

San Carlos de Bariloche, 3 de marzo de 2026.-

**VISTOS:** Los autos caratulados **MARTINEZ, ROBERTO DELFIN C/ FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. S/ INCUMPLIMIENTO DE CONTRATO ( LEY 24.240) BA-01639-C-2023**, para dictar sentencia.

**RESULTA:**

A. Que con fecha 28.08.23 Roberto Delfín Martínez promovió acción de consumo por incumplimiento contractual en el pago de un seguro por accidentes personales y daños y perjuicios contra Federación Patronal Seguros S.A. por las sumas que, al tiempo de instarse la presente acción, se estiman en \$ 6.187.273 y/o lo que en más o en menos resultare de la prueba, en concepto de sumas aseguradas y daños y perjuicios por incumplimiento contractual, con más desvalorización monetaria e intereses y costas de juicio.

Invocó el beneficio de gratuidad legislado por la Ley de Defensa del Consumidor.

Afirmó que celebró con la demandada contrato de seguros de accidentes personales, el cual se instrumentó en póliza N°6866819 o el número que corresponda, la cual se encontraba vigente y paga al tiempo de ocurrir el siniestro que en el presente se relata. Así es que de la póliza que se acompaña surge que la suma asegurada ascendía a la fecha de siniestro -y en cualquier caso a \$1.400.000 en concepto invalidez y \$1.400.000 en concepto de asistencia médica y farmacéutica.

Dijo que el día 3 de marzo de 2022, en horas del mediodía, el actor resbaló y cayó sobre pendiente de terreno, en ocasión de encontrarse realizando su actividad lucrativa habitual de construcción e instalación de cañerías cloacales y de alimentación de agua fría y agua caliente, en las condiciones de póliza.

Agregó que como consecuencia de esa caída, volcó bruscamente todo su cuerpo hacia atrás, quedando atrapado su miembro superior derecho con su propio torso; sufriendo lesión y limitación funcional incapacitante y manifiesta del hombro derecho, que requiriera inmediata atención médica.

Detalló minuciosamente los antecedentes médicos relacionados con el siniestro antes relatado, las conclusiones de la resonancia magnética a que se sometió y las conclusiones de los médicos que consultó frente al padecimiento. Afirmando que, con la documental acompañada se acredita que como consecuencia directa e inmediata del

accidente el actor adquirió una incapacidad parcial - permanente del 28,6% o la que en pericia se determine, que le impide trabajar desde que aconteciera el siniestro.

Apuntó que la secuela del siniestro descripto se encontraba cubierto en la póliza contratada, por lo que realizó la denuncia tempestivamente ante la accionada, el día 03.03.22 para que esta cumpliera tempestivamente con su deber de aseguramiento, pero guardó silencio, lo que implica que tácitamente aceptó su obligación asumida en la póliza.

Señaló que pasados los quince días subsiguientes a tal fecha, cuando la compañía aseguradora cubrió de modo absolutamente insuficiente las prestaciones médicas que necesitaba el actor, y no pagó ni ofreció hacerlo, ocasionando los perjuicios cuyo resarcimiento aquí demanda (art. 49, párrafo 1°, de la ley 17.418), con más los intereses desde la mora y hasta su efectivo pago.

Desarrolló las partidas indemnizatorias, citó jurisprudencia al respecto.

Planteó la inconstitucionalidad del art. 4 de la ley 25.561 en virtud de la prohibición de indexar créditos, por lesionar directa e inmediatamente el artículo 17 de la Constitución Nacional.

Acompañó prueba documental.

B) Mediante la presentación de fecha 08.02.2024, Federación Patronal Seguros S.A.U., contestó la demanda incoada.

En cumplimiento del imperativo legal, negó todos y cada uno de los hechos invocados en el escrito inicial, así como también la autenticidad de la documental agregada por el actor en cuanto no fuera expresamente reconocida.

Desplegó su versión de los hechos de acuerdo con la cual, Roberto Delfín Martínez contrató con Federación Patronal Seguros S.A. un seguro de accidentes personales, póliza nro. 6866819, por el plazo de 23.12.21 al 23.12.22; que la denuncia del siniestro se ingresó con fecha 03.03.22 y que como consecuencia de ello reconoció al actor todas las prestaciones médicas, recibiendo la atención por parte de la aseguradora conforme los términos de la póliza, realizándose estudios y tratamiento médico, posteriormente se le otorgó el alta médico con fecha 09.05.22.

