

Expediente: 530/13

Carátula: **ORILLO MARIA JOSE C/ ARAGON ARGENTINA DEL ROSARIO Y OTRO S/ DAÑOS Y PERJUICIOS**

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

Tipo Actuación: **FONDO CAMARA**

Fecha Depósito: **15/12/2023 - 04:48**

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

90000000000 - ARAGON ARGENTINA DEL ROSARIO, -DEMANDADO

20076536008 - MERCHED, DANIEL ENRIQUE-PERITO

20284963106 - ORILLO MARIA JOSE, -ACTOR

27331636873 - LIDERAR COMPAÑIA GENERAL DE SEGUROS, -DEMANDADO

## **PODER JUDICIAL DE TUCUMÁN**

CENTRO JUDICIAL CONCEPCIÓN

Excma. Cámara en lo Civil y Comercial Común Sala II

ACTUACIONES N°: 530/13



H20774655107

JUICIO: ORILLO MARIA JOSE C/ ARAGÓN ARGENTINA DEL ROSARIO Y OTRO S/ DAÑOS Y PERJUICIOS. EXPTE. N° 530/13.

En la Ciudad de Concepción, Provincia de Tucumán, a los 14 días del mes de diciembre de 2023, las Sras. Vocales subrogantes de la Sala II de la Excma. Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial Común de este Centro Judicial de Concepción, 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 en fecha 4/10/2023 por la letrada Analía de Lourdes Michel, apoderada de la citada en garantía Liderar Cía. Gral. de Seguros, en contra de la sentencia definitiva n° 423 de fecha 19/9/2023, dictada por el Sr. Juez Civil y Comercial Común de la II° Nominación de este Centro Judicial Concepción, en estos autos caratulados "Orillo María José c/ Aragón Argentina del Rosario y otro s/ Daños y perjuicios" - expediente n° 530/13. 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° 423 del 19 de septiembre de 2023 el Sr. Juez en lo Civil y Comercial Común de la IIª Nominación de este Centro Judicial de Concepción resolvió: "I.- Hacer lugar a la demanda de cobro por daños y perjuicios instaurada por la parte actora, en contra de Argentina del Rosario Aragón y Liderar Compañía General de Seguros SA. Por consiguiente condenó a la parte demandada, a abonar a María José Orillo la suma de \$7.810 en concepto de daño emergente por daños materiales, \$10.000 (diez mil pesos) en concepto de daño emergente-gastos médicos, de traslados y de viáticos- y \$400.000 (cuatrocientos mil pesos) en concepto de daño moral. Cabe señalar que estos montos deberán ser calculados de acuerdo a lo expuesto en el punto. II.- Costas de acuerdo a lo expuesto en el punto 10. III.- Reservar pronunciamiento sobre regulación de honorarios para su oportunidad".

2.- Contra tal sentencia, en fecha 4/10/2023 interpuso recurso de apelación y expresó agravios la citada en garantía, por medio de la letrada apoderada Analía de Lourdes Michel, los que fueron contestados por el letrado apoderado de la actora, Eduardo Eugenio Racedo, en el carácter de apoderado de la actora, en fecha 24/10/2023.

En sus agravios la recurrente expuso que lo resuelto por el Juez de primera instancia es erróneo, arbitrario y violenta los principios de congruencia, defensa en juicio e igualdad de las partes, por lo que solicitó que se revoque el punto uno de la parte resolutive de la sentencia apelada y se haga lugar a la defensa de falta de cobertura opuesta al contestar demanda. Expresó que uno de los elementos centrales de la apelación se basa en el análisis del contrato de póliza 6.248.334, específicamente las cláusulas CA-CO 6.1 y el art. 2 de la Póliza antes mencionada, añadió que dichas cláusulas establecen claramente las condiciones bajo las cuales se otorga cobertura financiera. Señaló que es imperativo que se interpreten y apliquen en consonancia con los términos contractuales. Expuso que el perito contable designado en este proceso y con control de parte, presentó un informe en el cual se concluye que los pagos de primas no fueron realizados en tiempo y forma, lo que resultó en la exclusión de cobertura en el período en que ocurrió el siniestro (11 de agosto de 2011). Alegó que este informe fue consentido por la parte demandada y que si bien fue impugnado por el actor quien además solicitó aclaraciones, dicho planteo no fue sustanciado. Señaló que de las constancias de autos no surge documentación alguna que desvirtúe lo expresado y probado por su parte al contestar demanda. Citó jurisprudencia según la cual la declinatoria de cobertura fundada en la falta de pago de la prima, puede ser opuesta a la víctima, pues al no hacerse efectivo dicho pago, la mora se produce, como regla de pleno derecho, con la consecuente sanción de suspensión que prevé el art. 31 de la Ley de Seguros. La suspensión implica la falta de garantía, de modo tal que si ocurre el siniestro durante la suspensión, la aseguradora no está obligada a cubrir la indemnización prevista en la póliza.

Aseveró que la demandada Aragón abonó la cuota y/o prima 6 el 18/8/2011, por lo que a la fecha del evento la prima se encontraba impaga y, por lo tanto, la cobertura financiera se encontraba en mora como perfectamente lo expresa el perito en su informe.

Refirió que la demandada presentó como prueba de pago un recibo con fecha 23/7/2011, pero que el informe del perito contable evidenció que dichos pagos se realizaron después del siniestro, y que el abono de la sexta prima ocurrió el 18/8/2011, por lo que afirmó que el recibo presentado al contestar la demanda, no acredita el pago de la sexta prima y no existe otra prueba que respalde que ese recibo corresponde a ese periodo, o que se haya abonado la prima correspondiente al momento del accidente. Agregó que en los presentes autos no constan los cinco recibos anteriores que permitirían determinar si el recibo en cuestión corresponde a la prima del día en que ocurrió el accidente. Concluyó que es evidente que la exclusión de cobertura se encuentra probada y respaldada tanto por los términos contractuales como por el informe pericial. Arguyó que para que la cobertura financiera sea rehabilitada, el asegurado debió haber tenido abonadas las 6 primas vencidas al tiempo del accidente, es decir antes del hecho que dio origen a estos autos -antes del 11/8/2011-, lo que sostuvo no ocurrió en autos.

Postuló que existió un error de interpretación con relación a la póliza de seguro y al informe pericial contable, pues al no abonarse en término las primas o cuotas por parte del asegurado, se suspende la cobertura en base a la condición adicional 33, y el art. 31 de Ley de seguros, por lo que impetró que la sentencia sea revocada en este punto.

