

Expediente: 35/23

Carátula: TARTALO JUAN IGNACIO C/ METLIFE SEGUROS S.A. Y/O ALPARGATAS SAIC S/ CONTRATO ORDINARIO

Unidad Judicial: EXCMA. CÁMARA EN LO CIVIL Y COMERCIAL COMÚN SALA I

Tipo Actuación: FONDO CAMARA

Fecha Depósito: 01/05/2024 - 04:51

Notificación depositada en el/los domicilio/s digital/es:

90000000000 - ALICO CIA. DE SEGUROS, -DEMANDADO

20202195513 - METLIFE SEGUROS DE VIDA S.A., -DEMANDADO

30715572318808 - FISCALIA DE CAMARA CIV. Y COM.Y LABORAL C.J.CONCEPCION

20185729851 - TARTALO, JUAN IGNACIO-ACTOR

27374982457 - ALPARGATAS SAIC, -DEMANDADO

PODER JUDICIAL DE TUCUMÁN

CENTRO JUDICIAL CONCEPCIÓN

Excma. Cámara en lo Civil y Comercial Común Sala I

ACTUACIONES N°: 35/23



H20721677714

JUICIO: TÁRTALO JUAN IGNACIO C/ METLIFE SEGUROS SA Y/O ALPARGATAS SAIC S/ CONTRATO ORDINARIO - EXPTE N° 35/23.-

En la Ciudad de Concepción, Provincia de Tucumán, a los 30 días del mes de abril de 2024, las Sras. Vocales de la Sala I de la Excma. Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial Común, Dras. María José Posse y Mirtha Inés Ibáñez de Córdoba reunidas ante el Sr. Actuario, proceden a firmar la presente sentencia por la que se estudia, analiza y decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada Metlife Seguros SA en fecha 21/12/2023 según reporte SAE (26/12/2023 conforme historia SAE), contra la sentencia definitiva n° 248 de fecha 5/12/2023, dictada por el Sr. Juez en lo Civil y Comercial Común de la IIIa Nominación de este Centro Judicial Concepción, en estos autos caratulados “Tártalo Juan Ignacio c/ Metlife seguros SA y/o Alpargatas SAIC s/ Contrato ordinario” - expediente n° 35/23. Habiéndose practicado el sorteo de ley por el Actuario para determinar el orden de la votación, dio el siguiente resultado: Dra. Mirtha Inés Ibáñez de Córdoba y Dra. María José Posse. Cumplido el sorteo de ley, y

CONSIDERANDO

La Dra. Mirtha Inés Ibáñez de Córdoba dijo:

1.- Que por sentencia n° 248 de fecha 5/12/2023 el Sr. Juez en lo Civil y Comercial Común de la IIIa Nominación de este Centro Judicial Concepción, rechazó la excepción de falta de legitimación formulada por los demandados Alico Cía. de Seguros SA y Metlife Seguros SA e hizo lugar a la demanda promovida por el actor en contra de Alico Cía. de Seguros SA; Metlife Seguros SA y Alpargatas SAIC, por lo que condenó a éstos a abonar al actor, en un plazo de diez días desde que quede firme la sentencia, la suma de \$168.848,40, más intereses según la Tasa Activa cartera general (préstamo) nominal anual vencida a 30 días del Banco Nación desde la mora hasta su efectivo pago. Impuso costas a la parte demandada vencida.

2.- Contra tal sentencia, en fecha 21/12/2023 según reporte SAE (26/12/2023 conforme historia SAE), el Dr. Jorge José Giménez Lascano, apoderado de la demandada Metlife Seguros SA, interpuso recurso de apelación y expresó agravios, los que fueron contestados por el letrado apoderado del actor, Dr. Diego Osvaldo Nieva Sanzano, en fecha 8/2/2024 según reporte SAE (9/2/2024 conforme historia SAE).

2.- a). El recurso.

En su escrito de expresión de agravios, la recurrente citó los siguientes antecedentes: el Sr. Tártalo interpuso demanda por cumplimiento de contrato contra Metlife, reclamando la suma de \$168.848,40, más intereses y costas; el accionante fundó el reclamo en su incapacidad laboral dictaminada por comisión médica en fecha 17/7/2012; al contestar demanda (tal como se había informado mediante CD de fecha 14/6/2013) su parte argumentó que nada cabía reclamarle por los hechos narrados por el actor, ya que el rechazo del siniestro fue procedente dado que al momento en que se configuró la incapacidad del actor, éste ya no se encontraba cubierto por la póliza que finalizó en fecha 31/12/2011; que dijo además que, en caso de existir una eventual responsabilidad de su mandante, la misma estaba limitada a lo establecido en la póliza en cuanto a los capitales asegurados individuales y a lo informado al respecto por su contratante Alpargatas.

Seguidamente, expresó los agravios que se desarrollan a continuación.

Primer agravio. La sentencia rechaza la defensa de prescripción, por interpretar erróneamente que corresponde la aplicación del plazo trienal de la Ley n° 24.240, y no el anual previsto por la Ley de Seguros n° 17.418.

Dijo que el Juez de origen aplicó el plazo trienal previsto en el art. 50 de la Ley de Defensa del Consumidor (en adelante LDC), por considerar que estamos ante un contrato de consumo.

Criticó tal razonamiento por considerar que no se condice con lo establecido en el propio cuerpo normativo de la Ley n° 24.240 además de ser contrario a la jurisprudencia, especialmente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Señaló que el art. 3 de la LDC establece una directiva en materia de integración normativa, al prescribir que las disposiciones de esta ley se integran con las normas generales y especiales aplicables a las relaciones jurídicas abarcadas por ella y que, en caso de duda, rige el principio de interpretación más favorable al consumidor. Añadió que la télesis de la norma que involucra las diferentes ramas del derecho torna necesario el diálogo entre las distintas fuentes aplicables para la solución del caso sometido a estudio. Indicó que, en tal contexto, tanto la Ley de Seguros, como la Ley n° 20.091 (Ley de Entidades de Seguros y su Control), tienen preeminencia sobre la LDC, por lo que interpretó que el plazo de prescripción establecido en la Ley de Seguros no puede ser alterado por una ley general como es la LDC.

Indicó que la LDC tiene como objetivo actuar en los contratos de adhesión en los que no ha intervenido el Estado Nacional, para proteger a los consumidores. Pero que en los contratos de seguro como el que se discute en autos, el Estado Nacional ha intervenido a través de la Superintendencia de Seguros de la Nación, quien aprueba las cláusulas de las pólizas, las primas, etc., resultando en una auténtica autoridad de control de la actividad asegurativa.

