

Voces:

COBERTURA DEL SEGURO ~ DEBITO AUTOMATICO ~ MORA ~ OBLIGACIONES DEL ASEGURADO ~ OMISION DE PAGO ~ PREMIO DEL SEGURO ~ SEGURO

Tribunal: Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial y de Minería de Cipolletti(CCivComMineriaCipolletti)

Fecha: 02/03/2023

Partes: M., L. y otro c. M. G., H. A. y otro s/ Daños y perjuicios (Ordinario)

Publicado en: LA LEY 19/04/2023 , 8, con nota de Carlos J. M. Facal;

Cita: TR LALEY AR/JUR/18083/2023

Sumarios:

1 . Si el asegurado incurre en mora en el pago de la prima (cumplimiento de su obligación), la aseguradora se encuentra legalmente facultada para disponer la suspensión de la cobertura, como consecuencia lógica y normal del incumplimiento de aquel en su obligación. Por otra parte, la Ley de Seguros establece que dicha mora —por el no pago de la prima— resulta automática y no se prevé la necesidad de interpelación previa o notificación de la situación.

2 . Es incorrecto el fundamento de que “La decisión de rescindir debe ser notificada al asegurado”. Salvo que las partes acuerden lo contrario, la denuncia del contrato requiere del preaviso de un mes. Ello en tanto se encuentra acordado en la póliza que si el asegurado no abona el premio en el plazo establecido, se configura sin necesidad de interpelación alguna la concreción automática de un hecho resolutorio y por ello se tendrá por no existente el contrato de seguro para ese período impago.

3 . No resulta correcto lo sostenido en la sentencia sobre que “llama la atención que la aseguradora no suspende por falta de pago, sino que directamente anula el contrato, dejando desprotegido al asegurado sin aviso alguno”, en tanto la suspensión —que no requiere comunicación— es automática cuando la prima no es pagada en la fecha convenida; y la anulación del contrato ya estaba prevista en la póliza en virtud del incumplimiento de las obligaciones del asegurado.

4 . Que la prima correspondía ser debitada de una caja de ahorros, donde se procedía al depósito de los haberes del asegurado, y que ello suele realizarse a efectos de no incurrir en olvidos frente al pago mensual de servicios, no puede dejarse de lado que quien así acuerda el pago de sus obligaciones debe garantizar que se encontrarán depositados los fondos disponibles para afrontar los pagos correspondientes a los débitos mensuales. También que todos los meses el interesado, sobre la información remitida por la entidad bancaria, podrá corroborar que los débitos se han efectivamente realizado, sin soslayar que, según esa información, se puede advertir claramente que solo un débito automático se le realizaba, lo que imponía tener un mayor control sobre el cumplimiento de aquella obligación.

5 . A la fecha del siniestro, entre el accionado y la aseguradora no existía contrato vigente y, por ende, no puede obligarse a esta última a responder por aquello. El hecho de pretender o postular que, ante la mora del asegurado en el pago del premio, la aseguradora, por aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor, deba necesariamente informar dicha situación implicaría una modificación sustancial del régimen del seguro y fundamentalmente en lo que respecta a lo dispuesto por el art. 31, ya que si la aseguradora no cumple con brindar la información, continuaría su obligación de mantener indemne el patrimonio del asegurado incumplidor, pese a la mora en que ha incurrido este último.

6 . El asegurado (consumidor) no puede ser visto desde una perspectiva de inimputabilidad o falta de discernimiento o de carencia de aptitudes cognitivas normales, al punto de erradicar sus obligaciones y responsabilidades, que van acollaradas como contracara de los derechos. Obsérvese que la modalidad de pago era por el sistema de débito automático, lo que necesariamente requiere de la existencia de “fondos” depositados en su cuenta bancaria, siendo a la vez su obligación verificar y efectivizar que así fuese. En tales circunstancias la falta de fondos es una negligencia imputable al titular de la cuenta, que dispuso de tiempo suficiente (un mes) para, en su caso, regularizar y/o reencarrilar la situación, sin haberlo hecho; derivándose de ello una situación gravosa para diversas personas. (Del voto del Dr. Gutiérrez).

7 . Las cláusulas del caso están debidamente habilitadas con carácter general en los modelos establecidos por la Superintendencia de Seguros de la Nación y sus reglamentaciones, siendo ampliamente conocidas y ajustándose a la legislación correspondiente, por lo cual constituyen “ley para las partes”. En definitiva, la solución del fallo apelado no tiene sustento en las cláusulas convencionales ni en las disposiciones legales y reglamentarias, desnaturalizando el sistema de “mora automática” que rige en la materia, al introducir requisitos y exigencias no establecidos de manera directa por las normas encargadas de regir el asunto. Llevando, además, ciertos principios del sistema consumeril más allá del marco que les es propio, pues el decisorio tiente, mediante el uso de “slogans” en la materia, justificar y arribar a un resultado final distinto del que correspondería por aplicación del art. 31 de la LS (del voto del Dr. Gutiérrez).

Texto Completo:

Expediente CI-37826-C-0000

2ª Instancia.- Cipolletti, marzo 2 de 2023.

1ª ¿Es fundado el recurso? 2ª ¿Qué pronunciamiento corresponde?

1ª cuestión. — El doctor Cabral y Vedia dijo:

I. Llegan las presentes a conocimiento de esta Cámara, en virtud de los recursos de apelación interpuestos contra la sentencia dictada en fecha 27 de abril de 2020; por la citada en garantía Caja de Seguros SA con fecha 13/08/2020 quien lo hace contra la sentencia y los honorarios regulados a los profesionales intervinientes por considerarlos altos habiendo sido concedidos el 18/08/2020; por los letrados de la parte actora con fecha 19/08/2020 respecto de los honorarios regulados, por considerarlos bajos y en la misma fecha, también lo hacen respecto de la sentencia dictada y aclaratoria dictadas, los que son concedidos el día 24 de agosto de 2020.

II. Con fecha 05/10/2020 la parte actora expresa agravios, haciendo lo propio la citada en garantía el mismo día, cuyos traslados fueron evacuados el 22/10/2022 por el demandado respecto de ambos, el 25/10/2022 por la citada en garantía respecto de los agravios de la parte actora, y por esta con fecha 27/10/2022 con relación a los vertidos por la citada en garantía, donde se solicitó se declare la deserción del recurso.

III. En la sentencia recurrida, motivada en un accidente de tránsito donde perdiera la vida la hija de los accionantes, la Magistrada encontró como único responsable por el siniestro al demandado M. G., en virtud del exceso de velocidad con que se desplazaba, que superaba ampliamente la permitida, lo que le impidió mantener el dominio de su rodado. Asimismo rechazó la excepción de falta de legitimación opuesta por la citada en garantía, en virtud de la suspensión de cobertura por falta de pago de la prima. Se fundamentó ello en que entre el asegurado demandado y la aseguradora citada en garantía, el contrato que los regía resultaba ser de consumo, y por ende amparado en el sub régimen de las normas consumeriles. Luego de analizar la naturaleza del contrato de seguro, afirmando que “es aquel que compromete al asegurador a mantener indemne a su asegurado, quien para percibir ese servicio, se obliga a pagarlo, al contado o financiado mediante la cancelación de los llamados premios (prima más impuestos, cargos adicionales, tasas etc.)”, sostuvo que “cobran relevancia en su interpretación, las normas de protección del consumidor; destacándose la que pregona que sea la más favorable al consumidor, pues entonces para el caso de duda, debe estarse a la interpretación más beneficiosa en este supuesto, para el asegurado”, considerando injusto e ilegal que la aseguradora deje sin cobertura al asegurado sin una previa intimación a regularizar los pagos de las primas o al menos anoticiarlo de la falta de pago. Se argumentó también que “la negativa de la aseguradora a cumplirle al asegurado la garantía de indemnidad por él contratada; quien se había comprometido al pago de la prima por medio del débito automático de su cuenta bancario de sueldo; debe analizarse restrictivamente, y de un modo más coherente con la defensa de su posición débil en ese plano contractual”. Reconociendo la existencia de un precedente (Moreno, Teresa y otro c. Bogari, Leonardo y otros s/ daños y perjuicios s/ casación) y bajo la premisa de que no resultaba obligatorio a la fecha del pronunciamiento, sostuvo, citando doctrina, que la decisión de rescindir el contrato de seguro debe ser notificada al asegurado, y citando fallo de la Cámara de la ciudad de Neuquén, y bajo la premisa de que la aseguradora no había notificado al asegurado la falta de acreditación del pago bancario de la prima y no habiendo comunicado la anulación de la póliza rechazó el siniestro ante el reclamo judicial de los actores, sosteniendo que con ello se ha sorprendido al asegurado, quien había autorizado el pago vía tarjeta de crédito y formulado la denuncia del evento dañoso.

Luego de ello, procede a analizar los daños reclamados, concediendo los rubros de pérdida de chance y daño moral, otorgando la suma reclamada de \$300.000 para el primer caso, y la de \$400.000 para cada uno de los progenitores por el segundo, lo que fuera aclarado en virtud del recurso de aclaratoria interpuesto por la parte actora, y reconociendo la suma de \$7.200 en concepto de gastos para tratamiento psicológico, con lo que se condenó al demandado y citada en garantía a abonar la suma de \$1.107.200. Asimismo se procedió a regular los honorarios de los profesionales intervinientes.

IV. La citada en garantía se agravó en primer término del rechazo de la excepción planteada, afirmando que ello lo fue sobre la base de una construcción argumental dogmática y técnicamente desacertada que no es derivación razonada del derecho vigente aplicable al caso de autos a la luz de la prueba producida, el cual está conformado por el contenido de las cláusulas contractuales de la “Póliza N° ...”, el régimen de los arts. 15, 31, 118 y ccdds. de la Ley 17.418, y la doctrina jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CS) en los casos “Buffoni” (CS, 08/04/2014), “Flores” (CS, 06/06/0217) y “Cardozo” (CS, 03/10/2017) y del Superior Tribunal de Justicia de Río Negro (STJRN) en “Lucero” (STJRNS1 Se.50/13), “Melo Espinoza” (STJRN Se. 18/16), “Vazquez” (STRN, Se 13/19, 30/12/2019) y “Romero” (STJRNS1: SE.08/20, 06/03/2020).