Agregó que mediante carta documento, se le notificó a Martínez que ha sido aceptada la patología aguda (omalgia derecha post traumática) producida como consecuencia del accidente pero rechazó la patología inculpable detectada a partir de los estudios realizados por los médicos, esto es, ruptura completa de las fibras del tendón supraespinoso, que no era consecuencia del infortunio porque no resulta idóneo para

producir dicha patología, calificándose como preexistente, por lo que no corresponde indemnización.

Puntualizó que en caso de acogerse la demanda iniciada debe estarse a las condiciones específicas de cobertura de invalidez permanente, total y parcial, integrante de la póliza contratada, por lo que la suma asegurada total, es de \$1.400.000.

Cuestionó la aplicación del régimen del consumidor, puesto que entiende que Martínez no es un consumidor en los términos de la ley.

Acompañó prueba documental y ofreció la restante.

C) Con fecha 24.10.25 la Fiscal Jefe contestó la vista relativa al planteo de inconstitucionalidad del artículo 4 de la ley 25.561.

La funcionaria recordó que la declaración de la inconstitucionalidad de una ley es un acto de suma gravedad institucional y debe ser considerada como última ratio del orden jurídico (Fallos 200, 180 y 247, 387 CSJN) y citó jurisprudencia de la Corte Suprema en autos "Rodríguez Pereyra" (el 27/11/2012; R.401XLIII), a saber: "es conveniente recordar, al respecto, que la descalificación constitucional de un precepto normativo se encuentra supeditada a que en el pleito quede palmariamente demostrado que irroga a alguno de los contendientes un perjuicio concreto en la medida en que su aplicación entraña un desconocimiento o una restricción manifiestos de alguna garantía, derecho, título o prerrogativa fundados en la Constitución; es justamente la actividad probatoria de los contendientes así como sus planteos argumentales los que deben poner de manifiesto tal situación."

Dictaminó que no se verifican, en el caso de autos, las circunstancias que pudieran conducir a una declaración de inconstitucionalidad.

D) Mediante el decreto de fecha 12.05.25, se clausuró el periodo probatorio poniéndose los autos a disposición de las partes para alegar, de modo que, habiendo hecho uso de tal facultad ambas partes (cf. presentaciones de fecha 18.06.25 y 24.07.25) y encontrándose firme el llamamiento de "autos", quedaron estos en condiciones de dictar sentencia.

**Y CONSIDERANDO:**

1. En primer lugar, corresponde analizar si la cuestión traída a juzgamiento puede subsumirse en la ley de Defensa del Consumidor, en caso de encontrarse configurados en la especie los presupuestos previstos en los arts. 1 y 2 de dicho estatuto.

Tanto el Código Civil y Comercial de la Nación como la ley 24.240 determinan que lo dirimente para su aplicación es "el vínculo jurídico entre un proveedor y un

consumidor".

El consumidor se constituye como sujeto destinatario del sistema tuitivo y resulta indistinto que el uso o la utilización de bienes y servicios se efectúe a título personal o familiar, siempre que sea para uso privado.

En otras palabras, el aspecto diferencial requiere que los bienes o servicios que adquiriera o utilice sean "como destinatario final, en beneficio propio o de su grupo familiar o social" (art. 1 y 2 ley 24.240).

El concepto de consumidor concebido como destinatario final de los bienes y servicios es el más difundido, porque pone el foco en el destino que dará el sujeto a los bienes o servicios y exige, para habilitar la aplicación de la normativa especial, que dicho destino encuentre su fin en la persona que lo consume -incluyendo su grupo familiar y social- sin que los bienes y/o servicios sean utilizados para ser a su vez, comercializados o transferidos.

Ese también es el criterio recogido en el art. 1093 CCyC conforme al cual el "contrato de consumo es el celebrado entre un consumidor o usuario final con una persona humana o jurídica que actúe profesional u ocasionalmente o con una empresa productora de bienes o prestadora de servicios, pública o privada, que tenga por objeto la adquisición, uso o goce de los bienes o servicios por parte de los consumidores o usuarios, para su uso privado, familiar o social".