Alegó que el hecho de que el contrato de seguro de autos pueda ser considerado como un contrato de consumo, no implica que la relación contractual deba regirse exclusivamente por la LDC, pues la jurisprudencia y la doctrina coinciden en que dicha norma debe aplicarse en concordancia con la Ley de Seguros, en los supuestos no previstos por esta última.

Entendió que las normas de la LDC no son sustitutivas de la regulación general contenida en los códigos de fondo y la legislación vigente, sino que son complementarias y supletorias en caso de ausencia de otras disposiciones.

Aseveró que en la especie no existe ausencia ni duda acerca de cuál es el plazo de prescripción ya que el mismo está expresamente previsto en la ley especial, y es el plazo de un año y que esa es la opinión de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Manifestó que en el año 2014, en el fallo “Buffoni”, el Supremo Tribunal sostuvo: “Que no obsta a lo dicho la modificación introducida por la ley 26.361 a la Ley de Defensa del Consumidor, pues esta Corte ha considerado que una ley general posterior no deroga ni modifica, implícita o tácitamente, la ley especial anterior, tal como ocurre en el caso de la singularidad del régimen de los contratos de seguro. Señaló que tal criterio fue reiterado posteriormente en el conocido caso “Flores”

Citó jurisprudencia según la cual al ser la Ley 17.418 de Seguros (LS) una ley especial que regula específica y exclusivamente al contrato de seguro, el plazo de prescripción anual previsto por dicha norma prevalece sobre el plazo de prescripción trienal que establece la Ley 24.240 de Defensa del Consumidor, y concluyó que la jurisprudencia, mantiene la postura de que, en relación a la prescripción, corresponde aplicar la Ley de Seguros, atento a ser una ley especial.

Consideró que la argumentación que intentó el Sr. Juez para desestimar la aplicación del plazo anual de prescripción, cae ante la amplia jurisprudencia que indica exactamente lo contrario, por lo que solicitó que se revoque la sentencia, atento a que la acción se encuentra prescripta porque al interponer la presente demanda, había transcurrido más de un año desde que el actor fue notificado del rechazo del siniestro.

Segundo agravio. La decisión de condenar solidariamente a su mandante.

Alegó que quien debe responder por la falta al deber de información a los asegurados es Alpargatas y que la condena solidaria es contraria a derecho, atento a que Metlife jamás incurrió en falta alguna.

Señaló que la sentencia recurrida determinó que la cancelación del contrato de seguro no le es oponible al empleado ya que éste tenía la convicción de que se encontraba asegurado ante el incumplimiento al deber de información previsto en la LDC.

Arguyó que tal postura deja a su mandante expuesta por las decisiones tomadas por Alpargatas incluso después de que aquella finalizó el vínculo con esta empresa. Añadió que está acreditado en autos, porque Alpargatas así lo reconoció, que la póliza finalizó su vigencia el 31/12/2011 y que con posterioridad a esa fecha, su parte no cobró más primas y no tuvo contacto alguno con la empresa, atento a que el vínculo comercial había terminado.

Postuló que si Alpargatas no notificó a sus empleados de que había cambiado de aseguradora o no había contratado una nueva, es dicha empresa la única responsable por los perjuicios causados por violación al deber de información, ya que entendió que era Alpargatas la obligada a comunicar a sus empleados cuál es la nueva aseguradora que los cubría y/o si finalizó la cobertura por la cual le seguían descontando primas a sus empleados.

Consideró que el deber de información al que se refiere la sentencia, es exigible al tomador de la póliza en el caso de los seguros colectivos, y no a la aseguradora, por lo que resulta equivocado exigirle a Metlife que, después del 31/12/2011, cuando ya no tiene ninguna relación contractual con el tomador (Alpargatas), se comunique con todos los empleados de éste, con quienes no tiene ni tuvo contacto alguno; que si se mantiene esa postura, se llegaría al extremo irrisorio de considerar

que, dentro de 20 años, un empleado de Alpargatas pueda reclamar a Metlife el pago de un seguro por incapacidad total.

Cuestionó además que no haya sido fundada la decisión de condenar a su cliente en forma solidaria con Alpargatas, ya que la responsabilidad solidaria no está prevista ni en el contrato ni en la ley, sino que se trata de una interpretación extensiva que realizó el A-quo.

Refirió que, en virtud del art. 40 de la Ley n° 24.240, la responsabilidad solidaria surge cuando el daño resulta del vicio o riesgo de la cosa, o de la prestación del servicio y que ninguno de estos supuestos se dan en el caso de autos, pues lo que produjo el daño fue la falta de información de Alpargatas para con sus empleados, entre ellos, el accionante.

Aludió que, sin perjuicio de lo anterior, la última parte del referido artículo 40 establece que sólo se liberará de responsabilidad quien demuestre que la causa del daño le ha sido ajena y que Alpargatas SAIC reconoció que la póliza contratada con Metlife finalizó su vigencia el 31/12/2011, y quedó probado que no informaron al actor de esta circunstancia.

Insistió en que el daño fue causado única y exclusivamente por Alpargatas quien, a pesar de haber cancelado la póliza con Metlife, no sólo no informó a sus empleados tal situación, sino que les siguió realizando descuentos por primas de seguro, bajo la apariencia de que aquéllos seguían asegurados. Consideró que su mandante fue ajena a estos hechos y no tuvo forma de evitarlos, puesto que los mismos acaecieron con posterioridad a la finalización de la relación contractual.

Por todo ello solicitó que, en caso de que se decida que la acción no se encuentra prescrita, se modifique la sentencia de primera instancia y se condene sólo a Alpargatas por ser la única responsable por la situación en la que se encuentra el actor.

Por último, hizo reserva del caso federal para recurrir ante la Excma. Corte Suprema de Justicia de la Nación.

2.- b). Contestación de agravios.

Corrido el traslado de ley, en fecha 8/2/2024 según reporte SAE (9/2/2024 conforme historia SAE), contestó el apoderado del actora, Dr. Diego Osvaldo Nieva Sanzano, quien solicitó el rechazo del recurso articulado con costas, por las razones que allí se indican.

3.- A su turno, en fecha 1/3/2024 emitió dictamen la Sra. Fiscal de Cámara quien consideró que corresponde rechazar el planteo recursivo de la codemandada y confirmar la sentencia apelada.