Sostiene que no resultan correctas las afirmaciones vertidas en la sentencia en cuanto a que: la “suspensión de cobertura por falta de pago...” ha generado una “... división reinante en la jurisprudencia argentina...”, lo cual en rigor no se compadece con los precedentes de la Corte y del STJRN, como tampoco lo es la afirmación vertida en cuanto a que las disposiciones de la Ley de Defensa del Consumidor N° 24.240 prevalecen y se aplican prioritariamente respecto de las cláusulas contractuales de la póliza y el régimen especial de la Ley de Seguros. Que la aseguradora no notificó al asegurado demandado la falta de pago del premio, la suspensión de la cobertura por falta de pago ni la anulación (resolución) posterior de la póliza por la circunstancia que la Ley de Seguros y el régimen contractual del seguro de responsabilidad civil no imponen al asegurador la carga u obligación de notificar al asegurado la falta de pago para que opere la suspensión automática de la cobertura ni para la anulación de la póliza por falta de pago. Que el pago del premio mediante débito en la cuenta bancaria del asegurado hace responsable al asegurado por no haberse realizado, no teniendo en cuenta que la ausencia de fondos suficientes en la cuenta impide la realización del débito y que es responsabilidad exclusiva del asegurado contar con provisión suficiente. Afirma que el hecho de que el fallo dictado en la causa “Moreno c. Bogari” haya sido dictado por la anterior composición del Superior Tribunal de Justicia y que no deba ser considerado doctrina legal, no autoriza a prescindir de la solución consagrada en ese precedente pues sus fundamentos corresponden al régimen legal del seguro y a la doctrina jurisprudencial de la Corte y del STJRN actualmente vigentes. Que la postura sustentada en los precedentes citados en su sentencia, implican una forzada y deliberada selección de fallos cuyos presupuestos no se ajustan al caso de autos ni al régimen legal del seguro. Que la afirmación vertida en la sentencia en cuanto a que “...la prueba de la falta de pago de la prima, por causas imputables al asegurado obligado, recae en la compañía, en autos esa comprobación no ha sido lograda...” resulta inexacta en tanto la falta de pago se acreditó con la prueba pericial contable como así también la ausencia del débito por insuficiencia de fondos en la cuenta del asegurado.

Expresa que la sentenciante omite ponderar lo establecido en los arts. 3 y 8 de las Condiciones Generales respecto de las características del contrato y la forma de pago de los premios. Que la sentenciante no tuvo en consideración que el pago del premio es condición necesaria para la vigencia de la cobertura durante el período mensual que debe abonarse por adelantado, y que la falta de pago constituye un “hecho resolutorio” que provoca la resolución del contrato con efectos retroactivos, sin necesidad de interpelación previa.

Afirma que otro error de la sentencia relacionado con el régimen de pago del premio, es no diferenciar entre rescisión y resolución del contrato de seguro, pues la falta de pago está expresamente prevista como un “hecho resolutorio” que provoca la resolución del contrato de seguro sin necesidad de interpelación previa. Que en la técnica del seguro se habla de anulación de la póliza o del contrato de seguro ante la falta de pago, lo que en términos jurídicos no es otra cosa que la resolución del contrato por una causal expresamente prevista como es la mora del asegurado en el pago del premio. Que la notificación previa no es necesaria cuando se trata de la suspensión de la cobertura por falta de pago de la prima ni para constituir en mora al asegurado (arts. 15 y 31 LS), ni para resolver o anular el contrato de seguro por falta de pago cuando esa situación fue expresamente prevista como causa de resolución, como sucede en el presente caso.

Sostuvo también que no se tuvo en cuenta lo dictaminado en la pericia contable por la perito contadora Natalia Colombo, donde al responder el “punto de pericia N° 8” ofrecido por su parte transcribió la manera en que opera técnicamente la falta de pago del premio, y que bajo esa operatoria la “Póliza N° ...” fue anulada mediante resolución el día 24/02/2012 con vigencia retroactiva al 25/01/2012 por falta de pago de los premios que debían abonarse el 24/12/2011, 24/01/2012 y 24/02/2012, con lo que la póliza se encontraba anulada por falta de pago a la fecha 27/02/2012 en que se produjo el siniestro.

Que en el presente caso, a diferencia del citado por la sentenciante y que da sustento a su postura, el premio se pagaba mediante débito automático directo en la cuenta del asegurado y este Jamás realizó la denuncia de siniestro en la Aseguradora en la forma y plazo establecidos por los art. 46 y 115 Ley 17.418 y art. 9 de las Condiciones Generales de la póliza y que su parte recién tuvo conocimiento de la existencia del siniestro en oportunidad de ser citada a mediación en el trámite caratulado “Colipan, Evaristo y otra y Mussari González, Hernán Augusto y otra s/ daños y perjuicios en accidente de tránsito s/ mediación (Expte. N° 011285-13-CCP)” razón por la cual se procedió en esa instancia y dentro del plazo del art. 56 LS a declinar su participación por no existir “...contrato de seguro ni póliza vigentes a la fecha del hecho que motiva este trámite, es decir por no existir cobertura asegurativa vigente ni obligación de indemnidad exigible a dicha fecha tanto a favor de los requeridos como de los requirentes”, y que “...La ausencia de seguro hace que las partes... carezcan de acción y/o legitimación para pretender la intervención en este trámite de la citada Caja de Seguros SA, y que esta no se encuentre legitimada como sujeto pasivo de cualquier pretensión vinculada con el hecho que motiva este trámite...”. Que el demandado no acreditó haber realizado la denuncia de siniestro ante la aseguradora, ni tampoco lo hizo por carta documento, misiva privada o cualquier otro medio de notificación fehaciente y no

acreditó la afirmación de haber concurrido a las oficinas de su parte dentro de los dos días siguientes de producido el siniestro y que el personal de recepción le haya informado que se "...había suspendido de manera automática el seguro y que se había procedido a la rescisión de la póliza por falta de pago...". Luego sostuvo que el precedente citado fue dejado de lado con posterioridad por el propio Tribunal que lo dictó, enrolándose en la doctrina jurisprudencial mayoritaria sentada por la Corte en los casos "Flores", "Buffoni" y otros, seguida a su vez por nuestro Superior Tribunal de Justicia.

Como segundo agravio plantea que sin perjuicio del cuestionamiento realizado en el primer agravio, con carácter subsidiario, que la sentenciante haya determinado como causa exclusiva del lamentable accidente a la velocidad el automóvil Fiat Palio conducido por el demandado y que haya considerado que el accionar de la propia víctima no tuvo incidencia causal en la producción del hecho dañoso.

En su tercer agravio cuestiona el tipo de tasa activa admitida en la sentencia para calcular los intereses moratorios, por cuanto distorsiona la indemnización y desnaturaliza su función resarcitoria conforme lo resuelto por la Corte en el caso "Bonet". Que si bien la sentencia siguió en este punto la doctrina del STJ fijada en los casos "Jerez", "Guichaqueo" y "Fleitas", donde estableció la tasa de interés que cobra el Banco de la Nación Argentina para préstamos personales de libre destino para calcular los intereses moratorios, y no obstante tratarse de doctrina legal obligatoria, agravia a su parte el tipo de tasa de interés admitida por esa doctrina por provocar una incremento desmesurado de la indemnización que la lleva a exceder al daño real y objetivo, tal como lo ha observado la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso "Bonet".

V. La parte actora, por su parte, se agravia de: a) violación al principio de reparación integral por insuficiencia del monto reconocido en concepto de indemnización por daño moral en favor de los progenitores de la víctima y b) por violación al principio de congruencia y fallo extra petita al disponer limitaciones en la extensión de la condena a la citada en garantía que nunca fueron opuestas, planteadas y menos aún probadas por La Caja de Seguros SA.

Respecto del primer agravio, expresó que en clara violación al principio de reparación integral, con total prescindencia de las particulares situaciones dadas en autos y con desconocimiento de fallos recientes de este Cuerpo e incluso de sentencias dictadas por la propia "a quo", ha sido reconocido a los progenitores de autos una indemnización por el daño moral que les provocó la muerte de su hija M. excesivamente inferior a lo que criteriosamente se viene reconociendo para casos análogos.

Con relación al segundo agravio sostuvo la parte que le causa agravio que la "a quo" haya dispuesto limitar la extensión de condena respecto a la citada en garantía, fijando como límite la medida del seguro. Que en la sentencia se va mucho más allá de lo planteado en autos por la citada en garantía, quien al momento de presentarse en autos solo interpuso como defensa la falta de seguro por supuesta suspensión de póliza, pero jamás planteó un límite de cobertura o similar. Que al resolver así, la sentenciante ha desconocido los derechos de los actores, configurando una clara violación al principio de la reforma en perjuicio, con grave lesión al principio de congruencia y consecuentemente de los derechos de defensa en juicio y de propiedad (arts. 18 y 17 CN). Que la parte del fallo que se impugna debe ser revocada, atento no encontrarse justificación alguna que permita limitar la extensión de condena hacia la compañía aseguradora citada en autos, ya que no puede válidamente resolverse sobre cuestiones no propuestas por la citada en garantía, sencillamente porque los accionantes no han podido refutar válida y legalmente la decisión que toma la "a quo" sin respeto a la plataforma de autos.