En el caso a resolver, no caben dudas que Martínez contrató la cobertura del seguro por accidentes personales para resguardar su integridad física y que el costo del mismo no fue trasladado al circuito económico, por lo que corresponde la aplicación de la ley 24.240 y del Título 3 del Código Civil y Comercial de la Nación.

2. A partir de los escrito propositivos, cabe señalar que no existe controversia respecto de la vinculación contractual entre las partes, referida al seguro por accidentes personales cuyo tomador y beneficiario era el Sr. Martínez (póliza 6866819); que el mismo sufrió un accidente mientras se encontraba desarrollando sus labores (03.03.22); que el seguro se encontraba vigente al momento del siniestro (desde 23.12.21 al 23.12.22) y que la denuncia se realizó en tiempo oportuno (03.03.22); e incluso media el reconocimiento expreso de la aseguradora demandada respecto de la atención correspondiente a las prestaciones médicas hasta el alta (cf. contestación de demanda).

Ahora bien, Martínez disiente con el alta otorgada unilateralmente por la demandada ya que entiende que no asumió la cobertura de la incapacidad parcial y permanente provocada por el accidente que motiva este proceso.

Por lo tanto, la cuestión que se presenta a dirimir se circunscribe a determinar si procede y en qué porcentaje la incapacidad parcial y permanente reclamada.

3. En efecto y con relación al seguro de autos, se ha sostenido en doctrina que “accidente” es un acontecimiento, normalmente proveniente de causa externa, súbita, instantánea y violenta que causa la muerte o un daño a la persona asegurada. (Cf. Rouillón, Adolfo A.N. y Alonso, Daniel F. “Código de Comercio. Comentado y Anotado”, T° II).

Por su parte, Fascal expresa que “hay seguro de accidentes personales cuando una aseguradora se obliga al pago de una prestación en caso de que el asegurado sufra un daño personalmente en su salud o fallezca a causa de un acontecimiento externo, súbito, violento e independiente de su voluntad. A diferencia del seguro de fallecimiento y del de supervivencia, no hay certeza de que alguna vez acaezca el hecho que genere la obligación de efectuar la prestación comprometida por parte del asegurador (Facal, Carlos José María, “Seguro de vida en la Argentina”, Ed. Lexis Nexis).

Agrega que “el seguro de accidentes personales puede proveer asistencia médica y farmacéutica del asegurado, renta diaria por internación o en función de los días en que se halle imposibilitado de retomar sus ocupaciones habituales, aunque permanezca en reposo forzado en su hogar, indemnización por incapacidad parcial y permanente e indemnización por fallecimiento....Estas prestaciones pueden estar limitadas a topes máximos por evento (accidente) o por el período de cobertura pactado (límite en el agregado de las prestaciones brindadas). Pero generalmente, y en razón del tipo de riesgo cubierto, no están sujetos ni a franquicias ni tampoco a plazos de carencia. Si el accidente no provoca el fallecimiento del asegurado, será necesario proceder a la evaluación médica de las secuelas permanentes de éste. La eventual incapacidad deberá justipreciarse siguiendo el baremo y a las pautas contenidas en la póliza, no de acuerdo a otras medidas o criterios. Debe siempre tenerse presente que el asegurador ha cotizado el riesgo en función de las normas contenidas en el contrato y cualquier interpretación extensiva del riesgo asumido o de la forma de mediar las consecuencias de un hecho del cual se derivará su responsabilidad implicarían romper el sinalagma contractual” (cf. obra citada).

Conforme las consideraciones teóricas expuestas, la cuestión queda sometida a las normas de la responsabilidad civil contractual, conforme el alcance de las obligaciones y derechos asumidos recíprocamente en el vínculo negocial originado con la firma de la póliza.

4. Ahora bien, de las constancias de autos surge que el actor se sometió a estudios y revisiones médicas a cargo del Dr. Alonso (ver documental "15 Dictamen perito de parte") quien concluyó que padece una incapacidad parcial y permanente del 28,6 %.

Mientras que la compañía aseguradora rechazó la cobertura mediante la carta documento por entender que se trata de una afección preexistente.