4.- Antecedentes relevantes de la causa.

a).- Demanda. A fs. 2/5 se presentó la letrada Analía del Valle Somonte en representación del Sr. Juan Ignacio Tártalo e interpuso demanda en contra de Alico Cía. de seguros SA; de Metlife Seguros SA, y de Alpargatas SAIC, por el cobro de la suma de \$168.848,40 o lo que surja de las probanzas, en concepto de seguro por invalidez total y permanente con más sus intereses, gastos y costas. Narró que en fecha 3/11/1971 el actor comenzó a trabajar en relación de dependencia jurídica laboral para la firma Alpargatas; que al iniciar sus tareas el actor se encontraba en óptimas condiciones de salud, sin merma o afección en su integridad psicofísica; que prestaba servicios de operario en diversas secciones de la empresa durante ocho horas diarias, mayormente de pie. Sostuvo que, con el tiempo, el actor estuvo expuesto a agentes causantes de enfermedades profesionales, por lo que inició un expediente ante la Comisión Médica n° 1, con el fin de obtener una jubilación por invalidez; que luego de someterse a diversas juntas médicas y estudios, la Comisión Médica emitió dictamen concluyendo que el actor tiene una incapacidad del 69,91% por lo

que reúne los requisitos exigidos por el art. 48 inc. a de la Ley 24.241 para acceder al beneficio de retiro por invalidez transitorio. Expuso que la cobertura entre Alpargatas y Alico Seguros de Vida y Ahorro, se cristalizó por póliza 302.169/2 mediante la cual, ésta última se obligaba a pagar las sumas de dinero que correspondieren por las coberturas aseguradas a los trabajadores en su planta fabril; que el actor tenía un seguro de vida colectivo, donde la obligada al pago de la prima era Alpargatas. Transcribió la cláusula "A", apartado 1 sobre el riesgo cubierto; apartado 2 sobre el beneficio y apartado 5 sobre la comprobación de la invalidez. Añadió que la cobertura prevista a favor del actor en el caso de invalidez total y permanente equivale al múltiplo de 24 sueldos. Relató que luego del dictamen de la Comisión Médica, el actor formalizó el reclamo a la aseguradora Metlife Seguros SA, quien en fecha 14/6/2013 contestó rechazando el pedido del actor con el argumento de que la cobertura de la incapacidad total y permanente por la póliza 302.169 quedó configurada con posterioridad a la fecha de cancelación de ésta (31/12/2011), lo que se encuentra avalado con la documentación aportada de la que resulta que el último día de concurrencia al trabajo del actor fue en fecha 4/6/2012 y el dictamen de la Comisión Médica data de fecha 17/7/2012, es decir, con posterioridad a la fecha de cancelación de la póliza. Afirmó que fue ahí que el accionante tomó conocimiento de la cancelación de la póliza contratada, pues ninguno de los demandados se lo comunicó en forma previa. Comentó que a su mandante se le seguía descontando en su recibo de haberes el seguro de vida optativo. Señaló haber intentado obtener información por parte de la compañía que cubría el riesgo, pero que no obtuvo respuesta.

Adujo que Alpargatas y Metlife incumplieron el deber de información que les impone la LDC, ya que modificaron el seguro contratado dejando sin cobertura, a partir del 31/12/2011, el riesgo de invalidez total y permanente, lo que jamás le fue notificado de manera fehaciente, por lo que consideró que ello le es inoponible.

b).- A fs. 36/41 se presentó el letrado Luis Fernando García Pinto, en representación de Alpargatas SAIC, y opuso excepción de prescripción liberatoria fundada en el art. 58 de la Ley de Seguros 17.418, que establece el plazo de un año para el ejercicio de las acciones derivadas del contrato de seguro. Tomó como punto de partida para el ejercicio de la acción por el actor la fecha 14/6/2013 en la que Metlife remitió carta documento en respuesta al reclamo sobre el pago del seguro y alegó que a partir de dicha fecha, luego de obtener el dictamen de la Comisión Médica n°1 de fecha 17/7/2012, el actor contaba con todos los elementos para hacer valer su reclamo en justicia y, no obstante, dejó vencer con creces el plazo previsto en el art. 58 de la ley 17.418.

En subsidio, contestó demanda, negó los hechos descritos por el actor y señaló que no se da el presupuesto previsto en la póliza n° 302.169 sobre el riesgo cubierto, por cuanto se exige que la enfermedad que ocasionó la invalidez total y permanente impida al asegurado desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa y que se produzca dentro de la vigencia del seguro y se mantenga por el plazo de tres meses de manera ininterrumpida. Alegó que el actor se ausentó únicamente 55 días y que la póliza no estaba vigente a la fecha de la enfermedad por lo que no se cumplió el presupuesto de hecho para la procedencia del reclamo. Resaltó que Tártalo tampoco acreditó el grado de invalidez total y permanente exigido en la póliza; que el dictamen de la Comisión Médica es solamente atendible a los fines previsionales pero no es suficiente a los fines del seguro, a lo que añadió que los facultativos de la empresa dictaminaron una incapacidad del 18%. Ofreció prueba instrumental, pidió pericia médica previa y solicitó que se rechace la acción con costas.

Corrido el traslado de la excepción de prescripción, a fs. 45/47 contestó la parte actora y dijo que es necesario encuadrar la presente acción en el marco de la LDC, que obliga interpretar las cláusulas que afecten a los consumidores de la forma que más favorezca a éstos, y alegó que el contrato de seguro que fundamenta este reclamo es una relación de consumo, por lo que el plazo de

prescripción a aplicar es el de tres años previsto en el art. 50 de la Ley n° 24.240.

c).- Contestación de demanda de Metlife. A fs. 240 se presentó el letrado Jorge José Giménez Lascano, en representación de Metlife Seguros SA y opuso excepciones de falta de acción y de prescripción liberatoria, aclarando que su poderdante Metlife Seguros SA, mediante fusión, absorbió a la firma Alico Compañía de Seguros SA, por lo que actúa en representación de ambas firmas. Fundó la excepción de falta de acción en que el actor inició el reclamo de la póliza de seguros cuando la misma se encontraba dada de baja, y que ello fue oportunamente notificado por su mandante Metlife Seguros SA mediante carta documento de fecha 17/6/2013 ante el reclamo efectuado por el actor en carta documento de fecha 10/6/2013. En cuanto a la defensa de prescripción, sostuvo que el art. 58 de la Ley 17.418 fija el término de un año para el inicio de la acción judicial, el que debe contarse desde que la correspondiente obligación es exigible. Reclamó la aplicación del plazo de prescripción previsto en la especial Ley de Seguros y no el que estatuye la LDC. Seguidamente contestó la demanda, negó los hechos relatados por el actor y dio su versión al respecto. Refirió que la cobertura de la incapacidad total y permanente quedó configurada con el dictamen de la Comisión Médica de fecha 17/7/2012, es decir con posterioridad a la fecha de cancelación de la póliza 302.169 contratada por Alpargatas (31/12/2011), por lo que no corresponde ningún pago atento a que las cláusulas de la póliza imponen que el reclamo debe iniciarse durante la vigencia del seguro. Resaltó que su mandante, luego de la baja, no percibió las primas correspondientes e hizo hincapié en el límite de cobertura pactado. Citó el derecho que estimó aplicable, ofreció prueba e hizo reserva del caso federal, solicitando que se rechace la demanda con costas.