VI. Con carácter previo al análisis de los agravios, corresponde examinar el pedido de deserción realizado por la actora respecto del recurso deducido por la citada en garantía. Para ello es tener presente que el acto de expresar agravios consiste en proponer a la Alzada un control del fallo impugnado, poniendo en evidencia los posibles yerros del Juez de grado, y efectuando una crítica para obtener una modificación parcial o íntegra de la sentencia, en la medida del gravamen que la misma provoca. A ese respecto, esta Cámara viene entendiendo que la facultad de declarar "desierto" por la presunta insuficiencia "técnica" de la expresión de agravios debe ser ejercida restrictivamente, ya que lo contrario puede llevar a que se afecte el derecho de defensa del recurrente. En el caso en estudio, el libelo de expresión de los agravios contiene referencias concretas de las cuestiones que se estiman incorrectamente resueltas por la sentencia, a la vez que se realizan puntuales menciones de las constancias de autos que apoyarían ese reclamo, con indicación de doctrina y jurisprudencia contraria a la forma en que se ha sentenciado. Brinda el apelante una exposición suficiente y clara para adecuarse al criterio que viene sosteniendo esta Cámara con respecto a la admisibilidad formal del art. 265 y ccdtes. del Cód. Proc. Civ. y Comercial; superando el alzamiento los estándares formales mínimos previstos para el recurso en cuestión, debiendo entonces tenerse por cumplida la carga establecida por la norma ya mencionada, desestimar la tacha de "deserción" formulada y proceder al análisis de los agravios. Ello, evidentemente, más allá de la suerte final de

los planteos.

VII. Dicho ello, en primer término, hemos de analizar los agravios vertidos por la citada en garantía, para luego pasar a tratar los de la parte actora.

No se encuentra discutido ni en doctrina ni en la jurisprudencia que el contrato de seguro resulte ser del tipo de los de consumo, es decir que la relación que nace de dicho contrato entre asegurado y asegurador pueda ser calificada como de consumo, fundamentalmente en casos como el que nos atañe, donde interviene un consumidor final por un lado y una empresa de seguros por el otro.

Asimismo, conocemos que existe doctrina y jurisprudencia, que han entendido que la Ley de Seguros debe necesariamente integrarse con la Ley de Defensa del Consumidor, y en casos como el presente determinar si, ante la falta de pago de la prima —que era debitada mensualmente de la caja de ahorros del asegurado— ante la insuficiencia de fondos, la aseguradora debía o no notificarle dicha circunstancia a su cliente.

En tal sentido encontramos, para un caso análogo, el precedente del fallo emitido por la Sala A del STJ de la Provincia de La Pampa in re “A., A. G. c. G., V. O. y otro s/ ordinario” del 11 de agosto de 2021, donde basándose justamente en la característica en que al ser el contrato de seguro de los denominados de consumo, entra a jugar lo dispuesto por la Ley de Defensa del Consumidor. Se dijo allí que “considerando el mentado marco tuitivo creemos que el art. 31 de la Ley de Seguros no se ajusta a los principios de protección del consumidor y por ello merece una relectura acorde con los principios estructurales básicos del derecho de consumo en general y el deber de información en particular” y que “ello no implica desnaturalizar las características propias del contrato de seguro sino simplemente integrarlo con los principios tutelares que inspiran la relación de consumo por cuanto el respeto por la aplicación de la normativa técnica propia del contrato de seguro no podría violentar los derechos garantidos por la Constitución Nacional”, recordando que “la suspensión de la cobertura es quizás una de las más trascendentes circunstancias respecto de las cuales el asegurado debe ser informado y por ello se exige acentuar el deber de información diligente impuesto en cabeza del asegurador pues ello hace al leal y cabal conocimiento que el asegurado debe tener sobre los alcances de la relación jurídica que lo vincula con quien posee el poder económico de predisponer los términos contractuales”, por lo que se entendió que ante la mora del asegurado la suspensión de la cobertura no puede resultar un efecto directo y automático sino que previamente se debería informar dicha circunstancia al asegurado a efectos de que este pueda cumplir su obligación y evitar así tan drástica consecuencia.

Sin embargo, más allá de que no se comparte la postura allí asumida, debemos decir que también existe doctrina y jurisprudencia mayoritarias que se expiden en sentido contrario.

Y es que si bien resulta cierto que el contrato de seguro resulta ser de aquellos conceptualizados como de adhesión, lo cierto es que el mismo —al menos en el presente caso— se ajusta acabadamente a lo establecido por la ley de seguros y las regulaciones de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Nuestro Superior Tribunal de Justicia, ha sentado doctrina en cuanto a la suspensión automática de la cobertura por mora en el pago del premio.

En la causa “Moreno c. Bogari” se dijo que “...verificada la mora en el pago de la prima prevista en el contrato de seguro, no hay razón legal, ni contractual para hacer extensiva a la aseguradora... la responsabilidad por el siniestro ocurrido. Ello, por cuanto la suspensión de la cobertura motivada en la mora del asegurado en el pago de la prima se produce de pleno derecho, por el mero vencimiento del plazo sin necesidad de interpelación alguna, y por resultar además, una defensa nacida con anterioridad al siniestro (art. 118-3, LS), oponible a todas las partes procesales...”.

Luego, en la causa “Flores c / Giunta”, del 19/04/2017, el STJ sostuvo que “...la Ley de Seguros constituye una ley especial con relación a la que regula los contratos de consumo (Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios). Por tanto, no puede sostenerse la derogación o modificación de la primera por la segunda”, como así también se dijo que “el Máximo Tribunal Federal fijó posición en el aludido precedente “Buffoni”, en cuanto de la inaplicabilidad de la Ley de Defensa del Consumidor, en los supuestos de las cláusulas de exclusión de cobertura. Dijo al respecto 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 (M.1319.XLIV “Martínez de Costa, María Esther c. Vallejos, Hugo Manuel y otros s/ daños y perjuicios”, fallada el 9 de diciembre de 2009)”. De tal manera, si para nuestro Máximo Tribunal Federal la Ley de Defensa del Consumidor es una ley general posterior respecto de la ley especial que regula el contrato de seguro y, por lo tanto, no la deroga ni la modifica, tácita ni implícitamente, las cláusulas de exclusión de



cobertura son oponibles tanto al asegurado como a los terceros, víctimas del siniestro” (STJ Río Negro, “Lucero c. Carbonari”, del 29/12/2021).

Es entonces, sobre la base de la doctrina legal emanada del STJ, y lo establecido por el 2do. párr. del art. 42 de la ley 5190, que establece que “los fallos del Superior Tribunal, en cuanto determinen la interpretación y aplicación de la ley, constituyen jurisprudencia obligatoria desde la fecha de la sentencia para los demás Tribunales, Jueces y Juezas”, que debemos limitarnos a resolver la cuestión sobre la base de lo estipulado por la ley de seguros y los términos del contrato existente entre aseguradora y asegurado.

Debemos decir que el pago del premio del seguro resulta un instrumento esencial en la operación técnico-financiera del seguro, y resulta ser la obligación principal del asegurado (conf. arts. 1 y 27 LS), y se materializa a través de “...una conducta consistente en “dar” (art. 495, Cod. Civil), que tiene por objeto una suma de dinero.... Tal suma de dinero constituye el precio, equivalente al valor de la prestación del asegurador. De donde la prima constituye la contraprestación, en relación sinalagmática, de la obligación asumida por el asegurador consistente en el pago de la indemnización o de la prestación convenida” (Rubén Stiglitz, “Derecho de Seguros”, T. III, p. 1).

En la materia, nuestro ordenamiento jurídico dispone en el art. 31 de la LS, que “si el pago de la primera prima o de la prima única no se efectuara oportunamente, el asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido antes del pago”.

Por ende la falta de pago (incumplimiento del asegurado) afecta la cobertura asegurativa aun cuando subsista la obligación principal del tomador o asegurado consistente en el pago del premio. Es el legislador quien ha consagrado una excepción de incumplimiento operativa de pleno derecho (Stiglitz, ob.cit. p. 7).

Es decir que si el asegurado incurre en mora en el pago de la prima (cumplimiento de su obligación), la aseguradora válidamente se encuentra legalmente facultada para disponer la suspensión de la cobertura. En otras palabras, esa suspensión de cobertura por parte de la aseguradora es la consecuencia lógica y normal que implica la mora del asegurado en el cumplimiento de su obligación, cual es la de pagar la prima.

Por otra parte, la LS establece que dicha mora del asegurado —por el no pago de la prima—, resulta automática y no se prevé la necesidad de interpelación previa o notificación de la situación.

Ello además fue expresamente previsto en la póliza, avalado por la reglamentación de la Superintendencia de Seguros, previéndose en cuanto al pago de los premios que “si el asegurado no abona el premio referido al primer mes de vigencia o cada uno de los que correspondan a las renovaciones en el plazo expreso cierto establecido en las condiciones particulares, se configurará sin necesidad de interpelación alguna, la concreción automática de un hecho resolutorio con el alcance de un desistimiento de la toma del seguro por parte del asegurado, que producirá efectos retroactivos a la fecha consignada en el contrato como de inicio de vigencia. En consecuencia, configurada esta situación resolutoria, se tendrá por no existente el contrato de seguro para ese período impago” (v. fs. 134).

Y aquí yerra la “a quo”, cuando fundamenta citando a Rubén Stiglitz que “La decisión de rescindir debe ser notificada al asegurado. Salvo que las partes acuerden lo contrario, la denuncia del contrato requiere de un preaviso de un mes. La importancia de la notificación radica en que, a partir del segundo día, el asegurador queda liberado de su obligación principal por los siniestros que acaezcan... Debe quedar claro que la operatividad de la rescisión y de sus efectos se halla condicionada al anteciamiento que efectúe el asegurador al tomador... Por ende, ante el acaecimiento del siniestro, la compañía que ha omitido dar preaviso no queda exonerada de responsabilidad”. Ello en tanto en el caso de autos, justamente se encuentra acordado en la póliza, en virtud de lo expuesto en el párrafo anterior, que si el asegurado no abona el premio en el plazo establecido se configura sin necesidad de interpelación alguna, la concreción automática de un hecho resolutorio y por ello se tendrá por no existente el contrato de seguro para ese período impago.

Esta, por otra parte, lo que sostenemos, la posición dominante de la jurisprudencia.

