideración las circunstancias personales del damnificado, la gravedad de las secuelas y los efectos que éstas puedan tener con respecto a su actividad actual, y a su vida en relación (C.S.J.N. en ?Toscano c/ Provincia de Buenos Aires s/ daños y perjuicios?, del 7/2/1995; íd, ?Morette c/ Y.P.F. s/ cobro de pesos?, del 23/8/1988). La misma Corte Suprema señaló: ?Si la cláusula de la póliza que cubre el riesgo de invalidez total, que requiere que el asegurado no pueda desempeñar ?cualquier actividad remunerativa? se la entendiese en su expresión literal, el riesgo cubierto sería inexistente, dado que, salvo el caso de muerte, siempre una persona estaría en condiciones de realizar alguna tarea, por más insignificante que ella fuese? (Fallos: Tomo 311:1556, Volumen 1. 1988). De ello surge que los contratos de seguros de vida no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su función social. En lo referente a la fuerza vinculatoria del contrato, consagrada por el art. 1197 del Cód. Civ., considero que la autonomía de la voluntad es interferida por la Ley de Defensa del Consumidor, y en la cuestión que nos ocupa se debe estar a la posición más amplia y que con mayor efectividad asegure los derechos de la parte débil del contrato. En ese orden, la C.S.J.N. entendió: ?....A la luz de tal principio, es dable señalar que la Ley N° 24.240 de Defensa del Consumidor fue sancionada por el Congreso de la Nación, dentro de las facultades que le otorga el art. 75 inc. 12, de la Constitución Nacional y, según se desprende de los antecedentes parlamentarios, tuvo por fin llenar un vacío existente en la legislación argentina, pues otorga una mayor protección a la parte más débil en las relaciones comerciales -los consumidores- recomponiendo, con un sentido ético de justicia y de solidaridad social, el equilibrio que deben tener los vínculos entre comerciantes y usuarios, que se verían afectados ante las situaciones abusivas que se presentaban en la vida cotidiana...?(del dictamen de la Procuradora Fiscal en causa ?Flores Automotores S.A. s/recurso Ley N° 2268 que la C.S.J.N. hace suyo, Fallos: 324:4349). Por su parte, el art. 1198 del Cód. Civ. velezano (vigente a la fecha de ocurrencia de los hechos que motivaron la presente) establecía como principio de derecho que los contratos deben interpretarse de buena fe. Este principio exhibe una estrecha vinculación con los contratos de consumo, traducido en las normas protectorias del consumidor frente al proveedor de bienes y servicios, y en la interpretación a favor de la parte económicamente débil del negocio jurídico contractual. Y en este sentido, Lorenzetti destaca que la norma bajo examen no solamente es comprensiva de todo tipo de contratos, dentro de los cuales los de consumo son una especie, sino que también opera como norma de integración del Derecho de los Consumidores, a la que se puede recurrir en casos no

previstos en la ley especial (Art. 3°) (aut. cit, en Consumidores, Ed. Rubinzal- Culzoni, Santa Fe, 2009, pág. 257). La jurisprudencia tiene dicho: ?Se debe optar por la interpretación más favorable al consumidor, pauta que alcanza tanto a la interpretación de la ley como del contrato, y, de acuerdo con lo prescripto por el art. 1198 del Cód. Civ., en consecuencia, en caso de duda debe optarse por privilegiar a la parte más débil, por lo que debe asumirse el criterio interpretativo favor debitoris con la fórmula más abarcativa de favor debilis, como modo de expurgación de abusos en los contratos? (CNciv, Sala L, 25-6-2007, L.L. 2007-E-433). Es decir, que el concepto jurídico de invalidez total no puede caracterizarse de un modo puramente abstracto, desvinculado de las circunstancias personales del asegurado y de la concreta relación de trabajo que cumplía en la empresa, al margen de ponderar eventuales o probables variaciones en la prestación de los servicios, acordes con las posibilidades efectivas de las fuentes de trabajo. V) Desde dicha óptica conceptual y jurisprudencial estimo, pues, que deben ser considerados los agravios vertidos por la Aseguradora. Critica la recurrente que el sentenciante de la Instancia anterior tuviera en cuenta el porcentaje de invalidez reconocido en el dictamen de la Comisión Médica N° 28, el cual - dice- no le resulta vinculante. Señala que la pericia médica realizada con posteridad