A fs. 259 la letrada apoderada del actor contestó el traslado de las defensas de falta de acción y de prescripción y solicitó su rechazo.

d).- A fs. 263 se ordenó la apertura a prueba. A fs. 296 obra agregado el informe pericial médico previo que ordena el art. 70 del CPL, en el que el perito médico oficial sorteado, Dr. Sebastián Area, concluyó que el actor padece de HTA, bloqueo de la rama derecha, HBAI, DBT tipo 2, limitación funcional de ambas rodillas, várices estadio I, lo que a su criterio el genera una incapacidad total y permanente del 68,93%. Tal informe no fue impugnado por las partes.

e).- Por sentencia n° 248 de fecha 5/12/2023, el Sr. Juez en lo Civil y Comercial Común de la IIIa Nominación advirtió que previo a analizar la cuestión de fondo, correspondía tratar la excepción de prescripción liberatoria y la excepción de falta de acción formuladas por los demandados.

En cuanto a la excepción de prescripción, sostuvo que en la especie resulta aplicable la Ley n° 24.240, y que el hecho generador del presente reclamo lo es la toma de conocimiento de la incapacidad laboral del accionante que, conforme al informe emitido por la Comisión Médica respectiva, dicha fecha data del 17/7/2012 y el reclamo pertinente interruptivo de la prescripción se efectuó en fecha 24/8/2012 en relación a Alpargatas SA y en cuanto a la codemandada Metlife Seguros SA el reclamo interruptivo data del 7/6/2013, por lo que entendió que cualquiera que fuera la fecha tomada, no se han superado los tres años que prevé la norma.

Rechazó también la defensa de falta de acción planteada por la demandada Metlife, por entender que los reclamos del actor a esta última y a Alpargatas, fueron realizados ante el convencimiento de que contaba con el seguro pues su empleador le realizaba descuentos por ese concepto todos los meses de su liquidación de haberes, y que Metlife no puede pretender oponer al consumidor Juan Ignacio Tártalo que conozca las operatorias entre ésta y Alpargatas.

Entrando al fondo de la cuestión, expuso que lo que debía verificar es si se acreditó la relación contractual para luego indagar si hubo incumplimiento por parte de la demandada. Así, indicó que

existió un vínculo contractual que se encuentra acreditado con la documentación presentada por el Sr. Tartalo; que la aseguradora Metlife, a través de la carta documento de fecha 14/6/2013 manifestó que la póliza que cubría al actor fue cancelada en fecha 31/12/2011; que tal baja o modificación jamás fue notificada al actor.

Comentó que la cancelación unilateral del seguro efectuado por la aseguradora, no le es oponible al asegurado, ya que Metlife no cumplió con el deber de información que impone la Ley de Defensa Consumidor, y el hecho que la contratación hubiera sido facultativa no significa que el asegurado Tártalo haya tenido oportunidad de conocer tal decisión, más aún cuando Alpargatas no acreditó haber realizado actos tendientes a notificar a los consumidores adherentes.

Refirió que a fs. 296/297 el Dr. Sebastián Área, perito médico oficial, acompañó el informe del que surge una incapacidad total, permanente y definitiva del 68,93%, semejante al porcentaje emitido por la Comisión Médica.

Expuso que al incumplir los demandados con “el deber de información”, no dando información clara, específica y detallada, el Sr. Tártalo estaba convencido de que poseía un seguro por invalidez y que recién tomó conocimiento de que su seguro había sido modificado al momento de realizar la denuncia y recibir las correspondientes contestaciones.

Tuvo en cuenta que los demandados no acreditaron la contratación de otro tipo de seguros, a lo que se suma la falta de información en que incurrieron (art. 4 de Ley 24.240), y que ello ha generado un perjuicio al actor. A lo que agregó que ante la facultad unilateral del asegurador (en ese entonces Alico Cía. de Seguros SA) de cancelar la póliza n° 302.169/2, manifestación que obra en los escritos de contestación de demanda tanto de Alpargatas, como de Alico Cía. y Metlife S.A, su eventual oponibilidad al beneficiario debía encontrarse subordinada a un mínimo de publicidad, sea mediante una notificación directa, o a través de alguna forma de publicación en que el asegurador evitara lesionar los derechos de los beneficiarios. Consideró que la Aseguradora y Alpargatas deberían haber comunicado la cancelación de la póliza N° 302.169/2. Citó como antecedentes de este Tribunal los autos: “Villafañe Juan Manuel c/ Alico Cia. de Seguros S.A y/o Metlife Seguros SA y/o Alpargatas SAIC s/ Especiales” – expediente n° 438/18 y “Gordillo Reinaldo Hugo c/ Alico Cia de Seguros SA y/o Metlife Seguro SA y/o Alpargatas SAIC S/ Sumarísimo” – expediente n° 436/18 y entendió que corresponde atender al régimen protectorio del consumidor que rige la relación entre las partes, interpretando tanto los hechos como las pruebas en base a los principios allí establecidos por lo que decidió hacer lugar a la demanda instaurada por el Sr. Tártalo y condenar a los demandados a indemnizar a éste con la suma de \$168.848,40, lo que equivale a 24 sueldos, más intereses según la Tasa Activa, cartera general (préstamo) nominal, anual, vencida a 30 días del Banco Nación desde la mora hasta su efectivo pago.

5.- Concretamente la codemandada apelante se agravio por cuanto el Sentenciante no hizo lugar a la excepción de prescripción liberatoria interpuesta y por la responsabilidad atribuida a Metlife Seguros de Vida SA.

Así planteada la cuestión, debo recordar que sin perjuicio del tratamiento integral que se realizará sobre las cuestiones que son objeto de recurso, los jueces no están obligados a analizar todas y cada una de las pruebas aportadas al expediente, ni todos y cada uno de los argumentos de las partes, sino tan solo los que se consideren suficientes y decisivos para decidir el caso (CSJN, fallos: 258:304; 262:222; 265:301; 272:225; Loutayf Ranea Roberto G. "El recurso ordinario de apelación en el proceso civil", t. 2 p. 310/313, Astrea, 2ª ed. act. y amp., Bs. As. 2009).

Anticipado ello, ingresaré al estudio de los agravios del recurrente.

a) Primer agravio. Rechazo de la excepción de prescripción liberatoria.

No ha sido objeto de discusión en esta instancia, que la relación contractual base de la demanda es un seguro de vida colectivo contratado mediante la póliza n° 302.169, y que fue celebrado por Alpargatas SAIC con Alico Compañía de Seguros SA y que a ese seguro se incorporó el actor Juan Ignacio Tártalo (conforme póliza de fs. 69/95, recibo de haberes de fs. 12 y según lo manifestado por el letrado Jorge José Gimenez Lascano, representante legal de Metlife Seguros SA y por el Dr. García Pinto, representante legal de Alpargatas SAIC, en los respectivos escritos de contestación de demanda.