Así en autos “Bella, José c. Boston Cía. Argentina de Seguros SA”, la Sala A de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial de la Capital Federal, resolvió el 24/10/2006 que “...resulta claro entonces de la estipulación convencional, que la mora en el pago de cualquiera de las cuotas relativas a la prima provocó la suspensión automática de la cobertura, sin que fuera menester comunicación previa alguna...”, manteniendo similar criterio la Sala D de la misma Cámara el 07/08/2007, en autos “Elesgood de Guozden, María Alcira c. Provincia Seguros SA s/ ordinario”, donde se dijo que “cabe rechazar la demanda por cumplimiento de contrato de seguro, toda vez que el asegurado se encontraba objetivamente en mora al tiempo del siniestro, pues tratándose de una obligación de plazo cierto (el vencimiento de cada cuota había sido estipulado precisamente),

cabe aplicar el sistema general del cciv: 509 (Stiglitz-Stiglitz, “Contrato de Seguro”, p. 436); con lo cual la mora se produjo automáticamente al tiempo del vencimiento de la cuota inmediatamente anterior, ocurrida dos días antes del siniestro y no superada hasta el día siguiente a este —como lo reconocieron ambos litigantes—; máxime, existiendo una estipulación convencional, según la cual la mora en el pago de cualquiera de las cuotas relativas a la prima, provocaría la suspensión automática de la cobertura, sin que fuera menester comunicación previa alguna (CNCom., Sala A, 24/10/2006, “Bella, José c. Boston CIA. Argentina de seguros SA”); no obsta a ello que todos los pagos anteriores fueron saldados tardíamente, ya que, la recepción de pagos con posterioridad a la suspensión de la cobertura y aún luego de ocurrido el siniestro carecen de efecto retroactivo pues tienen como único alcance la rehabilitación de la cobertura (CNCom., sala B, 15/06/1989, “Krell, Horacio c. Constructora Buenos Aires SA”; CNCom., sala C, 28/12/1992, “Bárbara, Nidia c. La Unión Gremial Compañía de Seguros SA”), pues, suspendida la cobertura, la prima continua devengándose a título de penalidad, pues el contrato se halla vigente (esta Sala, 29/11/1991, “Arcadia Compañía Argentina de Seguros SA c. Consorcio de Propietarios edificio calle Bulnes 1925-29”; CNCiv., Sala F, 25/11/2002, “Romano, Luis c. Ferraiolo, Carlos Alberto”), lo cual solo podría encontrar una excepción en caso que la demora en el pago se hubiera causado en un acto unilateral de la aseguradora respecto de la gestión de cobranza (CNCiv, Sala F, 28/10/1991, “Amestica Martínez, Juan c. de Vicente, Néstor Adrián”; CNCiv., Sala D, 10/04/2000, “Cupolo, Ángel Julio Cesar y otro c. Rodríguez, Miguel Ángel y otros”; CNCom., sala A, 29/06/2006, “Pérez Linares, Mónica c. MAPFRE Aconcagua Compañía Argentina de Seguros SA”).

La doctrina especializada, por su parte, se ha expresado en el sentido de que “...si ocurre el siniestro durante la suspensión, el asegurado no puede exigir el cumplimiento de la prestación debida o el resarcimiento. De allí que se haya podido afirmar que durante el plazo de suspensión producido por el incumplimiento del asegurado a una de sus obligaciones, queda suspendida la garantía al quedar el período al descubierto y hasta tanto fuese rehabilitada para el futuro con el pago...” (Stiglitz, Rubén S., “Derecho de Seguros”, T. II, p. 372 y ss., Buenos Aires, 1997).

Tampoco resulta correcto lo sostenido en la sentencia por la “a quo” en cuanto a que “llama la atención que la aseguradora no suspende por falta de pago, sino que directamente anula el contrato, dejando desprotegido al asegurado sin aviso alguno”, en tanto la suspensión por falta de pago —que no requiere comunicación— es automática al no pago de la prima en la fecha convenida, y la anulación del contrato, como vimos, estaba prevista en la póliza en virtud del incumplimiento de las obligaciones del asegurado, y tampoco correspondía otorgar aviso alguno al respecto.

No se nos escapa el hecho de que la prima correspondía —en virtud del acuerdo entre asegurado y aseguradora— ser debitada de una Caja de Ahorros, donde se procedía al depósito de los haberes del asegurado, y que ello suele realizarse a efectos de no incurrir en olvidos frente al pago mensual de servicios, pero no podemos dejar de lado que, quien así acuerda el pago de sus obligaciones debe garantizarse que se encontrarán depositados los fondos disponibles —o existirá alguna autorización de crédito por parte del banco— para afrontar los pagos correspondientes a los débitos mensuales.

Y también se debe tener en cuenta que todos los meses el interesado, en base a la información que necesariamente debe remitir la entidad bancaria, podrá corroborar que los débitos se han efectivamente realizado, no pudiéndose soslayar que según la información brindada por la entidad bancaria donde el accionado poseía su cuenta, se puede advertir claramente que solo un débito automático se le realizaba, lo que le imponía tener un mayor control sobre si se había cumplido con su obligación.

De la prueba rendida se desprende que la prima correspondiente al mes de enero de 2012 era de \$207 (v. fs. 86) y el obligado al pago contaba en su cuenta con la suma de \$204,83 (v. fs. 173 y 253), motivo por el cual podemos concluir que no se efectuó el débito al no encontrarse acreditada la suma total para el mismo, en tanto ello es una de las causales para el rechazo del débito automático conforme se informara a fs. 327/394 (v. fs. 343). Es decir que el rechazo del débito bancario se debió a una conducta del asegurado quien no contaba en su cuenta con la suma necesaria para el pago del premio, de lo cual se encontraba en conocimiento, justamente en virtud de la documental por él acompañada al momento de contestar la demanda (v. fs. 86).

Y aquí debemos señalar una —para nosotros— mala interpretación de la prueba por parte de la Colega de grado, cuando sostiene que a su entender no se encuentra acreditado el incumplimiento del demandado, en base al informe del Banco Provincia de Neuquén glosado a fs. 259.

Sostuvo la sentenciante que “de acuerdo a las probanzas desarrolladas en autos, se ofició al banco Provincia de Neuquén quien a fs. 248/259 acompaña un detalle de movimiento de la cuenta sueldo del demandado corroborando que se fueron efectivizando los débitos para la aseguradora, y que sin motivo aparente, desde el

mes de enero de 2012 no constan tales débitos. Y ninguna constancia hay en autos que compruebe el intento, luego fallido, de cobro por parte de la aseguradora; pues por el contrario, expresamente el banco niega tal acción. Mediante la prueba informativa librada al banco intermediario, lo desconoce expresamente, informando que no hubo intento de cobro de parte de la aseguradora, conforme surge de la respuesta de fs. 259: "...informamos que desde el departamento de seguros nos comunican que no hubo operatoria para debitar con la aseguradora La Caja Seguros SA".

Y digo que a nuestro entender existe una mala interpretación, en tanto si observamos el pedido de informes en el mismo se requería: "...que conforme los registros obrantes en su poder, remita movimientos de la cuenta número... de propiedad del Señor H. A. M. ... correspondiente a los períodos 2011-2012. Asimismo indique si el titular de la cuenta otorgó autorización para proceder al pago por sistema de débito de la cuenta de contrato de seguros con la firma La Caja Seguros SA, debiendo indicar en caso afirmativo, número de referencia de dichos débitos, y sumas debitadas durante 2011-2012, como asimismo fecha de los débitos" (v. fs. 210).

Luego de ello la entidad bancaria remite los movimientos de la cuenta y dice en su contestación que "dando cumplimiento a lo solicitado informamos que desde el departamento de seguros nos comunican que no hubo operatoria para debitar con la aseguradora La Caja Seguros SA".

Sin embargo, cuando se le remite otro oficio a efectos de que informara los movimientos de la cuenta y se identificara "a quien corresponde el débito automático identificado según referencia 3033700100101" (v. fs. 301), el banco vuelve a remitir constancia de los movimientos e indica que "el débito automático referido corresponde a Caja de Seguros SA" (v. fs. 494).

Es entonces que sí existía operatoria de débito automático autorizada por el demandado (cosa además que tanto aseguradora como asegurado reconocen), pese al erróneo informe de fs. 259, con lo que no contando el demandado con los fondos suficientes para efectuarse el débito que correspondía al mes de enero, es que este no pudo concretarse. Luego, ya el débito correspondiente al mes de febrero, no se hizo en virtud de la anulación de la póliza por parte de la aseguradora, en virtud del incumplimiento incurrido por el asegurado respecto de la póliza con vencimiento en el mes de enero de 2012.

En el precedente "Cardozo Pelegrina del Valle c. Belgrano Cargas SA", la Corte Suprema de Justicia de la Nación, estableció claramente que "...el tema relacionado con la consecuencia que trae aparejada la falta de pago del seguro, que la recurrente introdujo en su primera presentación para declinar la citación en garantía..., ha sido examinado por esta Corte en Fallos: 307: 742; 322:653 y 327:3966, en los cuales admitió que si se tuvo por demostrada la existencia de la cláusula de cobranza del premio y al tiempo de la ocurrencia del siniestro la demandada estaba incursa en mora en el pago de la prima, no hay razón legal ni contractual para condenar a la empresa de seguros" (CSJN, 03/10/2017, considerando 6°).

Pero por otro lado, en virtud de la falta de pago del premio, correspondiente al mes de enero de 2012, de lo cual, repetimos la aseguradora no tenía obligación legal de comunicar, en tanto era obligación del asegurado cumplir, es que se procedió a la anulación de la póliza el día 24 de febrero de 2012, tal como lo indicó el perito contador en su informe (v. fs. 546).