Segundo agravio. Límite de cobertura. Le causó agravio, además, la falta de tratamiento por parte del Sr. Juez *a quo* del planteo de límite de cobertura pactado en las condiciones generales y particulares de la póliza.

Expuso que al contestar demanda, su parte planteó el límite de cobertura por la suma de \$2.250.000 con un tope máximo de \$250.000 por persona, que es el aplicable en autos, pero que el Sentenciante no se pronunció sobre esta defensa y que dicha omisión afecta de manera sustancial el derecho de su representada, pues es susceptible de gravitar en el resultado del litigio, y solicitó que se subsane dicha omisión y se emita pronunciamiento por la procedencia del límite de cobertura establecido en la póliza de seguros 6.248.334.

Tercer agravio. Daño moral. Dijo que le causó perjuicio a su mandante la procedencia del rubro daño moral y, en especial, su cuantificación en la suma de \$400.000, cifra a la que consideró injustificada y excesiva.

Alegó que el Sentenciante rechazó por falta de pruebas la solicitud de incapacidad planteada por la parte actora, y entendió que ello influye directamente en la determinación de la procedencia y el monto del daño moral. Expresó que es necesario revisar la suma de \$400.000 establecida en este rubro, ya que si el actor no probó las supuestas lesiones sufridas, debe probar la existencia del daño moral, como la cuantía que solicita. Reseñó que el actor reclamó en la demanda la suma de \$15.000 en concepto de daño moral; que la actualización de esta suma al 30 de septiembre de 2023, de acuerdo con la planilla del Colegio de Abogados, asciende a \$83.754. Dijo que el Juez de Grado, basándose principalmente en cuestiones subjetivas, fijó la suma de \$400.000 en concepto de daño moral, suma a la que consideró infundada y violatoria del principio del debido proceso al no acreditarse incapacidad alguna. Destacó que si bien la actora sufrió lesiones como resultado del accidente en cuestión, estas no le causaron incapacidad alguna, por lo que solicitó que el rubro de daño moral sea rechazado o, en su defecto, reducido al monto solicitado por la contraparte, ya que es esa la parte más adecuada para cuantificar su propio daño, actualizado según corresponda.

Al responder los agravios, el letrado Eduardo Eugenio Racedo, apoderado de la parte actora, en fecha 24/10/2023 (SAE) solicitó el rechazo del recurso de apelación con costas, por las razones que allí se exponen.

### 3.- Antecedentes relevantes de la causa.

a) A fs. 6/13 el letrado Eduardo Eugenio Racedo, en el carácter de apoderado de María José Orillo, inició demanda de daños y perjuicios en contra de Argentina del Rosario Aragón y de Liderar Compañía General de Seguros SA, por la suma de \$107.810, como consecuencia de un accidente de tránsito que le habría ocasionado lesiones. Relató que el 11 de agosto de 2011, a hs 9:30 aproximadamente, mientras su mandante se dirigía a la ciudad de Monteros, en una moto marca Mondial 110 cc, por camino vecinal al cual se accede por Ruta 325 en la localidad de Yerba Buena y antes de llegar a la Escuela n° 269, su representada fue sobrepasada por un vehículo que realizó un giro inesperado hacia la mano derecha con la intención de ingresar a una propiedad a la vera del camino. Describió dicha maniobra como imprudente debido a que la misma no fue anticipada con el respectivo guiño de giro, sumado a que se encontraba en un camino de ripio en el que la circulación de cualquier vehículo levanta polvo del piso disminuyendo la visibilidad lo que torna casi imposible realizar cualquier maniobra para impedir la colisión. Refirió que como consecuencia de ello la actora perdió el conocimiento y debió ser trasladada al Hospital de la ciudad de Monteros en donde fue diagnosticada con "TEC - Politraumatismos múltiples, con sutura en pierna izquierda", para luego ser trasladada al Hospital Padilla en la ciudad de San Miguel de Tucumán. Comentó que su poderdante debió afrontar curaciones y rehabilitaciones, tuvo gastos en medicamentos, estudios radiográficos y sesiones de fisioterapia. Aseveró que el siniestro produjo a la actora una incapacidad del 30%. Reclamó como resarcimiento: Daño emergente por la suma de \$7.810 en concepto de daños materiales provocados a la motocicleta de la actora; incapacidad sobreviniente, por la suma de \$75.000; gastos de asistencia médica, farmacia y traslados por la suma de \$10.000 y daño moral, por la suma de \$15.000.

b) Contestó demanda (fs. 96/100) el letrado Francisco José Michel, en representación de Liderar Cía. Gral. de Seguros SA; negó los hechos y el derecho expuesto por la parte actora en la demanda. Declinó citación en garantía por falta de cobertura financiera, al afirmar que a la fecha del hecho - 11/8/2011- el vehículo protagonista del accidente Fiat Spazio, dominio ABH 810, conducido por Argentina del Rosario Aragón no poseía cobertura financiera por falta de pago. Respecto de los hechos, dijo que el accidente se produjo en la fecha indicada en la demanda; que el vehículo Fiat circulaba con dirección este a oeste por un camino vecinal, que la Sra. Aragón disminuyó la marcha para doblar hacia su derecha y fue allí que la motocicleta intentó una maniobra de sobrepaso por la mano derecha y colisionó al vehículo Fiat Spazio ocasionando daños en la puerta delantera derecha de éste, por lo que indicó que la responsabilidad es de la conductora de la motocicleta.

c) Contestó la demanda Argentina del Rosario Aragón (fs. 106/109), negó los hechos y el derecho expuesto por la parte actora en la demanda.

d) Corrido el traslado de defensa de declinación de cobertura opuesta por la compañía aseguradora, la demandada no contestó.

e) Por sentencia n° 423 del 19/9/2023 el Sr. Juez en lo Civil y Comercial Común de la IIª Nominación en sus considerandos luego de referir a cómo se trabó la litis, señaló que por razones de Derecho transitorio, y atento a que el hecho que dio origen a este juicio ocurrió en fecha 11/8/2011, aplicará el Código Civil vigente con anterioridad a la reforma. Indicó que la causa penal caratulada "Aragón

Argentina del Rosario s/ Lesiones culposas”, iniciada con motivo del hecho, fue resuelta por el Juzgado Correccional Única Nominación del Centro judicial Concepción mediante sobreseimiento (p. 235), por haberse declarado extinta la acción penal. Destacó que como la causa penal concluyó por haber prescrito la misma nada obsta a que en esta instancia, pueda analizarse la existencia de culpa del demandado. Señaló que las constancias existentes en la causa penal, importan, para el fuero civil, prueba trasladada, "porque se practicó o admitió en otro proceso" y, en principio configuran prueba documental.