Por otra parte a fs. 9/10 vta. obra copia del Dictamen de la Comisión Médica n° 001 emitido por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo en fecha 17/7/2012, en que el organismo determinó como porcentaje de invalidez el 69,91%, por lo el Sr. Juan Ignacio Tártalo reúne al momento de la evaluación las condiciones exigidas para el beneficio de retiro transitorio por invalidez.

Ahora bien, corresponde determinar en el presente caso si resulta o no la aplicación de Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios, en virtud de la negativa expresada por el recurrente en relación al plazo de prescripción aplicado por el Sentenciante.

Al respecto la jurisprudencia dijo: “No cabe soslayar que, tratándose de una ley de orden público (conf. art. 65), corresponde a los jueces aplicarla aun cuando las partes no la hayan invocado (Picasso, Sebastián - Vázquez Ferreyra, Roberto, Ley de Defensa del Consumidor Comentada y Anotada, T I, p. 501; Farina, Juan M., Defensa del Consumidor. Comentario exegético de la Ley n° 24.240, p. Rusconi, Dante D (Coord.), Manual de Derecho del Consumidor, p. 629), dado que las soluciones allí establecidas procuran dar contenido sustancial al mandato protectorio impartido desde la Constitución Nacional (art. 42) respecto de quienes, por su vulnerabilidad estructural, requieren una tutela diferenciada (cf. Lorenzetti, Ricardo Luis, Consumidores, p. 24 y ss). Se ha dicho que “el juez de este tiempo está convocado a contribuir con la efectivización de los derechos de los más débiles ante el incontenible avance de las asimetrías sociales y económicas” (Alferillo, Pascual E, “La función del juez en la aplicación de la ley de defensa del consumidor”, en La Ley 2009-D, 967) (CSJTuc., Amaya, Mariana Delicia c/ Galicia Seguros SA s/ Daños y perjuicios”, 30/5/2014, La Ley online: AR/JUR/27270/2014) (CCCC - Sala 2, sentencia n° 217 de fecha 16/5/2017). En igual sentido se pronunció la Excma. Corte local en sentencia n° 591 del 24/11/2016 en la que dijo: “la actora tiene derecho a la tutela específica que la Ley 24.240 brinda a los consumidores, que debe serle reconocida con fundamento en el principio iuranovit curia (arg. art. 65 Ley 24.240 y art. 34 CPCC), traducido en la atribución del juzgador de aplicar el derecho que estima justo, atendiendo a la descripción de los hechos que constituyen la materia litigiosa sometida a su conocimiento, conforme ha quedado trabada la litis, prescindiendo del nomen iuris utilizado en la pretensión procesal planteada, y sin estar atado por los errores de planteo o invocación de los litigantes (cfr. CSJTuc., sentencia n° 366 del 26/5/2010, autos "Usandivaras, Ana María vs/ Noacam S.A. s/ Daños y perjuicios") (ver CSJT, sentencia n° 202/2019).

Cabe recordar además que el art. 7 del Código Civil y Comercial de la Nación establece como regla que “A partir de su entrada en vigencia, las leyes se aplican a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes. Las leyes no tienen efecto retroactivo, sean o no de orden público, excepto disposición en contrario. La retroactividad establecida por la ley no puede afectar derechos amparados por garantías constitucionales. Las nuevas leyes supletorias no son aplicables a los contratos en curso de ejecución, con excepción de las normas más favorables al consumidor en las relaciones de consumo”.

En consecuencia, y por aplicación de la prescripción de cita, de apreciarse una nueva regla más favorable al consumidor, ella resultará de aplicación inmediata a las consecuencias o los efectos de los contratos celebrados antes del 1/8/2015, conforme el juego armónico de los arts. 7 y 1095 CCCN.

Considero consolidada la opinión de que las normas y principios de defensa de los consumidores y usuarios son aplicables a las relaciones generadas por un contrato de seguro. Siendo el contrato de seguro un típico contrato por adhesión, ya que su contenido (póliza) es predispuesto en forma anticipada y unilateral por el asegurador, su contenido debe ser analizado a la luz de las disposiciones de la Ley de Defensa del Consumidor (especialmente los arts. 38 y 39), así como las normas y principios del derecho común (especialmente arts. 18, 21, 953, 954, 1038, 1039, 1066, 1071 y 1198 del Código Civil, y los actuales arts. 1094 y 1095 del Código Civil y Comercial vigente).

Por el art. 1 de la Ley n° 24.240 se ha extendido el concepto de “consumidor” al decir: “(). Se considera consumidor a la persona física o jurídica que adquiere o utiliza, en forma gratuita u onerosa, bienes o servicios como destinatario final, en beneficio propio o de su grupo familiar o social”.

Dentro de este concepto, se ha entendido que la palabra “servicio” alude a cualquier actividad prestada en el mercado de consumo mediante remuneración, incluyéndose las de naturaleza bancaria, financiera, de crédito, aseguradora, salvo las derivadas de las relaciones de carácter laboral. En tal sentido, el contrato de seguro puede ser considerado como una relación de consumo en la que el asegurador se obliga, a cambio del pago de una prima o cotización, a prestar un servicio consistente en la asunción de riesgos mediante coberturas asegurativas.

Al respecto nuestra CSJT dijo: “El seguro de vida colectivo es un contrato en el cual, en una relación compleja, el acuerdo es celebrado y concluido por un tomador a su nombre (contrayente-estipulante) pero por cuenta ajena, esto es por los componentes del grupo y son estos -en el caso de autos los empleados- los que revisten la calidad de asegurados” (CSJTuc., sentencia n° 1428 del 14/11/2016, “Domínguez Miguel Francisco vs/ Caja de Seguros SA s/ Cumplimiento de contrato”; sentencia n° 601 del 25/7/2005, “Ruiz Paulino Zenón vs/ La Buenos Aires Cía. Argentina de Seguros SA s/ Cobro de seguros”; entre otros), sin perjuicio de las variantes que a veces reviste este vínculo contractual”; y agregó: “Nos encontramos frente a un contrato de consumo, subsumible bajo las previsiones de la Ley n° 24.240 in genere el contrato de seguro configura una relación de consumo, debido a que la compañía de seguros es una proveedora de servicios y su actividad queda subsumida en las previsiones del art. 2 de la Ley de Defensa del Consumidor. Específicamente la acción por cobro de una indemnización por incapacidad, promovida por el trabajador dependiente asegurado se rige también por la normativa consumeril (Cfr. Cámara 6a de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Córdoba, 19/12/2008, “Nieto, Olga del Valle vs/ Caja de Seguros SA”). Así las cosas, a las relaciones de seguro del tipo que nos ocupa les resultan exportables, más allá de su regulación legal específica, las disposiciones tuitivas de los consumidores (TSJ Neuquén, Sala Civil, 25/2/2013, “Merino Rosa Herminia c. Caja de Seguros SA s/ Cobro de seguro por incapacidad”, Ac. n° 8/13; Ídem Imaz, Joaquín A., “La Prescripción de la Ley de Defensa del Consumidor para los Contratos de Seguro de vida colectivo”, LL Patagonia 2013 -diciembre-, 1313 -comentando el anterior fallo-; en similar sentido: Trib. Sup. Just. Córdoba, Sala Civ. y Com., 22/10/2013, “D' Andrea, María del C. vs/ Caja de Seguros de Vida SA - Ordinario”). Es que el beneficiario de este tipo de seguro colectivo, que tiene acción directa contra la aseguradora, reviste indiscutible carácter de consumidor o usuario (Cfr. Pagés Lloveras, Roberto M., “El Derecho del Consumidor y los Contratos de Seguros”, La Ley 2014-E, 588).” Dres.: Posse - Estofan - Leiva.” Registro: 00055747-01 (CSJT “Gómez Carlos Guillermo vs/ Alico Cía. de Seg. s/ Medida Preparatoria, sentencia n° 741 del 14/5/2019).