Por ende, a la fecha del siniestro ya no se trataba de una cuestión de suspensión de la cobertura sino que nos encontrábamos frente a una inexistencia de seguro. En el fallo indicado precedentemente (Cardozo), la Corte Suprema sostuvo en el considerando 5° que en el caso de la existencia de anulación de póliza "no se trata de un supuesto de suspensión de cobertura sino de inexistencia de seguro. En efecto, la misma cámara reconoció que a la fecha del siniestro el contrato había sido anulado por falta de pago, por lo que no corresponde condenar a la aseguradora por la inobservancia de una carga cuando dejó de existir el marco contractual para ello, en virtud del incumplimiento de la contraparte".

Consecuentemente a la fecha del siniestro, entre el accionado y la aseguradora, no existía contrato vigente, y por ende no puede obligarse a esta última a responder frente al siniestro de marras.

El hecho de pretender o postular que, ante la mora del asegurado en el pago del premio, la aseguradora, por aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor, deba necesariamente informar dicha situación, implicaría una modificación sustancial del régimen del seguro, y fundamentalmente de lo normado por el art. 31 referido, lo que claramente ha sido descartado por el Máximo Tribunal de la República en el precedente "Buffoni".

Y digo ello en tanto cabe preguntarse: ¿Qué sucede si la aseguradora no cumple con dicha información? ¿Podría sostenerse que, en virtud del incumplimiento de la aseguradora, esta debe responder igualmente ante el previo incumplimiento obligacional del asegurado?



La respuesta negativa se impone al segundo interrogante. Ello en tanto de modo alguno puede sostenerse que, pese al incumplimiento del asegurado en el pago de la prima, siga vigente la responsabilidad de la aseguradora, ya que ello implicaría una real y definitiva modificación de la Ley de Seguros, fundamentalmente en lo que respecta a lo dispuesto por el art. 31, ya que si la aseguradora no cumple con brindar la información, continuaría su obligación de mantener indemne el patrimonio del asegurado incumplidor, pese a la mora en que ha incurrido este último.

Por ello, no podemos más que disentir con lo resuelto por el STJ de La Pampa, en tanto sostiene que no implicaría, la falta de información de la mora incurrida por el asegurado, desnaturalizar las características del contrato de seguro. Implicaría una sustancial modificación del régimen.

Es en base a todo lo dicho considero que no se encuentran afectados los derechos del demandado en su carácter de consumidor, en tanto la conducta asumida por la aseguradora, en la relación que mantuvieran y bajo el amparo de la Ley de Defensa al Consumidor, de modo alguno puede considerarse abusiva.

Por todo lo expuesto, considero que corresponde acoger el recurso de apelación de la citada en garantía, revocando la sentencia de grado en lo que a ello respecta, haciendo lugar a la excepción de falta de legitimación pasiva, en virtud de la inexistencia de seguro al momento del accidente, y por ende declarar abstractos los restantes agravios vertidos por la citada en garantía.

VIII. Corresponde ahora, proceder a analizar los agravios vertidos por la parte actora.

A) En primer término se agravia por el monto otorgado en concepto de daño moral a los progenitores con motivo de la muerte de su hija M., entendiéndose que resulta inferior a la que se viene reconociendo en casos análogos.

La Magistrada de grado, al momento de sentenciar, estableció una indemnización en concepto de daño moral por la suma de \$800.000 es decir, —más allá del evidente error de pluma— \$400.000 para cada uno de los progenitores, con más un interés puro del 8% anual desde la fecha del hecho.

Tenemos dicho antes de ahora que el daño moral consiste en la lesión de los derechos que afectan la tranquilidad, la seguridad personal, los padecimientos físicos y espirituales originados en un hecho dañoso. En este sentido, la cuantificación de la indemnización que al efecto se pretende dependerá del prudente y razonable arbitrio judicial (arts. 1078 del Cód. Civil y arts. 163 inc. 3° y 5° del Cód. Proc. Civ. y Comercial) (cf. Cámara Segunda de Apelaciones de La Plata, Sala I, en autos “Dutto, María Luisa c. Empresa San Vicente SA de Transporte s/ daños y perjuicios”, sentencia de 18/02/2016). De esta forma, “con relación al daño moral, valdrá reiterar que este consiste en el menoscabo de los sentimientos, los padecimientos físicos y espirituales, las inquietudes y, en general, el sufrimiento o el dolor que padece la persona como consecuencia del hecho perjudicial, independientemente de cualquier repercusión de orden patrimonial” (vid. J. J. Llambías, “Tratado de Derecho Civil - Obligaciones”, T. I, ps. 297 y ss., Ed. Perrot, Bs. As., 198).

De ahí que el daño moral ya no se circunscriba solo al llamado pretium doloris, pues contempla los sentimientos, las situaciones psíquicas dolorosas, la pérdida de afectos y experimentar la afectividad, comprometiendo la condición anímica deseable, valiosa o siquiera normal de cada persona (vid. M. Zavala de González, “Daños a las Personas, Disminuciones Psicofísicas”, T. 2, p. 394, Ed. Astrea). “Por esencia, la naturaleza y definición como perjuicio inmaterial, su comprobación y dimensionamiento es de difícil observación y acreditación, por lo cual es generalmente presumido en función de variadas circunstancias, efectos y secuelas del hecho dañoso (vid. CApCC de Salta, Sala V, in re: Rodríguez c. Banco Francés SA).” (Cf. jurisprudencia de esta Cámara en autos: “González, Gabriela Mercedes y otro c. Jordi, Selva Fabiana y otros s/ ordinario (daños y perjuicios)”, Expte. 2981-SC-16, sentencia del 12/05/2017).

Así, “debe ponderarse, que el dolor humano configura un agravio concreto a la persona, y más allá de que se entienda que lo padecido no es susceptible de ser enmendado, es lo cierto que la tarea del Juez es realizar “la justicia humana” y con ello no hay enriquecimiento sin causa ni se pone en juego algún tipo de comercialización de los sentimientos. No hay “lucro” porque este concepto viene de sacar ganancias o provechos, y en estos supuestos de lo que se trata es de obtener compensaciones ante un daño consumado; y un beneficio contrapuesto al daño, el único posible para que se procure la igualación de los efectos, dejando con ello en claro el carácter resarcitorio que se asigna al daño moral” (cfr. Belluscio, “Código Civil Anotado”, T. 5 p. 110 citando a pie de página a CNCiv. Sala C, LA LEY, 1978-D, 645, y a Mosset Iturraspe; esta Sala causas B-83.346, RSD 164/96; B-79.317 R. Sent. 49/95; 89.362 RSD 71/99; 115.448 RSD 9/14, e.o.).

Respecto del quantum del daño moral, más que ningún otro queda librado a la discrecionalidad del órgano jurisdiccional, en tanto no existen parámetros, con aproximación aceptable de absoluta validez, que permitan

fijar una suma compensatoria del daño sin que pueda existir un margen de error.

Queda pues, “librada a la prudencia y ecuanimidad de quien deba determinar su monto, para lo cual es menester agudizar la imaginación y el sentido del equilibrio a los fines de no incurrir en exceso o defecto” (Conf. CNEsp.Civ.yCom., Sala II, in re “Pironi, Miguel D. c. Suárez, Julio F. s/ sumario”, del 11/10/1983, citado por Hernán Daray, “Accidentes de Tránsito”, p. 360, N° 194), como así también que “...no cabe prescindir totalmente de la estimación efectuada en la demanda ya que, dada la naturaleza del daño en cuestión, el actor contó entonces para evaluarlo prácticamente con los mismos elementos de juicio que luego se incorporaron al proceso” (Conf. CNEsp.Civ.yCom., Sala II, in re “Álvarez, Daviglio c. Rodríguez, Susana s/ sumario”, del 04/11/1985, citado por Hernán Daray, “Accidentes de Tránsito”, p. 361, N° 196).

Como dijimos, en la sentencia de grado se ha fijado para el rubro cuestionado la suma de \$400.000 con más un interés del 8% anual desde la fecha del fallecimiento de la hija de los accionantes.

De la pericia psicológica practicada, que es debidamente receptada por la “a quo”, se desprende el daño psicológico sufrido por los actores con motivo de la muerte de su hija y sus actuales secuelas.

Así también debo decir que si bien la “a quo” realiza una descripción suficiente de los hechos del caso, considero que el monto otorgado en concepto indemnizatorio no traduce una adecuada reparación del detrimento espiritual padecido por los progenitores de la menor, dada la intensidad de la pérdida y la situación en que se produjo, y las secuelas presentes en ambos, circunstancias corroboradas en el caso concreto por las conclusiones de la perito psicóloga (v. fs. 322 y 325).

Ha sostenido este Tribunal que es “harto sabido que la pérdida de un hijo se encuentra en la cúspide de los padecimientos emocionales y espirituales que puede padecer una persona” (in re: “Lobos, Mónica Susana y otros c. Municipalidad de Cipolletti y otro s/ daños y perjuicios (ordinario)”, Expte. 3343-SC-17, sentencia del 23/08/2018). De esta manera, se ha destacado que el mero vínculo familiar autoriza a tener por verificados los hondos y profundos padecimientos de los progenitores ante la pérdida de una hija y el dolor profundo y devastador que el mismo produce, los cuales merecen ser resarcidos en forma completa e íntegra.

No puede soslayarse que, la indemnización por muerte de un hijo menor, por más elevada que sea, se revela como estrecha suscitando suspicacias respecto a si la misma resulta compensadora de la pérdida sufrida (Cf. Zavala de González, Matilde “Indemnización del daño moral por muerte”, Editorial Juris, Santa Fe, 2006, p. 179). En este sentido, es mi opinión que no existe suma alguna que pueda compensar a los accionantes la pérdida de su hija, sin perjuicio de lo cual cierto es que en el ámbito jurisdiccional y a través de la fijación de una indemnización civil se trata de lograr un paliativo al sufrimiento padecido por la madre y el padre ante la dolorosísima situación que les ha tocado atravesar.

