

En la ciudad de Santa Rosa, capital de la provincia de La Pampa, a los 11 días del mes de agosto del año dos mil veintiuno se reúne la Sala A del Superior Tribunal de Justicia integrada por su presidente, Dra. Elena V. Fresco y por su vocal, Dr. José Roberto Sappa, a efectos de dictar sentencia en los autos caratulados: **“A., A. G. c/ G., V. O. y Otro s/ Ordinario”**, expte. n° 1940/20, registro Superior Tribunal de Justicia, Sala A, del que:

RESULTA:

I.- A fs. 1321/1341vta., el Dr. Rodrigo Andrés Basiglio en representación de la Caja de Seguros SA, interpone recurso extraordinario provincial en los términos del artículo 261 incisos 1° y 2° del CPCC contra la sentencia de la Sala 1 de la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral y de Minería de la Primera Circunscripción Judicial, que a fs. 1316 resolvió: *“I.- Rechazar los recursos de apelación deducidos por la parte actora –Alejandra Guillermina AUBERT- y accionado –Víctor Oscar GARDON- en lo que fuera materia de agravios, a excepción de la actualización del daño moral y la exclusión de cobertura respecto de la tercera citada –La Caja de Seguros S.A.– y, en virtud de ello, (...) se extiende a la aseguradora la condena fallada respecto de su asegurado Gardón...”*.

Acreditan el cumplimiento de los recaudos formales, y relatan los hechos de la causa diciendo que la aseguradora celebró con el Sr. Víctor Oscar Gardón un contrato de responsabilidad civil automotor bajo el número de póliza 5280-0037202-01. Que la cláusula denominada “Endoso A16 o B16” estipula la obligación de pago de los premios y las consecuencias en caso de incumplimiento.

Expresa que el Sr. Gardón debía abonar las cuotas N° 5 (con vencimiento el día 22/05/2010) y N° 6 (con vencimiento el día 22/06/2010) y no efectuó su pago.

Por tanto habiendo ocurrido el accidente que lo involucró el día 25/6/2010 el asegurado carecía de cobertura asegurativa por aplicación de la cláusula “Endoso A16”.

Manifiesta que en primera instancia la jueza de grado hizo lugar a la excepción de falta de legitimación pasiva interpuesta por la Caja de Seguros SA contra su asegurado. Apelada tal decisión fue revocada por la Cámara de Apelaciones en tanto desestimó la excepción de falta de legitimación y por ende hizo extensiva la condena respecto de su asegurado.

Contra aquella decisión la aseguradora interpuso recurso extraordinario provincial en los términos de los incisos 1° y 2° del art. 261 del CPCC.

En lo que respecta al primero de los motivos recursivos, invoca violación de la ley en cuanto la sentencia de la Cámara aplicó una regla jurídica que no corresponde.

Explica que la resolución en crisis viola de manera directa la Ley Nacional de Seguros N° 17.418 como así también la Ley N° 20.091 por lo que va en contra de todo el andamiaje jurídico que regula la actividad de los seguros en la Argentina.

Expresa que ese contenido normativo incluye claramente todas las condiciones que el asegurado debía cumplir si pretendía que su aseguradora cubriera un determinado siniestro. Asevera que se garantiza así el conocimiento de información al asegurado de las consecuencias de su incumplimiento.

Esgrime que por ello es que el fallo atacado viola de manera directa toda esta normativa con la novedosa interpretación que se propone, intentando mostrar al asegurado como un indefenso consumidor que no sabía que debía pagar las primas de su seguro y concretamente tener dinero disponible en su cuenta bancaria para que se pudieran debitar las primas a su vencimiento.

Acusa también errónea aplicación de la ley. En este sentido dice que el fallo atacado aplica de manera errónea la Ley de Seguros y la Ley de Defensa del Consumidor y por ello extrae conclusiones falsas carentes de sustento legal válido.

Alega que el pronunciamiento atacado intenta hacer prevalecer la ley de Defensa del Consumidor sobre las directrices de la Ley de Seguros aseverando que no puede validarse un abuso del derecho por parte de la aseguradora si se dejara sin cobertura al demandado y ello porque la Caja no le avisó que no se le habían debitados las dos cuotas de su seguro en razón de no haber fondos suficientes en su banco.