Ahora bien, es necesario determinar el régimen legal conforme doctrina legal de la Corte: “No resulta arreglada a derecho la sentencia que, a partir de una inadecuada interpretación del plazo de prescripción aplicable a las acciones judiciales emergentes de la Ley de Seguros en su correlación con la Ley de Defensa del Consumidor en su texto originario, resuelve el planteo de prescripción en forma equivocada a raíz de prescindir de una interpretación sistemática a raíz de la cual: a) queda incólume la autonomía del derecho de seguro; b) no existe una colisión de norma, sino una más amplia tutela de los derechos del asegurado-consumidor, c) debe determinarse, en cada caso, dónde halla su fuente o principio la acción que deduce el asegurado” (sentencia n° 1428, del 14/11/2016 en “Domínguez, Miguel Francisco c/ Caja de Seguro SA s/ Cumplimiento de contrato”, antes citada).

Vale decir que, definida la aplicación del Estatuto del Consumidor a relaciones como las invocadas en el presente juicio, cabe determinar -en virtud de los agravios vertidos por la aseguradora y por aplicación del principio *iura novit curia*- cuál es el plazo de prescripción aplicable para casos como el de autos. La parte actora postuló la aplicación del plazo trienal previsto por la LDC, mientras que la codemandada apelante reclamó la aplicación del plazo anual de la Ley de Seguros por ser ley especial. Por su parte el Sentenciante, luego de analizar la cuestión, concluyó que corresponde aplicar al sub lite el plazo de tres años en orden a lo normado por el art. 50 de la LDC.

Es del caso recordar que la Ley de Seguros establece en su artículo 58 el plazo de prescripción para las acciones. Su texto en la parte pertinente reza: “Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible”. Luego con la vigencia de la Ley de Defensa del Consumidor, no en su texto originario sino con la modificación introducida por la Ley 26.361 se estableció: “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”.

Ahora bien, en lo que atañe a la controversia que ha suscitado la aplicación del instituto de la prescripción, adelanto que el plazo de un año previsto por la ley especial de seguros resulta absolutamente breve y prácticamente condenatorio de los derechos de los asegurados, en tanto contraría los principios protectorios de los consumidores dispuestos por el art. 42 y art. 75 inc. 22 CN. Ello así, por cuanto la Constitución es ley suprema o norma fundamental no sólo por ser la base sobre la que se erige todo el orden jurídico-político de un estado, sino también, por ser aquella norma a la que todas las demás leyes y actos deben ajustarse. Esto quiere decir que todo el ordenamiento jurídico-político del estado debe ser congruente o compatible con la constitución. La supremacía significa -ante todo- que la constitución es la “fuente primaria y fundante” del orden jurídico estatal. Esto, el colocar a la constitución en el vértice de dicho orden, quiere decir que es ella -desde dicha cúspide- la que dispone cuál es la gradación jerárquica del mismo orden, porque como fuente primaria y fundante bien puede ocurrir que la constitución resigne el primer plano al que estamos acostumbrados, para reconocer en dicho nivel más alto que el de ella misma al derecho internacional -sea el general, sea el de los derechos humanos- y/o al derecho de la integración supraestatal y su derivado, el derecho comunitario (cfr. Bidart Campos, German J., Manual de la Constitución Reformada, Tomo II, p. 333/334, Sociedad Anónima Editora, Comercial, Industrial y Financiera, Bs. As., 2000). Destacase que la Constitución Nacional, en su primera parte, garantiza los derechos de consumidores y usuarios, sin definirlos, en la relación de consumo. Así, su art. 42 reza: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la

defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control". A ello hay que agregar que: Los Derechos de los Consumidores forman parte de los Derechos Humanos, con lo cual el tema sub examine debe ser analizado a la luz de lo expuesto en el art. 75, inc. 22 CN, donde se hace referencia a los Tratados Internacionales y le otorga categoría de norma supralegal (Cfr. Chersi, Carlos (Coordinador), Los Derechos del Consumidor, Capítulo I, Dra. Mariotto, Ediciones Mora, Buenos Aires). Ello implica que el juez ex officio debe realizar un Control de Convencionalidad. En el marco apuntado, encontrándose los derechos de los consumidores, como uno de los derechos, dentro de los Derechos Humanos, dado que está en juego la dignidad de la persona, la cuestión a decidir no puede soslayar el principio "pro hominis" (en el sentido de la protección integral del ser humano), por aplicación del control de convencionalidad" (cfr.: CNCom. Sala F; 5/3/2020; Rubinzal Online; RC J 907/20).

A su turno la propia LDC se manifiesta en esa dirección cuando en su artículo 3° dice: "Las disposiciones de esta ley se integran con las normas generales y especiales aplicables a las relaciones de consumo (...). En caso de duda sobre la interpretación de los principios que establece esta ley prevalecerá la más favorable al consumidor".

Sobre el particular, es de utilidad referir que el Dr. Ricardo Lorenzetti, bajo el Título de "Conflictos con otras Leyes Especiales" por un lado, afirma que la Ley de Defensa del Consumidor tiene "... Prioridad frente a las Leyes Especiales que regulan la actividad del Proveedor", enseñando que "el legislador soluciona un problema que no es de interpretación, sino de jerarquía de normas..." haciendo expresa mención a las leyes referidas a la actividad bancaria, de seguros...". Y por otro lado, en forma expresa, y específica, bajo el título de " Prioridad en materia de prescripción ..." determina "una solución similar para la jerarquía en la aplicación de normas en materia de prescripción..."(Cfr. Lorenzetti, Ricardo Luis; Consumidores, Segunda Edición actualizada, "Autonomía del microsistema" p. 49, Rubinzal- Culzoni Editores, Santa Fe, 2009 y "Consumidores, Capítulo Segundo, "Fuentes y Futuro del Derecho del Consumidor"; Acápito V "Conflicto con otras Leyes Especiales que regulan la actividad del Proveedor" (CNCom. Sala F; 5/3/2020; Rubinzal Online; RC J 907/20).