Por todo ello, y teniendo en consideración casos análogos en los que nos ha tocado resolver, es que propongo al acuerdo, que debe hacerse lugar al recurso de apelación interpuesto por la parte actora, teniendo en consideración el principio alterum non laedere de raíz constitucional (art. 19 de la Carta Magna), estimo que el valor por el rubro de daño moral debe ascender a la suma peticionada por los recurrentes al momento de verter sus agravios, esto es la de pesos un millón ochocientos mil (\$1.800.000) para cada uno de los progenitores, a la fecha de la sentencia de Primera Instancia, a lo que se deberá adicionar un interés compensatorio puro del 8% anual desde la fecha del accidente y hasta esa oportunidad (doctrina legal STJ, in re “Torres” Se: 100/16) y sin perjuicio del interés moratorio posterior hasta su efectivo pago, conforme las tasas judiciales.

B) El segundo agravio vertido por la parte actora lo fue con relación a que la “a quo” haya dispuesto limitar la extensión de condena respecto a la citada en garantía, fijando como limite la medida del seguro.

Sin perjuicio de destacar que el Superior Tribunal de Justicia de nuestra Provincia ha sentado doctrina al respecto, al decir que “en línea con el criterio contractualista adoptado en diversos precedentes por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, este Cuerpo tiene dicho que, si la propia Ley de Seguros N° 17.418 establece en su art. 118 —párrafo tercero— que, en caso de citación del asegurador a juicio, la sentencia que se dicte hará cosa juzgada a su respecto y le será ejecutable “en la medida del seguro”, de dicha redacción se desprende claramente que el legislador ha querido mantener la responsabilidad del asegurador dentro de los límites estipulados contractualmente con el asegurado (STJRNS1 - Se. 50/13 “Lucero”). Para mayor claridad, cuando la norma dice “en la medida del seguro” hace referencia no solamente al tope monetario del seguro contratado, sino también a las diversas limitaciones o exclusiones de responsabilidad que se acuerdan, por lo que el damnificado que cita a juicio a un asegurador lo hace bajo la premisa de que será indemnizado en esa misma medida; esto es, en las condiciones que se estipularon en la póliza pertinente. En ese sentido, este Superior Tribunal de Justicia ha contemplado y validado el tope monetario de los seguros, restringiendo la

responsabilidad civil de los aseguradores a la suma máxima por la cual se habían obligado a indemnizar; aun cuando la sentencia de condena superase ese monto. (STJRNS1 - Se. 50/13 “Lucero” y STJRNS1 - Se. 18/16 “Melo Espinoza”). Sumado a ello, también resulta ineludible considerar el fallo dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en autos “Flores, Lorena R. c. Giménez, Marcelino O. y otro s/ daños y perjuicios” (Fallos: 340:765), que justamente decide sobre la específica temática que constituye el objeto del recurso aquí en análisis.

En efecto, en el Considerando 12) del voto conjunto de los doctores Lorenzetti y Highton de Nolasco se dice con claridad: “La relación obligacional que vincula a la víctima con la aseguradora es independiente de aquella que se entabla entre esta y el asegurado, enlazadas únicamente por el sistema instituido por la ley 17.418 (art. 118 citado). Ambas obligaciones poseen distintos sujetos —no son los mismos acreedores y los deudores en una y otra obligación— tienen distinta causa —en una la ley, en la otra el contrato— y, además, distinto objeto —en una la de reparar el daño, en la otra garantizar la indemnidad del asegurado—, en la medida del seguro. La obligación del asegurador de reparar el daño tiene naturaleza meramente contractual, y si su finalidad es indemnizar al asegurado de los perjuicios sufridos por la producción del riesgo asegurado, su origen no es el daño sino el contrato de seguro. De tal manera que la pretensión de que la aseguradora se haga cargo del pago de la indemnización más allá de las limitaciones cuantitativas establecidas en el contrato carece de fuente jurídica que la justifique y, por tanto, no puede ser el objeto de una obligación civil”. Cabe recordar, asimismo, que este Cuerpo ha recogido en lo sustancial la doctrina sentada por la Corte Suprema en la causa “Flores”, recién citada, en el precedente STJRNS1 - Se. 144/19 “B., P. J. c. C., M. B.” (STJ Río Negro, in re “Vergara, Julio Antonio c. Verdugo, Gustavo Alberto s/ daños y perjuicios (ordinario) s/ casación”, Sent. 15 del 27/04/2020), lo cierto es que habiéndose hecho lugar al recurso planteado por la aseguradora, acogiendo la excepción de falta de legitimación, el agravio ha devenido en abstracto.

IX. Con relación a los recursos arancelarios, interpuestos por la citada en garantía por altos y por los letrados de la parte actora por bajos, debemos decir, en primer lugar, que atento la forma en que se ha resuelto en el pto. VII el recurso de la aseguradora, deviene abstracto el recurso por ella interpuesto, en tanto no existe agravio para su parte.

Corresponde entonces entrar al análisis de la apelación deducida por los letrados de la parte actora. Los recurrentes se agraviaron al considerar que los emolumentos regulados resultaban bajos y violatorios de los parámetros establecidos por la Ley 2212.

Al momento de efectuar la regulación recurrida, la Colega de grado dispuso: “Regular los honorarios de los letrados apoderados de los actores, Dres. Carlos Martín Segovia y Cecilia Soledad Deltour, en conjunto, en la suma de \$... (2/3 etapas coef: 12% con más 40 % incremento por apoderamiento) La presente estimación y porcentual, están atravesados por el tope del 25% que debe prorratearse entre todos los beneficiados por honorarios a cargo de la perdidosa, —art. 77 Cód. Proc. Civ. y Comercial—, del MB de \$...”.

En las regulaciones efectuadas, la Sra. Jueza sentenciante ha indicado los porcentajes respecto del monto base que ha tomado, aclarando que “están atravesados por el tope del 25% que debe prorratearse entre todos los beneficiados por honorarios a cargo de la perdidosa”. Es decir, se desconoce cuál es el porcentaje utilizado ab initio para luego de efectuarse el prorrateo arribar a las sumas concedidas a los profesionales.

Debemos aclarar, que al momento de efectuarse las regulaciones, los honorarios correspondientes a la letrada del demandado y el de la citada en garantía, no correspondía computarlos dentro del 25%, en tanto ambos resultaban condenados en costas.

La Ley de Aranceles, establece en el art. 8 que “Los honorarios de los abogados, por su actividad durante la tramitación del asunto o proceso en Primera Instancia cuando se tratare de sumas de dinero o bienes susceptibles de apreciación pecuniaria, serán fijados entre el once por ciento (11%) y el veinte por ciento (20%) del monto del proceso. Los honorarios del abogado de la parte vencida serán fijados entre el siete por ciento (7%) y el diecisiete por ciento (17%) del monto del proceso”.

Es entonces que, luego de señalar que, más allá de la mera disconformidad de los apelantes, el porcentaje (12%) determinado por la Jueza de grado, se encuentra dentro de los parámetros legales que fija la normativa arancelaria provincial, pero merituando la naturaleza y extensión de los trabajos realizados, dicho porcentaje aparece efectivamente como escaso, por lo que corresponderá aumentar el mismo al 15% que es el que estimamos justo en virtud de las tareas desarrolladas. Por ello corresponde hacer lugar al recurso planteado.

Todo lo que así voto.

La doctora Álvarez dijo:

Adhiero al voto de mi colega por compartir los razonamientos fácticos y fundamentos jurídicos.

El doctor Gutiérrez dijo:

1).- Adhiero expresamente al criterio y solución que propician mis colegas, sobre la base del voto del ponente, y solo agregaré algunas reflexiones coadyuvantes respecto de la falta de acción (o de legitimación) opuesta por la citada en garantía, en función de lo que denominaba que era una ausencia de seguro, por mora en el pago del premio, y en rigor porque la póliza ya había sido anulada, antes de producirse el siniestro.

2).- Los fundamentos de la sentencia de grado en ese punto han pasado, medularmente, por enfatizar presuntas obligaciones de “información” al asegurado, que extrae la Judicante de principios generales del régimen consumeril, para así virtualmente propugnar que la empresa debía poner en conocimiento del asegurado aquí demandado, la falta de pago del premio (por falta de fondos bancarios para el débito directo) y/o notificar que se procedería a anular la póliza. Se entiende que ello sería a los efectos de remontar los incumplimientos referidos y rehabilitar y/o resucitar la cobertura (lo cual —vale recordar— tampoco tendría efectos retroactivos).

Desde mi perspectiva, y más allá de los valores que pudieran inspirar esa solución de la “a quo”, estimo que esos argumentos y la solución adoptada no tienen base legal, y solo trasuntan una motivación dogmática y unidireccional, utilizada para llegar a un resultado final que no es el que debe seguirse de las normas en juego. Doy razones.

3).- No se discute que el contrato de seguro sea de “consumo”, pero tampoco habrá de olvidarse que, en lo que está previsto por la ley de seguros, se aplica la ley especial, y solo supletoriamente (en lo no regulado) la impronta consumeril (vid. CSJN in re: Buffoni” (del 08/04/2014). El derecho a la información en el consumo y su contrapartida, el deber de informar, reconocen fundamentos fácticos muy conocidos, pues se sabe que el sistema protectorio encuentra su sentido en la presunción de la redacción unilateral de las condiciones contractuales por el proveedor, sin posibilidad de control y/o modificación por parte de la parte débil, lo que deriva en la introducción de cláusulas abusivas, por adhesión a condiciones generales de la contratación.

Sin embargo ese No es el caso de autos. En la especie las disposiciones y reglas relacionadas al pago del “premio” y los efectos del incumplimiento de ello, no provienen de una mera cláusula impuesta por la aseguradora a su entero arbitrio (más allá de que esté inserta en el contrato), sino que se deriva directamente de la ley de seguro y sus reglamentaciones por parte de la autoridad de aplicación, que ejerce el Poder de Policía en la materia (Superintendencia de Seguros de la Nación - SSN), la que ha delineado, revisado y previamente aprobado y dispuesto las condiciones contractuales, garantizando con ello las medidas protectorias para los derechos del asegurado. Vale decir: en el punto en particular que interesa, el tópico ya pasó con el debido control de la autoridad estatal.