Sin embargo, la demandada nunca aportó en autos elementos científicos que permitieran analizar o, a todo evento, cuestionar esta decisión; no expuso cuál fue el razonamiento o estudios médicos que le permitieron excusarse de cumplir con sus obligaciones contractuales alegando que el siniestro no era idóneo para producir dicha patología, y mucho menos que la misma era preexistente. Cabe insistir, en que no consta que se haya sometido al asegurado a una revisión médica integral o declaración jurada al momento de la contratación que le permitieran conocer su estado de salud previo y verificar, de este modo, que la lesión revistiese la condición de preexistente.

A ello cabe agregar que de acuerdo a la doctrina imperante en materia de prueba en los procesos de consumo, de acuerdo a la cual, Federación Patronal debió aportar elementos probatorios que permitieran verificar la razón de su negativo.

Así lo ha resuelto el Superior Tribunal de Justicia en autos "Coliñir": "En las relaciones de consumo que caen bajo la órbita normativa de la Ley 24.240 (reformada por Ley 26.361), el art. 53 impone a los proveedores la carga de aportar al proceso todos los elementos de prueba que obren en su poder en orden a las características del bien o servicio y les agrega el deber de prestar la colaboración necesaria para el esclarecimiento de la cuestión debatida en juicio. De allí que en todo procedimiento en donde esté en juego una relación de consumo, rige en toda su dimensión el principio de la "carga dinámica" en materia probatoria. (...)

La empresa demandada, atento a su profesionalidad, es quien estaba en mejores condiciones para acreditar dichos extremos. Como señala la Suprema Corte de la Pcia. de Buenos Aires, la preeminencia del régimen tuitivo es manifiesto: de allí que ante cualquier colisión entre una norma o criterio de derecho común y otra que proteja a los consumidores, prevalecerá esta última, se trate de aspectos sustanciales o procesales, entre estos últimos lo relativo a la distribución de las cargas probatorias y las presunciones emergentes de la ley especial (arts. 3 y 65, Ley 24.240). (Voto de la Dra. Piccinini por la mayoría)."

Por último, la perito médica designada en autos informó que el accionante sufrió el accidente traumático de caída y golpe con todo el peso de su cuerpo sobre el hombro

contra el piso, el cual es apto para provocar la lesión de síndrome de “manguito rotador” (grupo muscular y de tendones entre los que se encuentra el músculo supraespinoso y que ayudan a estabilizar, sujetar y mover la articulación del hombro); que la resonancia magnética de la fecha del accidente evidenció la rotura completa del tendón del supraespinoso y del infraespinoso, mientras que la última resonancia (05.12.24) muestra una marcada disminución de movilidad y funcionalidad en su hombro y brazo derecho hábil.

La Dra. Mayo calculó la incapacidad parcial y permanente en un 22%; y sostuvo que el accidente relatado es plausible de generar las lesiones y secuelas del manguito rotador del miembro superior derecho.

Es necesario resaltar que dicho dictamen pericial no fue materia de impugnación por las partes, con lo cual sobre la base de los elementos científicos volcados en el mismo y en lo que interesa al objeto de este proceso, debe estarse a las conclusiones de la médica designada al efecto y determinar que la lesión del tendón supraespinoso, es resultado del siniestro denunciado ante la aseguradora.

En conclusión corresponde hacer lugar a la demanda y condenar a Federación Patronal al cumplimiento del contrato celebrado.

5. A partir del acogimiento favorable a la pretensión del actor, corresponde analizar la procedencia y cuantía de los rubros reclamados.

a) Suma Asegurada actualizada por invalidez

Bajo este acápite Martínez reclama el pago de la suma asegurada por la incapacidad conforme la póliza contratada, esto es \$1.400.000 con más actualización al tiempo más cercano al pago por desvalorización monetaria e intereses.

Resuelto el incumplimiento contractual de la demandada, la procedencia de este rubro indemnizatorio deviene incuestionable, conforme las condiciones específicas de la póliza 6866819, específicamente cobertura de invalidez permanente – total y parcial- en un 22%.

En lo que respecta al importe de este rubro indemnizatorio, el mismo deberá ser liquidado conforme los mecanismos de la póliza contratada hasta el límite de la cobertura, puesto que las cláusulas contractuales no fueron cuestionadas por ninguna de las partes.