Sienta la premisa según la cual la ley general posterior no deroga a la ley especial anterior y es por ello que si bien las Leyes N° 17.418 y N° 24.240 tienen idéntica jerarquía la primera regula el contrato de seguro en forma específica y la segunda las relaciones de consumo de manera genérica, por lo que prevalece la primera sobre la otra norma de carácter general.

De ahí que resulta erróneo interpretar que la Caja al rechazar la cobertura del siniestro por falta de pago de dos primas de manera consecutiva esta configurando un abuso del derecho respecto del Sr. Gardón.

También funda su recurso en la previsión del inciso 2° del art. 261 del CPCC. En efecto, sostiene, que la sentencia atacada contiene graves errores en materia de determinación de hechos y, principalmente, de las pruebas colectadas en autos.

En relación con el absurdo, plantea que el fallo le otorga un instrumento de indemnidad a cualquier asegurado para que aún cuando no abone sus primas a la compañía de seguros, ésta deba mantener vigente los efectos de la póliza y hacer frente a cualquier siniestro pese estando en mora.

Sostiene que falta de pago repercute directamente en el fondo de primas que forman las aseguradoras para hacer frente a los siniestros de sus asegurados y más pronto que tarde podrán encontrarse con aseguradoras imposibilitadas de hacer frente a los siniestros. Con ello quiere significar que una solución que pretende ser justa coloca en serio riesgo a todos los actores involucrados en la actividad aseguradora y principalmente a los consumidores y víctimas que se quiere proteger.

Finalmente, deja planteada la reserva del caso federal en los términos del art. 14 inc. 1° de la Ley N° 48, atento a que la sentencia desestimatoria de este recurso afectaría derechos amparados constitucionalmente como el derecho de propiedad (art. 17) y la defensa en juicio (art. 18).

A su vez, peticionan se haga lugar al recurso extraordinario interpuesto, casando la sentencia de la Cámara de Apelaciones.

II.- Admitido el recurso por la Cámara de Apelaciones, este Superior Tribunal lo declara *prima facie* admisible, a fs. 1352 en los términos del art. 261 incisos 1° y 2° del CPCC.

III.- Corrido el traslado a la parte recurrida, contesta la actora a fs. 1364/1378 y la demandada a fs. 1354/1362. En ambos casos solicitan que se rechace el recuso interpuesto.

IV.- A fs. 1380/1383 dictamina el Sr. Procurador General quien expresa que el razonamiento desarrollado por el Tribunal responde a una operación intelectual basada en las reglas de la lógica, con una apreciación coherente del material probatorio y suficiente fundamentación. Todos estos motivos lo llevan a concluir que el recurso debe ser rechazado.

VI.- Mediante actuación N°638092 se llama autos para sentencia y;

CONSIDERANDO:

PRIMERA CUESTIÓN: ¿Resulta fundado el recurso interpuesto con arreglo al inciso 2° del art. 261 del CPCC? **SEGUNDA CUESTIÓN:** ¿Resulta fundado el recurso interpuesto con arreglo al inciso 1° de la misma norma adjetiva? **TERCERA CUESTIÓN:** en su caso, ¿qué solución corresponde adoptar?

PRIMERA CUESTIÓN: 1°) Con sustento en el inciso 2° el recurrente invoca la doctrina del absurdo. Sostiene que la sentencia atacada contiene graves errores en materia de determinación de hechos y principalmente de las pruebas colectadas.

Objeta que es absurdo que la compañía de seguros deba dar cobertura a su asegurado aún cuando éste no cumpla con su obligación de pagar las primas. De igual modo es absurda la conclusión que impide ejercer el derecho de la aseguradora de suspender la cobertura mientras se encuentren impagas las primas en razón de que las cláusulas de la póliza que así lo disponen fueron redactadas de manera unilateral por la aseguradora.

En primer término, es preciso recordar que cuando el recurso se dirige a impugnar cuestiones relativas a los hechos y las pruebas se deben volcar los argumentos encaminados a demostrar que en esos ámbitos las conclusiones ensayadas por el tribunal han sido absurdas.

Además, se debe indicar que el absurdo se configura, entre otros supuestos, frente al desvío palmario y notorio de las leyes de la lógica o ante un razonamiento viciado de modo tal que llega a conclusiones contradictorias, notoriamente insostenibles o inconciliables con las constancias objetivas de la causa. En ese acotado marco el error debe ser palmario y fundamental o grave y manifiesto y, por ello, factible de demostrarse con pocas palabras.