a la denuncia del siniestro no puede emitir un dictamen sobre el estado del Sr. Rajoy, ni retrotraerse al momento de la denuncia del siniestro, resultando la misma arbitraria, debiendo tenerse en cuenta las juntas médicas realizadas por su parte. Atendiendo a estas objeciones, habida cuenta la estrecha vinculación y correlación de los hechos que se invocan su tratamiento será conjunto. Al efecto cabe recordar que, tal como lo dispone el art. 386 CPCC en punto a la ?apreciación de la prueba?, los jueces forman su convicción conforme a las reglas de la sana crítica, remarcando que los jueces no están obligados a seguir a las partes en todas sus argumentaciones, sino tan sólo pronunciarse acerca de aquéllas que se estimen conducentes para fundar sus conclusiones y resulten decisivas para la solución de la controversia (CSJN, Fallos 307:2216 y precedentes allí citados). Las reglas de la ?sana crítica?, aunque no definidas en la ley, suponen la existencia de ciertos principios generales que deben guiar en cada caso la apreciación de la prueba y que excluyen, por ende, la discrecionalidad del juzgador. Se trata, por un lado, de los principios de la lógica, y, por otro lado, de las ?máximas de experiencia?, es decir de los principios extraídos de la observación del corriente comportamiento humano y científicamente verificables, actuando ambos, respectivamente, como fundamentos de posibilidad y de realidad (conf. Palacio, Lino Enrique, Derecho Procesal Civil, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1993, T° IV, núm. 421, págs. 414 y sigtes). VI) Así presentados los antecedentes del caso, se impone analizar seguidamente la pericia médica, como elemento dirimente para determinar si el criterio adoptado por el Sr. Juez a-quo en la sentencia en crisis es la solución más adecuada para resolver el conflicto suscitado en autos. Sobre este aspecto -anticipo, desde ya- que las Juntas Médicas realizadas por la aseguradora agregadas a fs. 72/76 y fs. 97/98 carecen de virtualidad a los fines pretendidos. Con referencia a la Junta Médica de fs. 72/76 (específicamente a fs. 76) cabe advertir que al momento de realizar las conclusiones se puede leer que el Dr. Enrique Cabulli -médico tratante del Sr. Vicente Francisco Rajoy- manifiesta que es médico tratante pero no perito de parte, niega haber recibido notificación para realizar esa función por parte de los interesados y reafirma que asiste en calidad de médico tratante a pedido de su paciente, ratificando su diagnóstico de estrés de evolución crónica grado IV, DSM IV- eje 1-5. De los intercambios epistolares realizados entre las partes surge que a fs. 60 la actora impugna el informe médico y a fs. 61 la aseguradora, haciendo uso del art. 7 de la cláusula de invalidez total y permanente de la póliza 1006, propone designar en conjunto un 3° perito para proceder a una nueva Junta Médica de evaluación, la que es llevada a cabo el 16/01/2006, concluyendo con el diagnóstico de depresión neurótica grado II con incapacidad parcial y temporaria del 10%. Ante ello, la actora mediante CD de fs. 67 negó terminantemente que esa fuera la patología sufrida por su parte y, así también, que el Dr. Leonardo Larroca haya sido designado y/o consentido por su parte o su médico como 3° perito. De allí que si bien la aseguradora invoca haber dado cumplimiento con las disposiciones contractuales al hacer uso del art. 7 de la cláusula de invalidez total y permanente de la póliza ?, lo cierto es que la designación del Dr. Leonardo Larroca como perito no ha sido consentida por ambas partes, por lo que, teniendo en cuenta los dichos del Dr. Cabulli en las conclusiones de la Junta Médica y lo manifestado en la CD de fs. 67, preciso es concluir que la prueba fue correctamente ponderada por el Sr. Juez a-quo. Resulta relevante señalar que la pericia médica de fs. 269/270 convalidó lo resuelto por la Comisión Médica N° 28 estableciendo un diagnóstico de neurosis depresiva moderada grado 4 de incapacidad al 16/06/2011 estimada en 75%. Con estos dos elementos el magistrado entendió que el accionante había alcanzado el porcentaje requerido para el cobro del seguro que reclama. La postura adoptada de tomar el porcentaje del dictamen de la comisión médica N° 28 resulta la más apropiada, ya que al valorar una prueba la misma debe ser lo suficientemente