Analizando la exclusión de cobertura opuesta por la aseguradora citada en garantía, alegando que la demandada no abonó la prima correspondiente, al mes en que hubiera sido el accidente de autos, puso de resalto que para acreditar sus dichos, ofreció y produjo pericial contable, en la cual consta de lo siguiente: “De acuerdo a la Póliza de Seguros n° 6.248.334 que se adjunta al presente dictamen pericial, que le fue entregada a este perito por la codemandada, surge que la vigencia de la misma era desde las 12:00 hs del día 28/2/2011 hasta las 12:00 hs del día 28/2/2012, con relación al vehículo automóvil marca Fiat Spazio, dominio ABH 810 conducido por Argentina del Rosario Aragón. Sin embargo, de acuerdo con el último párrafo del artículo 2 del punto CA-CO6.1 de dicha Póliza, no estaba vigente la cobertura de facturación, debido a que el premio correspondiente al periodo en que ocurrió el siniestro estaba impago”.

Indicó que la parte demandada, al momento de contestar la demanda, adjunto recibo de pago de fecha 23/7/2011, constando allí que el próximo vencimiento es el día 23/8/2011, por lo que más allá de lo indicado por el perito Contador, el seguro se encuentra abonado antes del siniestro en autos (11/8/2011). Además señaló que de acuerdo al cuadro de ingresos de pagos de primas efectuado por el perito, dicho pago difiere de la fecha que la citada en garantía registraba el pago que efectuaba la demandada Aragón, ante esa inconsistencia, por la cual Liderar registraba los pagos del seguro, en un momento distinto al realmente efectuado, consideró que la accionada Aragón poseía cobertura al momento del siniestro, por lo que corresponde no hizo lugar a la excepción de declinación de cobertura planteada por la citada en garantía.

Seguidamente al analizar la mecánica del accidente del 11/8/2011, dejó sentado que: El hecho existió y ocurrió en la localidad de Valderrama, por el camino vecinal al cual se accede por la Ruta 325 camino a Monteros en la localidad de Yerba Buena, por el costado de la comuna, provincia de Tucumán; que al momento del siniestro, la Sra. Aragón circulaba en un automóvil, marca Fiat Spazio dominio ABH 810. A su vez, en motocicleta marca Mondial 110 cc -dominio 109 EPR- se trasladaba la Sra. María José Orillo, y que la actora tuvo lesiones.

Respecto a la manera en que se produjo el siniestro, aclaró que para resolver la cuestión tendrá en cuenta fundamentalmente, el sentido común, la declaración de testigos y la causa penal mencionada más arriba; que la testigo Mabel Edith Chavarria, indicó que: “lo que recuerdo de esa fecha es que hubo un accidente, en el cual la Sra. Aragón circulaba en su auto y chocó a la Sra. Orillo, ella quería entrar en una calle lateral y al girar no se dio cuenta que venía la Sra. Orillo en la moto y la chocó”; que en la declaración efectuada por parte de la demandada en la causa penal, la misma dijo que “ese día yo deje a mi nieta en la escuela n° 269 y luego seguí conduciendo en sentido este a oeste hasta que hice una entrada a un camino vecinal que está hacia el norte con el fin de hacer marcha atrás y retomar en sentido contrario. Mientras mi auto estaba parado la motocicleta vino por el lado derecho y le dio al auto”. añadió que la parte codemandada Liderar, adjunto fotografía del vehículo de la Sra. Aragón, en la que se observa que el daño se encuentra en la puerta del acompañante, es decir el lado derecho del vehículo. Consideró que nos encontramos frente a un caso de encerramiento, ya que la Sra. Aragón sin constatar si venía alguien giró hacia el lado derecho, lo mencionó en la causa penal, hizo “una entrada” a un camino vecinal, a los fines de retomar en sentido contrario; sumó a ello, el hecho de que en su contestación de demanda, afirmó que giro hacia la derecha, utilizando la luz de giro, lo cual queda desvirtuado con la declaración testimonial de la Sra. Chavarria. Por lo que concluyó que la accionada incumplió con la obligación que le imponía circular con cuidado y prevención, ya que realizó la maniobra de giro interponiéndose en la marcha de la motocicleta, constituyéndose en un obstáculo imposible de sortear en la circulación de la actora, y que la ocurrencia del hecho se debió exclusivamente por la culpa de la accionada y que no se probó la eximente, es decir culpa de la víctima conforme la norma que rige el caso, el art. 1113, 2° párrafo del ex C. Civil), por lo que dispuso que deberá hacerse responsable de los daños y perjuicios ocasionados a la parte demandada y codemandada

Ingresando a analizar los daños y perjuicios reclamados por la parte actora. Por el rubro daños emergente: refirió que, al haberse probado los daños sufridos por la motocicleta, se presume que la

actora debió afrontar gastos a los fines de repararla, por lo que hizo lugar al rubro reclamado por la suma de \$7810. En relación a la incapacidad, entendió que no se ha logrado acreditar la supuesta incapacidad que padece el accionante, y, por lo tanto, declaró improcedente lo reclamado por ese concepto. En cuanto a los gastos de asistencia médica farmacia y traslado, indicó que en la causa penal a p. 66/67 se encuentra adjuntada la historia clínica y el informe emitido por el cuerpo Medico Forense quien indicó que sufrió un traumatismo encéfalo craneano con pérdida de conocimiento y politraumatismos. Destacó que probado el daño, el juez se encuentra habilitado para cuantificar la reparación en la suma que estime razonable, conforme jurisprudencia que citó, por lo que, teniendo en cuenta la lesión sufrida por la víctima, los gastos que tuvo que afrontar para ser asistida, hacer traslados y solventar viáticos, consideró razonable indemnizar a la actora con la suma de \$10.000 en concepto de daño emergente. En cuanto al daño moral aclaró que tuvo en cuenta la angustia vivida por la actora, a raíz del siniestro, las características de las lesiones sufridas, y la edad de la víctima. En base a ello, considero razonable que se indemnice la actora con la suma de \$400.000 (se tienen en cuenta valores actuales) en concepto de daño moral, interpretando que con dichas sumas de dinero, el actor podrá compensar o mitigar el dolor que le ha ocasionado el accidente, y sus consecuentes lesiones, razón por la cual hizo lugar a la demanda, en la forma y por las sumas indicada con más sus intereses.

4).- Sin perjuicio del tratamiento integral que se realizará sobre las cuestiones que son objeto de recurso, cabe recordar que 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 considere 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).