Se observa en este punto que el recurrente no individualiza siquiera las pruebas o los hechos respecto de los cuales se habría consumado el absurdo, sino más bien se circunscribe a la mera denuncia del vicio que a su criterio exhibe puntualmente la decisión repitiendo argumentos que ya expuesto al desarrollar el motivo recursivo previsto en el inc. 1, lo que también resulta revelador de la insuficiencia técnica que exhibe el segmento en análisis.

De la lectura del recursivo no surge que el recurrente haya podido acreditar en forma fehaciente la existencia de absurdo –en los términos de la doctrina elaborada por el Superior Tribunal– en tanto no ha explicado con rigor técnico suficiente, cómo o de qué manera se habría configurado el error de hecho invocado.

En fin, las razones expuestas resultan suficientes para dar respuesta negativa a la primera cuestión.

SEGUNDA CUESTIÓN: 1º) Invocando el inc. 1º del art. 261 del CPCC el reclamante expresa que en la resolución impugnada se ha aplicado reglas jurídicas que no corresponden, es decir la Ley de defensa al Consumidor y la Constitución Nacional, cuando debían aplicarse disposiciones de la Ley de Seguros (arts. 1, 11, 27, 30, 31 y 32), la Ley n° 20.019 y la resolución n° 30708 (art. 25) de la Superintendencia de Seguros de Nación.

Asegura que este andamiaje jurídico propone claramente desde el inicio de la relación contractual todas las obligaciones que el asegurado debe cumplir (entre ellas, el pago de la prima en debido tiempo) si pretende que su aseguradora cubra un determinado siniestro. No obstante tales disposiciones, la sentencia de Cámara desestimó la suspensión de cobertura por falta de pago de la prima de seguro, apelando a las directrices y conceptos que emanan de la Ley al Consumidor.

2º) En forma previa al tratamiento del recurso resultará ilustrativo efectuar algunas consideraciones sobre los temas implicados.

No caben dudas que el contrato de seguro es un contrato de consumo y así la cuestión debatida nos introduce en un tópico que en los últimos tiempos ha adquirido gran actualidad debido a los avances legislativos en materia de consumo y su vinculación con otros sistemas normativos especiales, como lo es la Ley de Seguros.

Al respecto, se sostiene que *“la disparidad de criterios en doctrina y jurisprudencia acerca de la aplicación de la ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios al contrato de seguro, con la consiguiente mengua del principio de seguridad jurídica, tornaba indispensable una solución legislativa que permitiera la armonización de ambas normativas. En la actualidad, no debe dudarse que el contrato de seguro constituye un contrato de consumo cuando se celebra a título oneroso, entre un consumidor final y una persona jurídica, que actuando profesionalmente, se obliga mediante el pago de una prima, a prestar un servicio cual es la asunción del riesgo previsto en la cobertura asegurativa. En consecuencia, resultan aplicables al contrato de seguro celebrado con destino final de consumo, en cuanto resulte pertinente, las disposiciones del núcleo duro de tutela previsto para el contrato de consumo en el Código Civil y Comercial y las correspondientes a la ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios”* (María Fabiana Compiani, *La transparencia en el contrato de seguro*, Publicado en: SJA 13/09/2017, 13/09/2017, 1).

Tal sistema tuitivo importa un replanteo y una nueva visión del derecho de seguros y ello en función del impacto que toda la normativa de los consumidores provoca en las relaciones jurídicas de consumo al poner el eje del sistema en la parte débil de la relación con el objeto de dotar a los consumidores de las herramientas necesarias para inclinar el desequilibrio inicial que caracteriza aquella relación.

En otras palabras, puede decirse que el régimen jurídico del contrato de seguro ha sido fuertemente influenciado *“por la incorporación de reglas protectoras para el adherente al contrato con cláusulas generales predispuestas y la consagración de una fuerte tutela del contrato de consumo que, dentro de la normativa de fondo, han delineado un nuevo paradigma para el contrato de seguro en nuestro medio: la transparencia del contrato de seguro, lo que redundará en una mayor protección del asegurado”* (María Fabiana Compiani, ob. cit.).

Como consecuencia de ello se *“incluyen una serie de principios generales de defensa del consumidor que actúan como una ‘protección mínima’, lo que implica que no existe impedimento para que una ley especial establezca condiciones superiores y ninguna ley especial en aspectos similares puede derogarlos”* (María Fabiana Compiani, *El contrato de seguro a la luz del Código Civil y Comercial*. Revista Reformas Legislativas. Debates doctrinarios. Código Civil y Comercial. Año I, N° 3 pág. 1).