eficaz para que el Juzgador forme su convicción del hecho invocado. A mayor abundamiento tiene dicho este Tribunal que el Juez, tiene amplias facultades de valoración dentro del plexo probatorio que la causa le exhibe, siendo impropio pretender que prevalezca la opinión extrajudicial de la aseguradora sobre dicha prueba practicada en sede judicial y que no mereciera objeción alguna por parte de la accionada (Fallos T. XLV, F° 21.278, T. XLVII, F° 21.996). Es que, si bien las normas procesales no le otorgan al dictamen pericial el carácter de prueba legal, cuando comporta la necesidad de una apreciación específica del saber del perito -como en el caso-, para desvirtuarlo es

imprescindible advertir fehacientemente el error o insuficiente aprovechamiento de los acontecimientos científicos que debe tener por su profesión o título habilitante. Cuando el peritaje aparece fundado en principios técnicos inobjetables y no existe prueba de parejo tenor que lo desvirtúe, la sana crítica aconseja, frente a la imposibilidad de oponer argumentos científicos de mayor peso, aceptar las conclusiones de aquél (CNCom., Sala C, in re: ?Esisit S.A. c/ Manso Eduardo s/ ordinario?, del 21/04/1994; íd., in re: ?Envitap Sociedad Anónima Comercial e Industrial c/ Liko S.A. s/ sum?, del 11/11/1998). VII)- Además no puedo dejar de resaltar que el actor se hizo acreedor al beneficio de retiro por invalidez, lo que es un aspecto trascendente a los fines de acreditar la ?incapacidad absoluta?, requerida por el art. 212, 4to párrafo de la Ley de Contrato de Trabajo. Siguiendo los lineamientos de la CSJN en cuanto a la interpretación de la incapacidad considero que, habiéndose determinado en sede previsional que cuenta con una incapacidad del 70%, el requisito se encuentra reunido. Por lo que corresponde confirmar la sentencia recurrida y, en consecuencia, rechazar el recurso planteado.- VIII)- Ahora bien, con relación al agravio referido a la imposición de costas en la primera instancia, cabe señalar que las mismas fueron impuestas a la vencida conforme el principio adjetivo de la derrota previsto en el artículo 68 del CPCCN, por lo que atento la precedente conclusión sólo cabe su ratificación. Tampoco puede prosperar el agravio que cuestiona por altos los honorarios regulados por la Juez aquo a la letrada patrocinante de la parte actora. Teniendo en cuenta el monto del proceso y el carácter con el que actuó la profesional y examinada la regulación practicada en la sentencia se advierte que la misma resulta adecuada y no excede lo que corresponde de conformidad por los arts. 6, 7, 9, 19 y 38 de la ley de aranceles profesionales. Las costas de Alzada también deben ser soportadas por la recurrente, por imperio de lo normado por el art. 68 del CPCCN (art. 70 conforme Ley 26.939). A fin de establecer los honorarios profesionales de los Dres. Guillermo Alejandro Guibert y María Ángela Alfieri de segunda instancia se toma como base el monto condenado en autos sobre la cual se aplican los arts. 7, 9 y 14 ley arancelaria vigente. -ASI VOTO.- Los Dres. Rocío Alcalá y José Luis Alberto Aguilar dijeron: que por los fundamentos expuestos por la Sra. Juez preopinante, adhieren a su voto. Por lo que resulta del Acuerdo que antecede, SE RESUELVE: 1º) RECHAZAR el recurso de apelación deducido a fs. 361, y en consecuencia confirmar la sentencia de fs. 342/345.- 2º) IMPONER las costas de segunda instancia a la recurrente vencida.- 3º) REGULAR los honorarios profesionales de la Dra. María Ángela Alfieri en las sumas de PESOS MIL CIENTO TREINTA Y TRES, CON TREINTA Y UN CENTRAVOS(\$1.133,31) como patrocinante y para el Dr. Guillermo Alejandro Guibert la suma de PESOS TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS CON SESENTA Y CINCO CENTAVOS (\$396,65) como apoderado. Más IVA si correspondiere.- 4º) COMUNÍQUESE a la Dirección de Comunicación y Gobierno Abierto, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Institucional de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (Acordada N° 33/18 art. 2º). Regístrese, notifíquese y cúmplase.- Fecha de firma: 18/03/2019 Alta en sistema: 03/04/2019 Firmado por: JOSE LUIS AGUILAR, JUEZ DE CAMARA Firmado por: PATRICIA BEATRIZ GARCIA, SECRETARIA DE CAMARA Firmado por: MARIA DELFINA DENOGENS, JUEZA DE CAMARA Firmado por: ROCIO ALCALA, JUEZ DE CAMARA 037898E