Ahora bien, en cuanto al pedido de actualización de la suma asegurada, conviene recordar la doctrina del Superior Tribunal de Justicia en autos “Levián” e “Ilu”, ya que además de revestir el carácter de doctrina obligatoria (cf. art. 42, última parte, Ley

5731), se verifican en el caso bajo examen, aspectos fácticos análogos, a lo allí resuelto.

El voto rector del Dr. Apcarián, remarcó que "...corresponde determinar si el límite de responsabilidad de la aseguradora, establecido en el contrato de seguros según el valor nominal vigente al momento de la emisión de la póliza, constituye una cláusula razonable o si, a la luz del proceso inflacionario ampliamente conocido y de la conducta asumida por la aseguradora, dicho límite ha devenido abusivo en los términos de los arts. 1118, 1119, 1743 y concordantes del Código Civil y Comercial de la Nación, frustrando la finalidad del contrato. (...)

Así como el dictamen del Procurador General de la Nación en la causa "Trejo, Elena Rosa y otros c/Amud, Héctor Leandro y otros s/daños y perjuicios" (CSJ 2285/2019/RH), citado por este Superior Tribunal de Justicia en el caso "Levián", corresponde considerar que el art. 1 de la Resolución SSN 21.999/1992, que fijó el límite de cobertura por muerte o incapacidad total y permanente en \$ 30.000 y la Resolución SSN 22.058/1993, en cuanto reproduce dicho tope, son inconstitucionales. Con el paso del tiempo, dichas disposiciones se han convertido en una reglamentación irrazonable de la obligación legal de contratar un seguro que cubra los daños causados por automóviles.

En este sentido, mantener el límite de cobertura por daño total en el valor nominal de \$ 60.400, fijado al momento de la concertación del contrato de seguro (09-11-12), resulta abusivo y contrario a la buena fe en la ejecución del contrato. Tal circunstancia evidencia un ejercicio anti funcional de los derechos subjetivos de la aseguradora, generando un desequilibrio injustificado en los derechos y obligaciones de las partes contratantes.

Si bien las cláusulas de delimitación del riesgo asumido por las aseguradoras no pueden considerarse de manera automática abusivas, su aplicación en determinadas circunstancias sobrevinientes puede derivar en un desequilibrio contractual, reduciendo sustancialmente las cargas de una parte en perjuicio de la otra (cf. arts. 42 de la Constitución Nacional; 3, 37 y concordantes de la Ley 24.240 y Decreto 1.798/94; cf. SCBA, Ac. 119.088 del 21-02-18). (...).

No obsta a lo expuesto, la circunstancia de que la suma asegurada tuviera una proporción adecuada con el valor real del vehículo al momento del siniestro, pues resulta notorio que, ante la situación macroeconómica del país desde la fecha de contratación de la póliza, sumado a la mora de la aseguradora en el cumplimiento del contrato, ese monto nominal perdió su significación económica.

En este contexto, la aplicación literal de la cláusula de delimitación cuantitativa del riesgo contenida en la póliza se torna abusiva y frustra la finalidad económica del seguro, contrariando el principio de indemnidad del patrimonio del asegurado.

En tal inteligencia, permitir a la aseguradora limitar su responsabilidad a la suma asegurada, cuando ha incurrido en una mora prolongada -en este caso, casi 12 años- implica una vulneración de los principios fundamentales del derecho contractual y del contrato de seguro, además de los que rigen el enriquecimiento sin causa y la mora.

(...) En este escenario, la aplicación rígida del límite nominal de la suma asegurada configura un ejercicio abusivo de la cláusula contractual, conforme a lo previsto en los arts. 1118 y 1119 del Código Civil y Comercial de la Nación y en el art. 37, inc. a) de la Ley 24.240, que prevén la invalidez de aquellas cláusulas que desnaturalicen las obligaciones o limiten la responsabilidad por daños.

Además, mientras las obligaciones de la aseguradora se reducen con el paso del tiempo, no puede soslayarse el aumento sostenido de las primas percibidas en ese mismo período. De este modo, la ecuación del contrato de seguro, es decir, la relación entre el premio y la suma asegurada ha sufrido una alteración sustancial en perjuicio del asegurado.