En resumidas cuentas, *“cuando el contrato de seguro resulte un contrato de consumo, el Código Civil y Comercial de la Nación crea un núcleo de tutela fuerte con vocación de aplicación preeminente sobre la normativa especial (art. 1094 CCyC)”* (Rubén S. Stiglitz, María Fabiana Compiani, *En el contrato de seguro*, Publicado en: LA LEY 04/11/2015, 04/11/2015, 1 - LA LEY2015-F, 622).

Una explicación de lo expuesto lo constituye el deber de información que se erige como uno de los pilares sobre los que se asienta el derecho de consumo. La materia que hace al contenido de este derecho, en el ordenamiento jurídico argentino, tiene específico rango constitucional (art. 42 CN). Mas luego se ve replicado en la Ley de Defensa del Consumidor que en su art. 4° impone en cabeza del proveedor la obligación de suministrar al consumidor en forma detalladas las características esenciales de los bienes y servicios de su comercialización.

A su turno, el Código Civil y Comercial perfila con mayor precisión el contenido de la obligación de informar y eleva el estándar de protección. Establece el art. 1100 que el proveedor está obligado a suministrar información al consumidor en forma cierta y detallada, respecto de todo lo relacionado con las características esenciales de los bienes y servicios que provee, las condiciones de su comercialización y toda otra circunstancia relevante para el contrato.

En este contexto, el deber general de información hace a la transparencia informativa del contrato de consumo y si bien la información debe brindarse en todas las etapas del contrato, adquiere mayor relevancia durante las etapas preliminares por cuanto se *“apunta a que la decisión tomada en los dominios del derecho de las obligaciones y que puede llegar a traducirse en el consentimiento contractual, sea consecuencia de una información suministrada previamente con claridad. El propósito consiste en que, a través de una información adecuada y veraz, el contrato celebrado se corresponda con las expectativas recíprocas que tenían las partes antes de su*

perfeccionamiento" (Rubén Stiglitz, *El deber general de información contractual*, Publicado en: RCCyC 2016 (diciembre), 16/12/2016, 3).

En materia de derecho de seguros se refuerza esa obligación en cabeza del asegurador. Sucede que el contrato de seguro es un instrumento que exhibe inocultablemente la desigualdad formal que ostentan las partes al existir una asimetría técnica, económica y jurídica que redundan en el poder de negociación que concentra el asegurador.

No debe olvidarse que los caracteres técnicos del contrato de seguro o la complejidad del texto que instrumenta el contrato, las múltiples resoluciones elaboradas por la SSN y disposiciones de la ley de seguros son, en principio, ejemplos paradigmáticos de obstáculos para el cabal conocimiento de los alcances de la relación contractual.

3°) Desde esta perspectiva debe analizarse la cuestión traída a debate y en particular con referencia al deber de información del prestador del seguro.

Como es sabido, la suspensión de cobertura por falta de pago del premio exigible viene consagrada en el artículo 31 inc. 1° de la Ley N° 17.418, que dispone: 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.

Es decir, la suspensión de la cobertura constituye el efecto específico que acarrea la mora del asegurado en el pago de la prima y surte efecto ante el mero vencimiento del término sin que se cumpla la obligación principal del asegurado.

Ahora bien, 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.

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.

En todo caso, la cuestión se debe complementar necesariamente con una lógica, armónica y equilibrada interpretación de los sistemas normativos involucrados.

Vale recordar 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.

Entonces, bajo esta mirada es posible afirmar que la suspensión de cobertura no puede ser un efecto directo y automático de la mora del asegurado. Al contrario,

ante la falta de pago de la prima el asegurador debe informar al asegurado el incumplimiento de su obligación a fin de dar posibilidad de sanear dicha circunstancia para que luego, ante la reticencia del asegurado, pueda configurarse la suspensión de la cobertura.

En conclusión, la interpretación que se propone importa descartar la aplicación automática de la suspensión de cobertura ante la falta de pago de la prima de seguro. Así, cuando se decide la suspensión de cobertura del seguro existen circunstancias relevantes (art. 1100 CCC, art. 4° Ley Defensa del Consumidor, art. 42 de la CN) que ameritan la necesidad de informar al asegurado. Consideramos que la constitucionalización de los derechos a la información en la relación de consumo, y la irradiación de sus efectos al contrato de seguro, sirven de suficiente fundamento para ello.