Por otro lado, el asegurado (consumidor) no puede ser visto desde una perspectiva de inimputabilidad, ni falta de discernimiento, ni de carencia de aptitudes cognitivas normales, al punto de erradicar las obligaciones y responsabilidades, que van acollaradas como contracara de los derechos. Obsérvese que la modalidad de pago, en este particular, era por el sistema de débito automático (Sistema Nacional de Pago, de compleja reglamentación por el Banco Central) lo que necesariamente requiere la existencia de “fondos” depositados en la cuenta bancaria del asegurado, siendo a su vez obligación de este último verificar y efectivizar que así fuese. Quizás no se propondrían “relativizaciones” de esa elemental carga de administración del patrimonio personal (me refiero a la existencia de fondos en cuentas para debitar) si el débito discutido estuviese focalizado en un tipo de obligación, o acreedor, distinto del que aquí se ve involucrado; ni se inferiría el desconocimiento del obligado al pago de la situación de sus propios depósitos bancarios. En tales circunstancias la falta de fondos es, a mi modo de ver, una negligencia imputable al titular de la cuenta; que bien dispuso de tiempo (un mes) para, en su caso, regularizar y/o reencarrilar la situación, sin haberlo hecho; derivándose de ello una situación gravosa para diversas personas.

En lo que importa, y como relata el ponente, el art. 31 de la LS dice que “...si el pago de la primera prima o de la prima única no se efectuara oportunamente, el asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido antes del pago...”.

Valga mencionar también que el art. 23 inc. 2 del Reglamento General Actividad Aseguradora (Resolución Reglamentaria de la SSN, Condiciones Particulares - Cláusula Anexa a las Condiciones Generales - Cláusula de Cobranza del Premio) señala, entre otras cosas y con respecto a la cobranza del “premio” que “...Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio y cuotas de aportes exigibles sin que éstos se hayan producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora veinticuatro (24) del día del vencimiento impago,

sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo...” (sic.).

Se trata, indudablemente, de un supuesto de mora automática y con “fecha cierta”, por lo cual la decisión de la “a quo” —en tanto incorpora una comunicación o anoticiamiento no previsto por la ley— virtualmente erradica la “mora automática” para este tipo de casos, lo que tampoco se deriva como autorizado por norma precisa.

4).- En jurisprudencia también se ha sostenido (in re: “Bella, José c. Boston Cía. Argentina de Seguros SA”, CNCom. Sala A, del 24/10/2006) que “...resulta claro entonces de la estipulación convencional, que la mora en el pago de cualquiera de las cuotas relativas a la prima, provocó la suspensión automática de la cobertura, sin que fuera menester comunicación previa alguna...”.

Igualmente se ha dicho que “...cabe rechazar la demanda por cumplimiento de contrato de seguro, toda vez que el asegurado se encontraba objetivamente en mora al tiempo del siniestro, pues tratándose de una obligación de plazo cierto (el vencimiento de cada cuota había sido estipulado precisamente), cabe aplicar el sistema general del cciv: 509 (Stiglitz-Stiglitz, “Contrato de seguro”, p. 436); con lo cual la mora se produjo automáticamente al tiempo del vencimiento de la cuota inmediatamente anterior, ocurrida dos días antes del siniestro y no superada hasta el día siguiente a este —como lo reconocieron ambos litigantes—; máxime, existiendo una estipulación convencional, según la cual la mora en el pago de cualquiera de las cuotas relativas a la prima, provocaría la suspensión automática de la cobertura, sin que fuera menester comunicación previa alguna (CNCom, sala A, 24/10/2006, “Bella, José c. Boston CIA. Argentina de seguros SA”); no obsta a ello que todos los pagos anteriores fueron saldados tardíamente, ya que, la recepción de pagos con posterioridad a la suspensión de la cobertura y aun luego de ocurrido el siniestro carecen de efecto retroactivo pues tienen como único alcance la rehabilitación de la cobertura (CNCom, sala B, 15/06/1989, “Krell, Horacio c. Constructora Buenos Aires SA”; CNCom., sala C, 28/12/1992, “Bárbara, Nidia c. La unión gremial compañía de seguros SA”), pues, suspendida la cobertura, la prima continua devengándose a título de penalidad, pues el contrato se halla vigente (esta Sala, 29/11/1991, “Arcadia compañía Argentina de seguros SA c. Consorcio de propietarios edificio calle Bulnes 1925-29”; CNCiv, sala f, 25/11/2002, “Romano, Luis c. Ferraiolo, Carlos Alberto”), lo cual solo podría encontrar una excepción en caso que la demora en el pago se hubiera causado en un acto unilateral de la aseguradora respecto de la gestión de cobranza (CNCiv, sala f, 28/10/1991, “Amestica Martínez, Juan c. de Vicente, Néstor Adrián”; CNCiv., sala d, 10/04/2000, “Cupolo, Ángel Julio Cesar y otro c. Rodríguez, Miguel Ángel y otros”; CNCom., sala a, 29/06/2006, “Pérez linares, Mónica c. MAPFRE Aconcagua compañía Argentina de seguros”), lo que, en la especie, puede alegarse...” (conf. CNCom., Sala D en autos “Elesgood de Guozden, María Alcira c. Provincia Seguros SA” del 07/08/2007).

Las cláusulas del caso están debidamente habilitadas con carácter general en los modelos establecidos por la SSN y sus reglamentaciones, siendo ampliamente conocidas, y ajustándose a la legislación correspondiente, por lo cual constituyen “ley para las partes”.

En definitiva, la solución del fallo apelado no tiene sustento en las cláusulas convencionales, ni en las disposiciones legales y reglamentarias; desnaturalizando el sistema de “mora automática” que rige en la materia, al introducir requisitos y exigencias no establecidos de manera directa por las normas encargadas de regir el asunto. Llevando, además, ciertos principios del sistema consumeril más allá del marco que les es propio, pues el decisorio tiente, mediante el uso de “slogans” en la materia, justificar y arribar a un resultado final distinto del que correspondería por aplicación del art. 31 de la LS, lo que implicaría (como dice el voto ponente) la modificación elíptica de este último precepto de la Ley Especial, en pugna con la doctrina “Buffoni”.

Para ese derrotero también ha prescindido el fallo de considerar que, existiendo mora desde el 24/01/2012, el contrato resultó anulado al tampoco abonarse la cuota siguiente del 24/02/2012 (en esa fecha); es decir: fue anulado antes del siniestro del día 27 de febrero del mismo año.

Se trata, en síntesis, de defensas oponibles al damnificado, por ser anteriores al siniestro.

5).- Si bien resulta insustancial en atención al modo de decidir antes concluido, como aditamento, estimo que el fallo apelado tampoco ha logrado dar una respuesta consistente al planteo de la aseguradora, que denunciaba que no le fue anoticiado el siniestro en los términos del art. 46 de la LS (efectos art. 47), siendo que no obstante lo rechazó oportunamente (art. 56 LS). Ello así, pues —como principio— resultaba una carga del asegurado demostrar ese anoticiamiento, y en la especie el argumento esgrimido por el mencionado sobre ese particular (a más de consistir probatoriamente en su sola afirmación) no parece haber sido examinado en el fallo a la luz de la metodología insinuada por el cuarto párrafo del art. 68 de la Ley de Tránsito; que reza que “...las denuncias de siniestro se recibirán en base al acta de choque del artículo 66 inciso a), debiendo remitir copia al



organismo encargado de la estadística...” (sic.). Por manera que, en el hecho del presente caso que involucró el fallecimiento de una persona, y por lo tanto es de suma gravedad, con intervención policial y del fuero penal, no aparece claramente elucidado el pretense modo de notificación.

6).- Sentado ello, y desde la distinta perspectiva de los “damnificados”, cabe mencionar que si bien la Ley de Tránsito establece en su art. 68 el llamado “seguro obligatorio”, de esa circunstancia no se deriva que, con ello, se hubiera instalado una suerte de prestación de la “seguridad social” en la materia; dado que el contrato de seguro sigue siendo de naturaleza comercial, y atañe exclusivamente al vínculo entre el asegurado y a la empresa aseguradora. La protección del precepto citado a los damnificados se materializa, precisamente, estableciendo con carácter obligatorio que los automotores deben contar con el seguro correspondiente “...de acuerdo a las condiciones que fije la autoridad en materia aseguradora...”; por manera que es carga del asegurado mantener sus obligaciones legales y contractuales al día, incluyendo obviamente el pago oportuno del “premio”.

No resultaría ajustado a la ley y a la sistemática del contrato, que a pesar del eventual incumplimiento por parte del asegurado de una, varias, muchas o todas sus obligaciones, la empresa aseguradora debiera —no obstante— mantener indemne al asegurado.

Así lo ha entendido la Corte Suprema en el caso “Buffoni” (ya citado) al remitirse a las pautas interpretativas de la Resolución 34.225/2009 de la SSN (Póliza básica del Seguro Automotor), cuya cláusula segunda —para lo que aquí interesa— a su vez establece que “...la extensión de la cobertura al conductor queda condicionada a que este cumpla las cargas y se someta a las cláusulas de la presente póliza y de la Ley como el mismo asegurado al cual se lo asimila...”.

De igual manera decía la Corte en aquel caso que “...la función social que debe cumplir el seguro no implica, empero, que deban repararse todos los daños producidos al tercero víctima sin consideración a las pautas del contrato que se invoca...” (conf. Considerando 10); y que “...la oponibilidad de las cláusulas contractuales ha sido el criterio adoptado por el Tribunal en los supuestos demostrados los presupuestos fácticos y la existencia de la cláusula de exclusión de cobertura, no hay razón legal para limitar los derechos de la aseguradora...” (conf. Considerando 11).

Dejo en claro que no se discute la razonabilidad de afianzar mecanismos más enfáticos para garantizar el eventual derecho de los damnificados. Ello, no obstante, es materia que le cabe al legislador (como ocurre en otros países), no correspondiendo a los tribunales sustituir la voluntad expresa de este último, mediante interpretaciones sinuosas cuyo resultado final consiste simplemente en instalar lo que —bien o mal— la ley no ha previsto, ni ha querido.