Por ello, al haber aclarado que nos encontramos frente a una relación de consumo, que es irrenunciable y aplicable de oficio por el juez el régimen tuitivo, que la controversia en la que la aseguradora demandada se niega a cumplir con la prestación a su cargo derivada de un contrato colectivo de vida e incapacidad, con el argumento de que la acción está prescripta por aplicación del plazo anual previsto por el art. 58 de la Ley 17.418, debe considerarse aprehendida en los términos que establece el art. 50 de la Ley 24.240 conforme la modificación introducida en el año 2008 por la Ley n° 26.361, pues existe un plazo de prescripción más favorable al consumidor. Ello, en base a una perspectiva de los derechos humanos fundamentales de raigambre constitucional que implica una protección tuitiva ampliada a favor de los beneficiarios de las leyes que el Estado busca proteger desde el prisma del derecho de los consumidores, postulando una interpretación y aplicación de la norma más favorable a la persona humana en base al principio pro homine y permite abordar el "test de constitucionalidad", a través del paradigma de la normativa consumeril.

En el presente caso, el actor tuvo conocimiento de su incapacidad con el Dictamen de la Comisión Médica de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo el 17/7/2012, que determinó como porcentaje de invalidez el 69,91% (fs. 9/10 vta.). A partir de allí debe computarse el plazo de tres años de la ley

consumeril, ello en razón de que la acción para exigir el pago de un seguro colectivo de incapacidad se torna exigible con el conocimiento por parte del beneficiario de su estado de capacidad conforme lo tiene dicho este Tribunal en sentencia n° 180 de fecha 30/10/2020. Habiéndose interpuesto la demanda el 12/2/2015 y atento a la vigencia de la Ley 24.240 con la reforma de la Ley 26.361 - publicada en el Boletín Oficial el 7/4/2008, la cual estuvo vigente desde el 2008 hasta el 1 de octubre de 2014- desde el 3/4/2012 y hasta la interposición de la demanda (12/2/2015), no ha transcurrido el plazo de prescripción, ello, teniendo presente el principio del favor consumidor, que en el caso es especialmente relevante por la naturaleza del seguro colectivo de incapacidad.

En igual sentido se pronunció este Tribunal en sentencia n° 180 del 30/10/2020; sentencia n° 51 del 27/5/2020; sentencia n° 197 del 6/9/2019; sentencia n° 260 del 15/11/2019; sentencia n° 217 del 16/9/2021, entre otras, razones por las cuales es que comparto lo resuelto en la sentencia apelada.

En consecuencia, en el caso de autos, considero correcto el encuadre legal dado por el juez de grado aplicando el derecho e interpretando los hechos a la luz de la ley de defensa del consumidor 24.240 y su modificatoria introducida en el año 2008 por la Ley n° 26.361. Por ello se estima que el agravio de la aseguradora recurrente debe ser rechazado.

b) Segundo agravio. Atribución de responsabilidad a Metlife Seguros SA. Dijo la codemandada que no su parte no es responsable de la falta de información al actor, que no puede estar obligada al pago por cuanto la póliza expiró el 31/12/2011 y que la aseguradora a partir de esa fecha no percibió más primas.

Atento a que no se encuentra discutida la existencia de una relación de consumo entre el asegurado (Tártalo), tomador (Alpargatas) y aseguradora (Metlife), es evidente que entre ellos rige el cabal cumplimiento del deber de información, tanto en la etapa precontractual, cuanto en la celebración del contrato y liquidación del siniestro.

Ello es así en virtud de que el art. 42 de la CN. establece como piedra angular de la protección del consumidor el derecho a una información adecuada y veraz. Ese derecho ha sido delineado en el art. 4 de la LDC que establece que la información debe ser cierta, clara y detallada sobre las características esenciales del contrato.

Si se atiende a las características del contrato celebrado, no cabe duda de que el asegurado no participó en la creación del contenido de las condiciones generales ni pudo influir en su texto, sino que permaneció ajeno a la relación de intermediación que existió entre su empleador y la aseguradora, por lo cual es razonable que haya confiado en la cobertura contratada, creando una expectativa cimentada en la buena fe; máxime cuando se debitaron de sus haberes conceptos referidos a la prima del seguro de vida conforme consta en copia de recibo de haberes de fecha 6/8/2012 obrante a fs. 12 acompañado por el actor.

Por tanto, ponderando las particulares características que informan al seguro de vida consideramos que no puede oponerse al asegurado la cancelación de la póliza sin depender de notificación alguna, porque no se está ante un supuesto en el que el mismo asegurado asume la responsabilidad de pagar el precio en tiempo y forma. Por el contrario, en los contratos por cuenta ajena -como el de la especie- es el tomador el obligado al pago de la prima (art. 27 LS) y en el presente caso esos importes se descontaban de los haberes que percibía el Sr. Tártalo, lo que lo hacía presumir que su póliza de seguro con la compañía aseguradora seguía vigente; motivo por el cual realizó el reclamo correspondiente a Metlife Seguros SA. En el caso particular y ante la facultad unilateral del asegurador (en ese entonces Alico Cía. de Seguros SA) de cancelar la póliza n° 302.169/2, lo cual fue manifestado en la contestación de demanda de Alpargatas SAIC (fs. 36/41) no parece dudoso que la eventual oponibilidad al beneficiario del seguro se encuentre subordinada a un

mínimo de publicidad para así evitar lesionar los derechos de los beneficiarios.

Ese es el criterio de este Tribunal que, con anterioridad, expresó: “En ese orden de ideas, consideramos que era necesario que la aseguradora -Metlife Seguros SA, en ese entonces Alico Cía. de Seguros SA- comunicara de modo auténtico y fehaciente al propio asegurado la cancelación de la póliza n° 302.169/2 a fin de otorgar la debida certeza y seguridad en el uso del seguro contratado y abonado y en caso de duda debe resolverse a favor del destinatario del régimen habida cuenta el fin protegido, ya que una decisión adversa afectaría el carácter alimentario de la cobertura en juego. Al respecto la CSJT dijo: “Informar es hacer saber lo que es importante, resultando tal todo dato que pueda alterar la base del negocio, de modo que si se conociera no se contrataría, o se lo haría en otras condiciones. La información es un elemento imprescindible para restablecer el equilibrio entre las partes -tratantes primero y contratantes después-, debiendo considerarse que tal equilibrio es el principio sobre el que se asienta la autonomía de la voluntad, que es elemento esencial del consentimiento eficaz. Por ello resulta fundamental que la información sea veraz, detallada, eficaz, suficiente, cierta e inteligible. (CSJTuc, sentencia n° 921 del 2/10/2009).” (Sentencia n° 149 de fecha 27/5/20222 - expediente n° 436/18).