A fin de delimitar el tema a resolver, cabe señalar que no hay agravios sobre el tema de responsabilidad, sino que concretamente los agravios de la compañía aseguradora se circunscriben a la decisión del Sentenciante de no hacer lugar a la exclusión de cobertura opuesta por Liderar Cía. Gral. de Seguros; a la omisión de considerar la defensa de límite de cobertura opuesta por aquella y, por último, a la admisión y cuantía del rubro daño moral.

4.- Resulta fundamental analizar en estos autos, la aplicación de la Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios al conflicto en tratamiento.

Al respecto la jurisprudencia dijo, refiriéndose a la misma que: "No cabe soslayar que, tratándose de una ley de orden público (conf. art. 65), corresponde a los jueces aplicarla aún 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).

Cabe recordar 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 seguros. Siendo el contrato de seguros 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, así como 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.

De nuestro ordenamiento jurídico se puede inferir que la condición fundamental para definir el concepto o condición de “consumidor” es la de destinatario final de un producto, actividad o servicio, excluyéndose únicamente a los que almacenen, utilicen o consuman bienes y servicios para integrarlos a procesos de producción, transformación, comercialización o prestación de servicios. Citando al autor Ernesto Caballero Sánchez (“La protección de los consumidores de seguros en el Derecho Español” en “Derecho de Seguros” - Hammurabi, Bs As, p. 650, y “El consumidor de Seguros: protección y defensa”, p. 51), se define al asegurado-consumidor como “la persona que, para satisfacer sus necesidades de cobertura de riesgos y reuniendo las características de cualquier otro consumidor, contrata un servicio de aseguramiento y, eventualmente, él o un tercero reciben la prestación indemnizatoria”; el consumidor de seguros es por tanto quien contrata los servicios de cobertura de riesgos y, eventualmente, las prestaciones indemnizatorias que proporcionan las empresas aseguradoras; tanto el tomador del seguro (suscriptor de la póliza), como el asegurado, e incluso, mediante una protección que podemos calificar de extensiva, el tercero beneficiario (supuesto frecuente en los seguros personales) o el perjudicado (por ejemplo acreedores de indemnizaciones en los seguros de responsabilidad civil).

No caben dudas entonces que el actor en autos, que reclama ante la compañía de seguros contratada por el autor del daño, el pago de la correspondiente cobertura, tiene cabida entre los sujetos protegidos por el Estatuto del Consumidor.

Definida la aplicación del Estatuto del Consumidor a relaciones como las invocadas en el presente juicio, cabe señalar que tal normativa no es un conglomerado de normas excepcionales, aplicables a determinadas circunstancias especiales, sino un microsistema a través del cual se concreta el Principio Protectorio contenido en el artículo 42 de la Constitución Nacional. Esto nos lleva a reconocer, en cabeza del actor, una serie de derechos y prioridades derivados de la normativa contenida en la Ley de Protección del Consumidor.

Entre los más trascendentes podemos señalar que el artículo 3 de la Ley n° 24.240, la que, respondiendo al Principio Protectorio contenido en el artículo 42 de la Constitución Nacional, establece que este estatuto del consumidor se integra con las normas generales y especiales aplicables a las relaciones de consumo, particularmente con las de Defensa de la Competencia y Lealtad Comercial, así como que en caso de duda sobre la interpretación de los principios que establece la ley, debe prevalecer la más favorable al consumidor. En base a tal norma se puede afirmar la existencia de un estatuto del consumidor integrado por normas y principios del derecho patrimonial aplicables a una relación de consumo, en el marco del artículo 1° de la Ley n° 24.240, aún cuando el proveedor, por su actividad, esté comprendido en otra normativa especial.

Esto también surge de lo prescripto en el art. 1094 del Código Civil y Comercial: "Interpretación prelación normativa, las normas que regulan las relaciones de consumo deben ser aplicadas e interpretadas conforme con el principio de protección de consumidor y el acceso al consumo sustentable. En caso de duda sobre la interpretación de este Código o las leyes especiales, prevalece el más favorable al consumidor". Por su parte, el art. 1095 del mismo Digesto dispone:

"Interpretación del contrato de consumo. El contrato se interpreta en el sentido más favorable para el consumidor. Cuando existan dudas sobre el alcance de su obligación, se adopta la que sea menos gravosa".

En materia probatoria debe recordarse lo dispuesto en el nuevo párrafo tercero del art. 53 de la Ley n° 24.240.

Desde esta perspectiva corresponde entrar a analizar la cuestión aquí planteada.

Primer agravio. Rechazo de la declinación de cobertura.

La citada en garantía se agravia de que el Sr. Juez no tuvo en cuenta que el perito contador designado presentó un informe en el cual se concluye que los pagos de primas no fueron realizados en tiempo y forma, lo que derivó en la exclusión de cobertura a la fecha en que ocurrió el siniestro - 11 de agosto de 2011- y que de las constancias de autos no surge documentación alguna que desvirtúe lo expresado y probado por su parte al contestar demanda.

Al respecto, el Sr. Juez manifestó que la aseguradora citada en garantía, ofreció y produjo pericial contable, en la cual consta que la vigencia de la Póliza de Seguros n°6.248.334 era desde las 12:00 hs del día 28/2/2011 hasta las 12:00 hs del día 28/2/2012, con relación al vehículo automóvil marca FIAT SPAZIO, dominio ABH 810 conducido por Argentina del Rosario Aragón, pero que de acuerdo al último párrafo del artículo 2 del punto CA-CO6.1 de dicha Póliza, advirtió que no estaba vigente la cobertura de facturación, debido a que el premio correspondiente al período en que ocurrió el siniestro estaba impago. Agregó el Magistrado que la parte demandada, al momento de contestar la demanda, adjuntó recibo de pago de fecha 23/7/2011, constando allí que el próximo vencimiento es el día 23/8/2011, por lo que concluyó que más allá de lo indicado por el perito Contador, el seguro se encontraba abonado antes del siniestro ocurrido el 11/8/2011. Asimismo, señaló que de acuerdo al cuadro de ingresos de pagos de primas efectuado por el perito, advertía inconsistencias puesto que Liderar registraba los pagos del seguro en un momento distinto al realmente efectuado y, ante ello, resolvió no hacer lugar a la excepción de declinación de cobertura planteada.