7).- Con tales agregados a título exclusivamente individual, reitero mi adhesión a los votos precedentes, Votando en igual sentido.

2ª cuestión. — El doctor Cabral y Vedia dijo:

Por lo expuesto al tratar la primera cuestión propongo al Acuerdo:

I. Hacer lugar al recurso de apelación deducido por Caja de Seguros SA con fecha 13/08/2020 contra la sentencia dictada el día 27 de abril de 2020, revocando la misma parcialmente, y haciendo lugar a la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta al momento de contestar la citación en garantía. Con costas a cargo del demandado (art. 68 del Cód. Proc. Civ. y Comercial).

II. Hacer lugar parcialmente al recurso de apelación interpuesto por la parte actora en fecha 19/08/2020, contra la sentencia dictada el día 27 de abril de 2020, en lo concerniente al rubro indemnizatorio “daño moral”, revocando parcialmente la sentencia de grado, y estableciendo el importe total de condena en la suma de pesos un millón ochocientos mil (\$1.800.000) para cada uno de los progenitores, a la fecha de la sentencia de Primera Instancia, a lo que se deberá adicionar un interés compensatorio puro del 8% anual desde la fecha del accidente y hasta esa oportunidad (doctrina legal STJ, in re “Torres” Se: 100/16) y sin perjuicio del interés moratorio posterior hasta su efectivo pago, conforme las tasas judiciales, rechazándolo en los restantes agravios.

Las costas de la Alzada se imponen a la parte demandada (art. 68 del Cód. Proc. Civ. y Comercial).

III. Declarar abstracto el recurso arancelario interpuesto por Caja de Seguros SA, y hacer lugar a la apelación arancelaria deducida por el letrado apoderado de la parte actora y su letrada patrocinante. Sin expresa imposición de costas atento el criterio de esta Cámara en materia arancelaria, como así también en virtud de no haber mediado contradictorio.

IV. Readecuar, conforme a lo dispuesto por el art. 279 del Cód. Proc. Civ. y Comercial, y los recursos que prosperan, las regulaciones de honorarios correspondientes a los letrados intervinientes, por las labores cumplidas en la Primera Instancia, en virtud del resultado de la presente. En consecuencia, regular los honorarios de los letrados de la parte actora, Dres. Cecilia S. Deltour en la suma de pesos ... (\$...) y Dr. Carlos Martín Segovia, en la suma de pesos ... (\$...) (MB x 2/3 etapas x 15% y el último con +40% en su carácter de apoderado), los de los letrados del demandado, Dr. Gustavo Palmieri y Dra. Marianina López Raggi en la suma de pesos ... (\$...) (MB x 12% + 40% —art. 11 LA— x 30% x 2/3 etapas), y los del letrado apoderado de la citada en garantía, Dr. Jorge A. Gómez, en la suma de pesos ... (\$...) (MB x 12% + 40% —art. 11 LA— x 70% + 40% —art. 10 LA) dejándose constancia que para efectuar tales regulaciones se han tenido en consideración la naturaleza, extensión y resultado de las tareas cumplidas en autos por los beneficiarios (conf. Arts. 6, 7, 8, 10, 12, 38, 40 y conc. de la LA) (MB \$...).

Asimismo, se regulan los honorarios de la perito psicóloga, Lic. Patricia Martínez Llenas en la suma de pesos ... (\$...) (MB x 5%) y del perito Accidentológico Aldo Capitán en la suma de pesos ... (\$...) (MB x 5%) teniendo en consideración el nuevo monto de sentencia, los trabajos realizados y lo normado por el art. 18 de la ley 5069.

En virtud de las limitaciones establecidas por los arts. 730 del Cód. Civ. y Comercial y 77 del Cód. Proc. Civ. y Comercial, se readecuan los honorarios de los letrados de la parte actora, Dres. Cecilia S. Deltour, en la suma de pesos ... (\$...) y Dr. Carlos Martín Segovia, en la suma de pesos ... (\$...), los del letrado apoderado de la citada en garantía, Dr. Jorge A. Gómez, en la suma de pesos ... (\$...), y los de la perito psicóloga, Lic. Patricia Martínez Llenas en la suma de pesos ... (\$...) y del perito Accidentológico Aldo Capitán en la suma de pesos ... (\$...), dejándose constancia que se ha procedido a una disminución proporcional de 38,5% de cada uno de los honorarios regulados, a efectos de no superar el 25% del monto base.

V. Regular los honorarios de los letrados de la parte actora, Dr. Carlos Martín Segovia y Dra. Cecilia S. Deltour, en el 27%, los de la letrada patrocinante del demandado, Dra. Marianina López Raggi, en el 25% y los del letrado apoderado de la citada en garantía, Dr. Jorge A. Gómez, en el 27%, todo ello de lo que corresponde por sus actuaciones en la instancia de grado (conf. Art. 15 de la LA).

VI. Regístrese, notifíquese conforme las Acordadas vigentes y vuelvan. Todo lo que así voto.

La doctora Álvarez y el doctor Gutiérrez dijeron:

Compartiendo la propuesta de solución efectuada por el colega preopinante, adherimos a ella. En mérito a ello, la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Familia y de Minería resuelve: Primero: Hacer lugar al recurso de apelación deducido por Caja de Seguros SA con fecha 13/08/2020 contra la sentencia dictada el día 27 de abril de 2020, revocando la misma parcialmente, y haciendo lugar a la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta al momento de contestar la citación en garantía. Con costas a cargo del demandado (art. 68 del Cód. Proc. Civ. y Comercial). Segundo: Hacer lugar parcialmente al recurso de apelación interpuesto por la parte actora en fecha 19/08/2020, contra la sentencia dictada el día 27 de abril de 2020, en lo concerniente al rubro indemnizatorio “daño moral”, revocando parcialmente la sentencia de grado, y estableciendo el importe total de condena en la suma de pesos un millón ochocientos mil (\$1.800.000) para cada uno de los progenitores, a la fecha de la sentencia de Primera Instancia, a lo que se deberá adicionar un interés compensatorio puro del 8% anual desde la fecha del accidente y hasta esa oportunidad (doctrina legal STJ, in re “Torres” Se: 100/16) y sin perjuicio del interés moratorio posterior hasta su efectivo pago, conforme las tasas judiciales, rechazándolo en los restantes agravios. Las costas de la Alzada se imponen a la parte demandada (art. 68 del Cód. Proc. Civ. y Comercial). Tercero: Declarar abstracto el recurso arancelario interpuesto por Caja de Seguros SA, y hacer lugar a la apelación arancelaria deducida por el letrado apoderado de la parte actora y su letrada patrocinante. Sin expresa imposición de costas atento el criterio de esta Cámara en materia arancelaria, como así también en virtud de no haber mediado contradictorio. Cuarto: Readecuar, conforme a lo dispuesto por el art. 279 del Cód. Proc. Civ. y Comercial, y los recursos que prosperan, las regulaciones de honorarios correspondientes a los letrados intervinientes, por las labores cumplidas en la Primera Instancia, en virtud del resultado de la presente. En consecuencia, regular los honorarios de los letrados de la parte actora, Dres. Cecilia S. Deltour en la suma de pesos ... (\$...) y Dr. Carlos Martín Segovia, en la suma de pesos ... (\$...) (MB x 2/3 etapas x 15% y el último con +40% en su carácter de apoderado), los de los letrados del demandado, Dr. Gustavo Palmieri y Dra. Marianina López Raggi en la suma de pesos ... (\$...) (MB x 12% + 40% —art. 11 LA— x 30% x 2/3 etapas), y los del letrado apoderado de la citada en garantía, Dr. Jorge A. Gómez, en la suma de pesos ... (\$...) (MB x 12% + 40% —art. 11 LA— x 70% + 40% —art. 10 LA) dejándose constancia que para efectuar tales regulaciones se han tenido en consideración la naturaleza, extensión y resultado de las tareas cumplidas en autos por los beneficiarios (conf. Arts. 6, 7, 8, 10, 12, 38, 40 y conc. de la LA) (MB \$...). Asimismo, se regulan los

honorarios de la perito psicóloga, Lic. Patricia Martínez Llenas en la suma de pesos ... (\$...) (MB x 5%) y del perito Accidentológico Aldo Capitán en la suma de pesos ... (\$...) (MB x 5%) teniendo en consideración el nuevo monto de sentencia, los trabajos realizados y lo normado por el art. 18 de la ley 5069. En virtud de las limitaciones establecidas por los arts. 730 del Cód. Civ. y Comercial y 77 del Cód. Proc. Civ. y Comercial, se readecuan los honorarios de los letrados de la parte actora, Dres. Cecilia S. Deltour, en la suma de pesos ... (\$...) y Dr. Carlos Martín Segovia, en la suma de pesos ... (\$...), los del letrado apoderado de la citada en garantía, Dr. Jorge A. Gómez, en la suma de pesos ... (\$...), y los de la perito psicóloga, Lic. Patricia Martínez Llenas en la suma de pesos ... (\$...) y del perito Accidentológico Aldo Capitán en la suma de pesos ... (\$...), dejándose constancia que se ha procedido a una disminución proporcional de 38,5% de cada uno de los honorarios regulados, a efectos de no superar el 25% del monto base. Quinto: Regular los honorarios de los letrados de la parte actora, Dr. Carlos Martín Segovia y Dra. Cecilia S. Deltour, en el 27%, los de la letrada patrocinante del demandado, Dra. Marianina López Raggi, en el 25% y los del letrado apoderado de la citada en garantía, Dr. Jorge A. Gómez, en el 27%, todo ello de lo que corresponde por sus actuaciones en la instancia de grado (conf. Art. 15 de la LA). Sexto: Regístrese, notifíquese conforme lo dispuesto por las Acordadas vigentes y vuelvan. — Alejandro Cabral y Vedia. — E. Emilce Álvarez. — Marcelo A. Gutiérrez.