4°) Al resolver la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por la aseguradora con fundamento en la suspensión de cobertura por falta de pago de la prima, la Cámara de Apelaciones consideró que la omisión de pactar los efectos derivados de la falta de cumplimiento de la obligación de pago no habilita a otorgar las consecuencias negativas que unilateralmente le atribuyó la compañía de seguros. Y ello debido a las particulares circunstancias que rodearon a la relación contractual en orden al pago de las cuotas 5° y 6° de la póliza de seguro, tema que ha sido detalladamente examinado por el tribunal.

Ahora bien, la lectura detenida del desarrollo argumental elaborado proel tribunal de mérito nos lleva a coincidir con el análisis efectuado por la Cámara de Apelaciones desde que un mínimo requisito de buena fe imponía a la compañía de seguros el deber de informar que había decidido suspender la obligación esencial del contrato de seguros ante la falta de pago del premio.

Dicho en otros términos, el deber de información obliga a la aseguradora a poner en conocimiento a la parte débil de la relación todas las vicisitudes que puedan acaecer en el *íter* contractual, fundamentalmente aquellas que puedan configurar la pérdida de los derechos del asegurado.

En casos como el de autos, donde *el asegurado adopta para el pago la modalidad de débito automático en cuenta bancaria* existe un deber de información acentuado en cabeza del asegurador ya que el pago se efectúa a través de intermediarios –en el caso, el banco– y, si el débito no puede ser detraído, difícilmente llegue a conocimiento del deudor ya que ni el banco ni la compañía de seguros proceden a informar dicha circunstancia, con los efectos negativos que ésta conducta genera en la relación contractual asegurativa en perjuicio del asegurado.

Conforme hemos expresado en párrafos anteriores, la Caja de Seguros SA, en tanto organización profesional, se encuentra dotada de todos los elementos técnicos y administrativos como para anotar al Sr. Gardón su incumplimiento obligacional y así evitar conductas perjudiciales que impliquen un obrar incompatible con la confianza depositada en su aseguradora.

En consecuencia, conforme las precedentes consideraciones se llega a la conclusión de que en la sentencia impugnada se ha aprehendido el verdadero contenido dogmático de los sistemas normativos en juego, con una mirada tuitiva

acorde con los nuevos paradigmas del derecho de consumo, por lo que se da también respuesta negativa a la segunda cuestión.

TERCERA CUESTIÓN: Atento el modo en que se resuelven las cuestiones anteriores, se rechaza el recurso extraordinario provincial interpuesto por la aseguradora La Caja SA.

Por todo lo expuesto, la Sala A del Superior Tribunal de Justicia;

RESUELVE:

1) Rechazar el recurso interpuesto a fs. 1321/1341vta. por el apoderado de La Caja de Seguros S.A., Dr. Rodrigo A. Basiglio.

2) Imponer las costas de esta instancia extraordinaria (artículo 62 del CPCC) a la tercera citada en garantía. A tal fin regúlense los honorarios de la Dra. María Otilia Pérez Fuentes y del Dr. Carlos A. Reale en el 28% de los que les correspondiere a cada uno en la regulación de primera instancia (artículos 6, 7, 9, 14 y ccdtes. de la Ley de Aranceles). Asimismo regúlense los honorarios del Dr. Rodrigo A. Basiglio en el 25% de los que le correspondiere por la regulación de primera instancia. A tales sumas se les adicionará el porcentaje de IVA, de así corresponder.

3) Dar por perdido el depósito efectuado a fs. 1320 por la suma de pesos mil quinientos (\$1.500) y transferir el importe mencionado a la cuenta nº 441470/0 "Superior Tribunal de Justicia-Capacitación". Efectúese la libranza correspondiente a través del sistema de administración de cuentas judiciales y comuníquese a la Secretaría de Economía y Finanzas del Poder Judicial.

4) Regístrese, notifíquese por Secretaría. Oportunamente, remítanse las actuaciones a su procedencia.

Dr José Roberto SAPPA
Victoria FRESCO

Dra. Elena

Vocal Sala

A
A

Presidente Sala

Superior Tribunal de Justicia
Tribunal de Justicia

Superior

Dra. Cecilia María BELÁUSTEGUI