Sabido es que el art. 31 de la Ley de Seguros dispone que ante la falta de pago de la prima, el asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido antes del pago. Esta situación hace nacer la llamada "suspensión de cobertura" que existe cuando el asegurado no ejecuta en el curso del contrato una obligación determinada que le es impuesta, por lo que se le retira la garantía hasta el día en que espontáneamente se coloca nuevamente en las condiciones del seguro. En el contrato de mención, la obligación de indemnizar es el correlato del pago de las primas y la suspensión de la cobertura es una institución peculiar que opera como una pena privada para el supuesto de mora o carencia de pago que debe efectuar el asegurado. Existe entonces un efecto sancionatorio que hace cesar la garantía del riesgo desde que se produce el incumplimiento y hasta que la cobertura sea rehabilitada, tratándose en rigor de la aplicación de la exceptio non adimpleti contractus, por efecto de la inejecución de la obligación del asegurado. Por ende, que si se produce un siniestro durante el lapso de suspensión el asegurador, no tendría, en principio, la obligación de indemnizar (CCC 1a, Córdoba; 2/6/2015; Rubinzal Online; 1085554/36 RC J 4785/15). En igual sentido, se pronunció este Tribunal, en sentencia n° 306 de fecha 1/12/2023.

Ahora bien, en materia probatoria debe recordarse lo dispuesto en el nuevo párrafo tercero del art. 53 de la Ley n° 24.240: "Los proveedores deberán aportar al proceso todos los elementos de prueba que obren en su poder, conforme las características del bien o servicio, prestando la colaboración necesaria para el esclarecimiento de la cuestión debatida en el juicio". Al respecto nuestro máximo Tribunal ha resuelto: "Esta Corte ya tuvo oportunidad de expedirse sobre la eficacia del beneficio del art. 53 de la Ley de Defensa del Consumidor, por el que se dispone que los proveedores deberán aportar al proceso todos los elementos de prueba que obren en su poder, conforme a las características del bien o servicio, prestando la colaboración necesaria para el esclarecimiento de la cuestión debatida en el juicio. Esta directiva, aunque no importa inversión de la carga de la prueba, conlleva un deber agravado en cabeza del proveedor de bienes o servicios (Cfr. Sáenz, Luis R. J., "Distribución de la carga de la prueba en las relaciones de consumo", LL 2015-C, 512; RCyS 2015-XII, 47; asimismo, Sáenz, Luis R. J.-Silva, Rodrigo, en Picasso, Sebastián-Vázquez Ferreyra, Roberto (Dir.), Ley de Defensa del Consumidor Comentada, T. I, pág. 664 y sgtes.; cfr. CSJT, sentencia n° 485 del 18/4/2018, "Alperovich, Leonor Noemí vs. Citybank N.A. y otros s/ Daños y perjuicios"; CSJTuc., sentencia N° 2460 del 20/12/2019, "Vera Marta Isabel vs. EDET SA s/ Sumarísimo"; "Smael Luis Alberto vs. Piazza Srl y otro s/ Daños y perjuicios", sentencia n° 818 del 26/10/2020; entre otras. La doctrina ha interpretado que nuestro sistema "se ha hecho cargo de las

dificultades probatorias que puede enfrentar el consumidor como contratante no profesional () colocando la carga de probar, en cabeza de aquel que se encuentra en mejor situación de hacerlo" (Vinti, Ángela M., "La carga dinámica de la prueba en la Ley de Defensa del Consumidor. Las consecuencias de la frustración de la prueba", LLBA 2016 (febrero), 17, DJ 28/9/2016, 13)" (CSJTuc. en sentencia n° 2460 del 20/12/2019, y sentencia n° 434 del 15/5/2021).

Aclarado ello, me referiré a la declinación de cobertura por falta de pago de las primas del seguro de la póliza n° 6.248.334.

La copia del recibo de pago acompañado con la contestación de demanda en el presente expediente –fs. 102- expresa que el importe allí consignado es para aplicar al pago de la póliza de Liderar Compañía General de Seguros.

Cabe mencionar que la aseguradora en ningún estado del proceso impugnó ni desconoció dicho instrumento, limitándose solamente a manifestar la exclusión de cobertura alegando falta de pago. Ello así, pese a que la aseguradora tuvo oportuna noticia de su agregación a estos obrados, ya que surge de la compulsión del expediente que el decreto de fecha 26/2/2015 por el que se tuvo por contestada en término la demanda, fue puesto a la oficina en fecha 3/3/2015 (ver cargo actuarial de fs. 112).

El medio probatorio por excelencia del pago de las primas pactadas en tiempo y forma, es el recibo emanado del acreedor o de una persona autorizada para recibirlo, que si bien es un acto no formal, suele extenderse por escrito y presentar distintos grados de integridad. Como lo ha destacado la doctrina, para la validez del recibo, es decir, para que sea considerado "suficiente", deberá consignar lugar y fecha de emisión, nombre del acreedor y del deudor, lo pagado y la imputación concreta a la obligación que se paga (cfr. Wayar, E, "Derecho Civil -Obligaciones", t I, ed. Depalma, p. 459 y ss.).

De ello se colige que la prueba del pago incumbía al asegurado y en autos tal hecho fue probado al presentar la demandada el recibo correspondiente con la mención de la imputación de los importes al pago de la póliza n° 6.248.334, Liderar Compañía General de Seguros en dicho recibo y un sello de Caja, acerca del cual la citada en garantía nada dijo, ni siquiera en el período de pruebas, ni invocó ni probó que este fuera falso o fraudulento y al respecto sí le cabía la carga de probarlo puesto que en ello se basaba su defensa de falta de cobertura y además por la presunción "*iuris tantum*" que expresamente consagra al respecto el art. 330, 2° párrafo del CPCC, y sin que dijera nada al respecto en los agravios.

En la etapa probatoria la codemandada citada en garantía ofreció prueba pericial contable (fs. 188/189), en la cual manifestó entre otras cuestiones que el perito sorteado debe informar: "( ) si de la contabilidad de Liderar ( ) surge que a la fecha del siniestro 11/08/2011 el pago de las primas respectivas se encontraba en mora", a lo que el perito informó "( ) este perito compulsó los pagos de primas realizadas que se adjuntan al presente Dictamen Pericial en el cuadro n° 1. Del mismo se observa que el pago de las primas se hicieron después de las fechas de cada vencimiento, es decir, se encontraban en mora." (Ver informe corriente a fs. 207 a 234); sin embargo respecto de dicho dictamen pericial comparto lo manifestado por el Sentenciante en el sentido de que de acuerdo al cuadro de ingresos de pagos de primas efectuado por el perito, dicho pago difiere de la fecha que la citada en garantía registraba el pago que efectuaba la demandada Aragón, ante esa inconsistencia, por la cual Liderar registraba los pagos del seguro, en un momento distinto al realmente efectuado, y, si bien es cierto que según la pericia contable el pago de la prima figura ingresado en los registros correspondientes a la aseguradora, con posterioridad a la fecha de vencimiento, no se puede soslayar que de la copia del recibo adjuntado por el demandado en la contestación de la demanda, surge que el pago se encontraba realizado en tiempo y la aseguradora no lo cuestionó. En consecuencia, estimo improcedente considerar que la cobertura del seguro estaba suspendida por falta de pago del premio, no resultando suficiente el dictamen pericial para demostrar la falta de pago de la póliza, ya que la aseguradora debería haber desplegado una mayor actividad probatoria frente a un recibo que contiene menciones que indican que el pago correspondía a la póliza de seguros 6.248.334 de Liderar Compañía General de Seguros, cuestión no negada por ésta.