Considero oportuno destacar que el fundamento y la finalidad del deber de información, la naturaleza del comportamiento informativo, el objeto de la obligación (la información a suministrar, su alcance y caracteres conforme el art. 4 de la Ley 24.240 y las otras normas que resulten aplicables), la forma que debe observar y la prueba del cumplimiento de esta obligación han sido objeto de un estudio exhaustivo por parte de la doctrina nacional y extranjera, coincidente en sus líneas centrales (Mosset Iturraspe, Jorge, Introducción al Derecho del Consumidor, en Revista de Derecho Privado y Comunitario, T. 5, pág. 7 y ss.; Lorenzetti, Ricardo L., Consumidor, p. 167 y ss.; Ossola, Federico-Vallespinos, Carlos Gustavo, La obligación de informar, p. 95 y ss.; Farina, Juan M., Defensa del consumidor y del usuario. Comentario exegético de la Ley 24.240 con las reformas de la Ley 26.361, p. 158 y sgtes.; López Cabana, Roberto M., La información en los contratos de consumo, JA 1995-IV-800; Andorno, Luis, “El deber de información en la contratación moderna” en Responsabilidad por daños en el tercer milenio en homenaje al Prof. Atilio A. Alterini, p. 952 y sgtes.; Stiglitz, Rubén-Stiglitz, Gabriel, “Responsabilidad precontractual. Deberes secundarios de conducta. Incumplimiento del deber de información. Relevancia en los contratos de consumo”, en LL 1992-D-750; Ordoqui Castilla, Gustavo, “La responsabilidad del empresario por el deber de informar” en Responsabilidad por daños en el tercer milenio en homenaje al Prof. Atilio A. Alterini, p. 928; entre muchos otros). Ello implica que, sin descuidar el análisis de las particularidades de cada caso, resulta demostrativo de la tendencia doctrinal y jurisprudencial marcadamente orientada a asegurar la efectividad de tan trascendente derecho.

Por otro lado, las obligaciones emergentes de la relación de consumo son atribuibles a la cadena de responsables que consagra el art. 40, de manera que tanto para los daños resultantes del vicio o riesgo de la cosa, como de la prestación del servicio –propio o de tercero–; la norma consumeril responsabiliza objetiva y concurrentemente al fabricante y en general, a todos los intermediarios en la cadena de comercialización y distribución del producto, por los daños que sufra el consumidor debido al riesgo o vicio de la cosa o de la prestación del servicio; de forma tal que solo podrá liberarse total o parcialmente quien demuestre que la causa del daño le fue ajena. Dentro de esa responsabilidad queda comprendida la obligación de informar antes analizada.

Así lo ha entendido la jurisprudencia federal: "(...) La modificación unilateral de una cláusula efectuada por la aseguradora disminuyendo el riesgo cubierto del seguro de vida colectivo facultativo contratado, no le es oponible al asegurado, pues, aquella no cumplió con el deber de información que le impone la Ley de Defensa del Consumidor y el hecho de que la contratación hubiera sido facultativa no significa que el asegurado haya tenido oportunidad de conocer el

contenido de la póliza, máxime cuando el asegurado no acreditó haber realizado aquellos actos tendientes a anotar a los consumidores adherentes de aquellas modificaciones. 2- La Ley de Defensa de Consumidor posibilita la declaración de inoponibilidad de una cláusula voluntariamente pactada en el marco de una relación de consumo —en el caso, de un contrato de seguro de vida colectivo—, cuando se constata que el oferente de bienes y servicios inobservó determinadas reglas tendientes a resguardar el derecho del consumidor..." Cita Online: AR/JUR/70088/2011.

Ello se corresponde con la finalidad tuitiva del régimen consumeril que consagra una cadena de responsabilidad de la que no puede pretender prescindir el asegurador, sin perjuicio de las ulteriores acciones de regreso que le pudieran corresponder.

Finalmente debo resaltar que, en el presente caso, las demandadas no han producido prueba tendiente a acreditar que el asegurado haya tenido el debido conocimiento de la cancelación de la mencionada póliza; de ello se deriva como consecuencia que la cancelación no le pueda ser opuesta al Sr. Tártalo, en virtud del incumplimiento al deber de información que prevé el art. 42 de la CN y el art. 4 de la LCD.

Por todo ello, los agravios de la codemandada son inhábiles para revertir la conclusión sentencial que se confirma, conforme a lo analizado.

6.- En materia de costas del recurso, atento al resultado arribado y al principio objetivo de derrota en juicio, se imponen a la aseguradora apelante vencida (arts. 61 y 62 CPCCT).

Es mi voto.

La Sra. Vocal Dra. María José Posse dijo: que por estar de acuerdo con los fundamentos del voto de la Sra. Vocal preopinante, vota en idéntico sentido.

Y VISTO el resultado del presente acuerdo, se

RESUELVE

I).- NO HACER LUGAR al recurso de apelación interpuesto por Metlife Seguros SA en fecha 21/12/2023 según reporte SAE (26/12/2023 conforme historia SAE), contra la sentencia definitiva n° 248 de fecha 5/12/2023, dictada por el Sr. Juez en lo Civil y Comercial Común de la IIIa Nominación de este Centro Judicial Concepción. En consecuencia, CONFIRMAR la sentencia, conforme a lo analizado.

II).- COSTAS a la apelante vencida, por lo considerado.

III).-RESERVAR pronunciamiento sobre honorarios para su oportunidad.

IV).- TENER presente la reserva del caso federal.

HÁGASE SABER.

Firman digitalmente:

Dra. Mirtha Inés Ibáñez de Córdoba

Dra. María José Posse

ANTE MÍ: Firma digital:

Julio Rodolfo Maihub - Prosecretario

Actuación firmada en fecha 30/04/2024

Certificado digital:
CN=MAIHUB Julio Rodolfo, C=AR, SERIALNUMBER=CUIL 20184983622
Certificado digital:
CN=POSSE Maria Jose, C=AR, SERIALNUMBER=CUIL 27130674513
Certificado digital:
CN=IBÁÑEZ Mirtha Ines, C=AR, SERIALNUMBER=CUIL 27142255516

La autenticidad e integridad del texto puede ser comprobada en el sitio oficial del Poder Judicial de Tucumán <https://www.justucuman.gov.ar>.