Por todas las consideraciones legales, pruebas analizadas y condiciones particulares del caso bajo examen, considero que el agravio referido a la declinación de cobertura opuesto por la aseguradora no debe prosperar y que debe interpretarse que el seguro se encontraba vigente -en cuanto a que el periodo 28/7/2011 al 28/8/2011 fue pago, ello conforme la información que surge de la documental glosada -póliza de seguros, cuya fecha de emisión resultó el día 28/2/2011. Por lo expuesto, a la

fecha del siniestro -11 de agosto de 2011- la asegurada demandada en autos contaba con cobertura. Esta solución responde a razones de justicia, equidad, y es la que impone el régimen protectorio del consumidor -en el caso a favor del demandado y del tercero (beneficiario del contrato de póliza de seguro de responsabilidad civil)-, siendo el accionado quien ha contratado un seguro a los fines de mantener indemne su patrimonio y de reparar los daños que le pueda causar el demandado a la parte actora (el tercero), el cual también resulta de rango constitucional, cuya directriz es que el contrato de seguro en análisis debe ser interpretado en el sentido más favorable al consumidor, máxime el fin social del mismo.

Segundo agravio. Límite de cobertura.

Expuso el recurrente que, al contestar demanda, su parte planteó el límite de cobertura por la suma de \$2.250.000 con un tope máximo de \$250.000 por persona, que es el aplicable en autos, pero que el Juez de Grado no se pronunció sobre esta defensa.

Si bien resulta cierto que existió una omisión del Sentenciante en cuanto al límite de cobertura invocado por la aseguradora, cabe estar a lo resuelto por la Excma. Corte Suprema de Justicia de la Provincia *in re*: "Trejo Elena Rosa y otros vs/ Amud Héctor Leandro s/ Daños y perjuicios, sentencia n° 490 del 16/4/2019, en la se señaló que: "Considero que la cláusula de delimitación cuantitativa del riesgo contenida en la póliza de seguro, convenida en concordancia con la normativa vigente al momento del hecho (cobertura básica obligatoria), no puede ser oponible al asegurado y a la víctima cuando la magnitud de los daños padecidos por esta última con más los intereses a la tasa activa fijada en la sentencia impugnada desde la fecha del hecho hasta su liquidación en la que también debe ser ejecutada la garantía, pues ante los disímiles contextos habidos en tales fechas, su pretendida aplicación literal se muestra ostensiblemente irrazonable, al resultar abusiva, desnaturalizar el vínculo asegurativo por el sobreviniente carácter irrisorio de la cuantía de la cobertura finalmente resultante; afectar significativamente la ecuación económica del contrato y la equivalencia de sus prestaciones, destruir el interés asegurado, provocar en los hechos un infraseguro, contrariar el principio de buena fe y patentizar un enriquecimiento indebido en beneficio de la aseguradora; a la vez que deviene asimismo frustratoria de la finalidad económico-social del seguro obligatorio, de su función preventiva, de su sentido solidarista y de su criterio cooperativista a la luz del principio de mutualidad; así como implica una mayor desprotección del asegurado, situación que repercute en la violación del principio de reparación integral del damnificado, colocándolo en un sitio de mayor vulnerabilidad (conf. arts. 1, 14, 17, 19, 28, 31, 33, 42, 75 inc. 22 y concs., Const. nac.; 16, 21, 499, 502, 530, 907, 953, 1037, 1068, 1069, 1071, 1077, 1079, 1109, 1137, 1167, 1197, 1198 y concs., Cód. Civ.; 68 y concs., Ley 24.449; 23, 24, 25, 30, 31, 33, 43 y concs., Ley 20.091; 5, 7, 11, 61, 62, 65, 68, 109, 118, 158 y concs, Ley 17.418 (LS); 3, 37 y concs., Ley 24.240; 217, 218 y concs., Cód. Com.; 47, 92 y concs., Ley 11.430). En similar sentido, Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, 21/2/2018, "Martínez, Emir contra Boito, Alfredo Alberto s/ Daños y perjuicios". () Tal evolución del monto mínimo del seguro obligatorio a lo largo de los años, junto a una valuación actualizada de los perjuicios derivados del siniestro, vuelve evidente la modificación en la extensión de las prestaciones oportunamente acordadas, resultando tal desfase un hecho sobreviniente que debe ser contemplado por los jueces (conf. art. 40 procesal). El transcurso del tiempo, el diferimiento del cumplimiento de la obligación de garantía a cargo de la aseguradora y la valuación judicial actual del daño ocasionado han provocado la desnaturalización del vínculo contractual por la sobreviniente disminución de la incidencia de la cobertura contratada en la cuantía de la indemnización finalmente resultante. Tiene dicho la doctrina que en el tema que nos ocupa se produce un enfrentamiento entre el principio de reparación integral (art. 21 punto 2 CADH y arts. 1737, 1738, 1740 y 1746 del Cód. Civ. y Com.) y el principio indemnizatorio que emana del art. 118 de la Ley de Seguros, a diferencia de lo que sostiene parte de la CS (caso Flores), que ambos principios son opuestos y no complementarios. Así mientras el primero de ellos intenta reparar a la víctima por la totalidad de los daños sufridos, el segundo es una limitante en favor de las aseguradoras. Al respecto es interesante reproducir lo que sostiene Sobrino (Sobrino, Waldo, "El fallo Flores de la Corte Suprema de justicia: su inaplicabilidad con la vigencia del Código Civil y Comercial ", RCyS, Ed. La Ley, noviembre 2017, p. 224) al comentar el fallo Flores cuando manifiesta que: "...resulta claro y evidente que el fallo "Flores c/ Giménez" viola el Principio *Pro Hominis* dado que no se protege al ser humano, sino que -por el contrario- se beneficia a las Compañías de Seguros al establecer que sigue vigente e incólume el monto de \$30.000 fijados hace un cuarto de siglo". Partiendo de lo sostenido *ut supra* en cuanto a que los seguros obligatorios de responsabilidad civil son a favor de las víctimas y que éstas son merecedoras de la aplicación del principio de reparación integral, oponerles las limitaciones de las sumas aseguradas es frustrar el propósito que tiene la ley en cuanto garantizar una efectiva indemnización a la víctima, máxime

cuando dicha garantía parte de un precepto constitucional (art. 75 inc. 22; Jáuregui, Pedro B., ¿Son oponibles a las víctimas de los accidentes de la circulación las limitaciones del contrato de seguro del dañador?, RCyS 2018-IV, 69). Si bien el asegurado abonó oportunamente las cuotas respectivas (prima pura y gastos de gestión interna y externa del asegurador) en relación con la cobertura básica obligatoria vigente al momento del siniestro, y aun cuando adicionalmente deba la aseguradora afrontar complementariamente y en forma proporcional los mayores costos por intereses, costos y costas judiciales y extrajudiciales del presente proceso (conf. arts. 110, 111 y concs., LS, conf. doctr. Corte Suprema de Justicia de Buenos Aires, causa C. 96.946, "Labaronnie", sent. de 4-XI-2009; e.o.); de todas formas, la ecuación económica del contrato de seguro ha sido afectada significativamente(). Si bien el límite de cobertura constituye una cuestión esencial y subordinante de los demás elementos del seguro, también es cierto que al tiempo en que la compañía debe honrar sus compromisos asumidos el interés oportunamente asegurado luce sensiblemente reducido. Y en el marco de la cobertura básica del seguro de responsabilidad civil, ello implica que la prestación a cargo de la aseguradora sea finalmente por un monto muy inferior al de la garantía mínima vigente en tal momento, desvaneciéndose la tutela del damnificado para la efectiva percepción de su indemnización. Si la suma asegurada constituye de ordinario el límite de la obligación de la aseguradora, en la póliza básica del seguro obligatorio de responsabilidad civil ésta determina la cobertura mínima que el sistema ha instituido como umbral para afrontar el daño real y cierto que el siniestro haya causado a la víctima. Por lo que el sobreviniente carácter irrisorio de su cuantía finalmente resultante implica en los hechos que se constate un infraseguro, al evidenciar un monto tan exiguo en relación con la valuación actual del daño que la gran parte de éste queda fuera de la garantía, a cargo exclusivo del asegurado, como si no hubiese mediado seguro alguno (conf. arts. 499, 953, 1.071 y concs., Cód. Civ.)(). En efecto, dado que el contrato de seguro no puede constituir un motivo de enriquecimiento sin causa para las partes, y por ello la obligación de resarcir a cargo de la compañía se encuentra limitada al monto de la suma asegurada siempre y cuando no supere el valor actual del interés asegurado (arts. 62, 65, 68 y concs., LS), corresponde bilateralizar dicha función privativa del enriquecimiento injusto de modo que el interés asegurado contemple el valor de la garantía mínima al momento de la valuación del daño contenida en la sentencia definitiva. Si bien las cláusulas de delimitación del riesgo asumido por la compañía no pueden ser consideradas ab initio abusivas, en tanto implican una limitación del riesgo por encima o debajo de la cual se carece de cobertura, es posible de todos modos que -considerando la situación global del contrato-, su aplicación frente a ciertas situaciones sobrevinientes pueda resultarlo, como consecuencia de provocar un desequilibrio en los derechos y obligaciones, reduciendo sustancialmente las cargas de una de las partes en perjuicio de la otra (conf. arts. 42, Const. Nac.; 3, 37 y concs., Ley n° 24.240 y Dec. 1798/94), volviendo irrisoria la medida del seguro inicialmente contratado ("*pacta sunt servanda rebus sic stantibus*"). El orden público económico de protección al asegurado y a la víctima impone en estos casos, sin dilatar la esfera obligacional de la aseguradora, una revisión equitativa del contrato originario, lo que ha de implicar -por lo que se viene diciendo- incluir en la medida del seguro al valor de la garantía mínima vigente al momento de la valuación del daño contenida en la sentencia definitiva (conf. arts. 953, 1037, 1071, 1137, 1197, 1198 y concs., Cód. Civ.; arts. 61, 109, 118 y concs., LS; Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, 21/2/2018, "Martínez, Emir contra Boito, Alfredo Alberto s/ Daños y perjuicios").

(). El seguro obligatorio -que no se agota en la relación jurídica que vincula al asegurado con el asegurador-, también obedece a una necesidad y función socializadora y colectivizadora de los riesgos, atenta primordialmente a la protección de la víctima a través de la efectiva reparación de sus daños; de modo que una razonable aplicación de las cláusulas del contrato, ponderadas a la luz de la tutela reglamentaria de la Superintendencia de Seguros de la Nación y del principio de reparación integral de los damnificados, debe llevar a extender la garantía contratada incorporando la cobertura básica vigente al momento de la valuación judicial del daño contenida en la sentencia definitiva, sustituyendo dicho componente en su valor histórico, y sin perjuicio del mayor valor pactado por encima de dicho mínimo obligatorio y las demás prestaciones o riesgos convencionalmente comprometidos por la aseguradora (conf. arts. 1, 14, 17, 19, 28, 31, 33, 75 inc. 22 y concs., Const. Nac.; 16, 21, 499, 502, 530, 907, 953, 1037, 1068, 1069, 1071, 1077, 1079, 1109, 1137, 1167, 1197, 1198 y concs., Cód. Civ.; 68 y concs., Ley n° 24.449; 23, 24, 25, 30, 31, 33, 43, y concs., Ley 20.091; 5, 7, 11, 61, 62, 65, 68, 69, 109, 118, 158 y concs., LS; arts. 217, 218, 219 y concs., Cód. Com.; 47, 92 y concs., Ley n° 11.430).

En el presente caso, corresponde corregir la omisión del Sentenciante, y sobre la base de todo lo desarrollado en los párrafos anteriores disponer que respecto de Liderar Cía. Gral. de Seguros, la condena será procedente hasta el límite de la suma asegurada vigente para el seguro obligatorio a la fecha de liquidación del monto de condena, según resolución de la Superintendencia de Seguros

de la Nación, con más los intereses puros del 8% anual desde la fecha del hecho hasta la fecha en que se practique la liquidación del capital de condena, y desde allí a la tasa activa fijada en la sentencia de condena, con la aclaración de que el límite de la suma asegurada se refiere sólo al capital de condena y no a los intereses devengados y costas.

Tercer agravio. Procedencia del daño moral y cuantificación del mismo.

Al respecto la Aseguradora, cuestiona que el Sr. Juez haya declarado procedente el rubro daño moral y que lo haya cuantificado en la suma de \$400.000, por considerar que si el Magistrado tuvo por no acreditada la incapacidad invocada por la actora, no debió haber admitido el reclamo por daño moral.

Al respecto, cabe aclarar liminarmente que el daño moral no requiere prueba de su existencia, porque cuando quien pretende la reparación es una persona titular de la acción, la existencia del daño se tiene por acreditada por el solo hecho de la acción antijurídica y la titularidad del accionante. Por el contrario, es al responsable del hecho dañoso a quien incumbe acreditar la existencia de una situación objetiva que excluya la posibilidad de dolor, circunstancia que no aconteció en autos.

Cuando el daño ha derivado en una lesión física a la persona –como ocurre en la especie-, la prueba del daño moral se produce “in re ipsa”, o sea con la simple acreditación de la violación de ese derecho inherente a la personalidad, en vinculación con los padecimientos de orden no patrimonial sufridos como consecuencia del hecho dañoso. Toda disminución de la persona en sus aptitudes existenciales supone destruir o alterar el equilibrio necesario para hacer frente a la vida, de allí que aún cuando no haya sido probada la incapacidad como postula el apelante, igualmente cabe reconocer el daño moral.

En el caso de autos, demostradas que fueron las lesiones sufridas por la actora, que indudablemente afectaron su faz espiritual, es justo acordarle la reparación de estas consecuencias extrapatrimoniales, puesto que tales menoscabos constituyen una pérdida no sólo entendida o valuada económica o laboralmente, sino que se cristaliza en la vida ordinaria de la persona y de la cual goza quien se encuentra corporalmente sano o puede valerse por sí mismo sin ningún tipo de impedimentos. Las circunstancias apuntadas no pueden sino haber afectado el equilibrio existencial de la Sra. Orillo, lo cual trae aparejado sufrimientos o padecimientos espirituales frente a una realidad que se vio irreversiblemente modificada.

Al respecto este Tribunal tiene dicho “Las lesiones físicas ocasionadas y sus consecuencias: curación, convalecencia, secuelas, etc., suponen los dolores y padecimientos íntimos soportados por la actora. Este desequilibrio espiritual producido por el accidente se entiende probado -como es de criterio jurisprudencial unánime-, “in re ipsa”, aplicándose al caso el art. 1078 del CC (art. 1741 del CCyC), en cuanto reconoce como legitimado para reclamar la indemnización de las consecuencias no patrimoniales al damnificado directo (caso de autos)... El padecimiento moral sufrido por la Sra. A. surge palpable en la especie. Como se valoró al tratar el agravio por daño emergente, la Sra. L. A. vio lesionada su integridad física por las que tuvo que ser sometida a diversos estudios y tratamientos médicos, que, aunque no generaron una incapacidad permanente si provocó secuelas que afectaron su vida cotidiana por un largo periodo. Ello surge de los numerosos estudios y consultas médicas referidas en el punto anterior y encuentra respaldo en los informes psicológicos producidos en autos (...) Tales padecimientos y angustias, valorados por el Sr. Juez a quo en la resolución impugnada, no fue rebatido por la demandada apelante, quien se limitó a expresar que “los fundamentos expuestos por el Sentenciante no justifican el exagerado monto otorgado”, lo que no resulta acertado () Consecuentemente, considero que la suma fijada por el Sentenciante resulta justa y equitativa, a la luz de lo dispuesto en el art. 267, in fine, del CPCC, lo que lleva a desestimar también el presente agravio.” (Conf. Sentencia n° 8 de fecha 9/2/2022).

Por lo expuesto, atento a las lesiones ocasionadas en la integridad física y los padecimientos espirituales que el evento le causó a la parte actora, y teniendo en cuenta que el apelante no ha logrado demostrar que la suma fijada por el Sr. Juez en concepto de daño moral luzca irrazonable, corresponde el rechazo del agravio y, en consecuencia, confirmar la decisión del Magistrado de primera instancia.

5.- De este modo, por todas las razones expuestas, entiendo que la resolución que ordenó a la parte demandada indemnizar a la actora por los daños y perjuicios ocasionados, luce razonable y probada sin que los argumentos expresados en los agravios logren desvirtuarla. En consecuencia, corresponde confirmar la conclusión sentencial que hizo lugar a la demanda, conforme lo analizado,

debiéndose aclarar que respecto de Liderar Cía. Gral. de Seguros, la condena será procedente hasta el límite de la suma asegurada vigente para el seguro obligatorio a la fecha de liquidación del monto de condena, según resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación, con más los intereses puros del 8% anual desde la fecha del hecho hasta la fecha en que se practique la liquidación del capital de condena, y desde allí a la tasa activa fijada en la sentencia de condena, con la aclaración de que el límite de la suma asegurada se refiere sólo al capital de condena y no a los intereses devengados y costas.

6.- En materia de costas del recurso, atento al resultado arribado y al principio objetivo de derrota en juicio, se imponen a la vencida Liderar Compañía General de Seguros SA (arts. 61 y 62 procesal), en razón de la escasa significancia del agravio que prosperó.

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 en fecha 4/10/2023 por la letrada Analía de Lourdes Michel, apoderada de la citada en garantía Liderar Cía. Gral. de Seguros, en contra de la sentencia definitiva n° 423 de fecha 19/9/2023, dictada por el Sr. Juez Civil y Comercial Común de la II° Nominación de este Centro Judicial Concepción. En consecuencia, CONFIRMAR la sentencia, conforme lo analizado, debiéndose ACLARAR que respecto de Liderar Cía. Gral. de Seguros, la condena será procedente hasta el límite de la suma asegurada vigente para el seguro obligatorio a la fecha de liquidación del monto de condena, según resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación, con más los intereses puros del 8% anual desde la fecha del hecho hasta la fecha en que se practique la liquidación del capital de condena, y desde allí a la tasa activa fijada en la sentencia de condena, con la aclaración de que el límite de la suma asegurada se refiere sólo al capital de condena y no a los intereses devengados y costas, atento a lo considerado.

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

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

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 14/12/2023

Certificado digital:

CN=MAIHUB Julio Rodolfo, C=AR, SERIALNUMBER=CUIL 20184983622

Certificado digital:

CN=IBÁÑEZ Mirtha Ines, C=AR, SERIALNUMBER=CUIL 27142255516

Certificado digital:

CN=POSSE Maria Jose, C=AR, SERIALNUMBER=CUIL 27130674513

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