Por otro lado, cabe tener en cuenta que el fin del contrato de seguro es la traslación del riesgo a un tercero, de modo que sus eventuales consecuencias graviten sobre este último (Halperín, Isaac, "Seguros. Exposición crítica de las leyes 17418, 20091 y 22400", Ediciones Depalma, Buenos Aires, 3º Edición, p. 5; Stiglitz, Rubén S., "Derecho de Seguros", 5ta ed., Ed. La Ley, T. I, p. 1). Por ello, la obligación principal de la aseguradora consiste en asumir el riesgo, que, ante la ocurrencia de aquél, se traduce en una obligación de indemnizar el daño asegurado (ob. cit., p. 554 y 635).

En consonancia con esos principios, la finalidad del contrato en debate fue trasladar a la aseguradora el riesgo de destrucción total del vehículo de la actora. Así, una vez materializado ese riesgo, su deber es indemnizar esa pérdida a fin de permitir que el asegurado pueda reponer el vehículo.

Aun más, dado que los seguros por daños patrimoniales tienen naturaleza resarcitoria, pues implican la obligación del asegurador de compensar el daño económico derivado del siniestro (art. 61 Ley 17.418). Por consiguiente, los principios que rigen la reparación de daños no solo resultan determinantes para la ejecución de la prestación, sino que también orientan su alcance y modalidad, garantizando que la indemnización cumpla su función de restituir al asegurado en la medida de lo posible.

Sin embargo, en el caso en examen surge palmario que el límite de la cobertura establecido en el contrato del seguro voluntario que vinculara a las partes ha devenido totalmente irrazonable.” (“ILU CARLOS JULIO Y OTRA C/ BERNARDINO RIVADAVIA SEGUROS COOP LTDA. S/ ORDINARIO – CASACIÓN” STJRNSe. 1, S.D. 16/2025).

Por todo lo cual, es evidente que de aplicar el tope máximo contratado originariamente (\$1.400.000) se afectaría la reparación integral.

En consecuencia, corresponde declarar la inconstitucionalidad del límite nominal de cobertura inserto en las condiciones particulares de la Póliza N° 6866819, vigente en la época de la emisión del documento y disponer que el límite de la cobertura del seguro aplicable al caso será la suma que la aseguradora utiliza en la actualidad para asegurar accidentes personales semejantes al contratado por Martínez, con más los intereses a la tasa del 8% anual desde el hecho (03.03.22) hasta la fecha en que se fije el nuevo valor y de allí hasta su efectivo pago, los intereses moratorios que deberán calcularse conforme la doctrina legal fijada en "Machín".

b) Gastos de traslado, asistencia médica y farmacéutica:

Desde antiguo se ha entendido que los gastos en los que incurre quien sufre un ilícito no necesitan de una acabada prueba documental y, además, se presume que quien ha sufrido lesiones que requirieron tratamiento médico realiza gastos extraordinarios en concepto de medicamentos y traslados.

Respecto a los gastos médicos, estudios por imágenes y rehabilitación entiendo que constituyen una consecuencia forzosa del accidente, de modo tal que el criterio de valoración debe ser flexible.

Lo fundamental es que la índole e importancia de los gastos invocados guarden vinculación con la clase de lesiones producidas por el hecho, es decir, que exista la debida relación causal. En esta valoración debe primar la evaluación de las circunstancias del caso, como ser el lugar donde fue atendida la víctima, importancia y extensión de las lesiones sufridas, ausencia total de comprobantes, que determinarán el obrar prudente del magistrado en la ponderación del monto a fijarse, haciendo justo y equitativo uso de lo dispuesto por el art. 165 de la ley ritual (Sala “H”, “Hornos González, Alejandro Leonel c/ Paz, José Raúl s/ Daños y Perjuicios”, 29/12/2011; Sala G, “Harire de Scafa, Idelba Ofelia c. Arcos Dorados S. A. s/daños y perjuicios”, 09/04/2013; Sala E, “Navarro, Epifania y otros c. General Tomás Guido S.A.C.I.F.I. s/ daños y perjuicios”, 08/02/2013, entre otros).

En lo relativo a este ítem, es oportuno aclarar que, sin perjuicio de lo anteriormente señalado, se acreditaron las erogaciones realizadas en kinesiología durante el período posterior al acontecimiento que dio lugar a este reclamo y que las mismas resultan acordes con las lesiones provocadas.

En consecuencia corresponde reconocer esta partida indemnizatoria, por la suma de \$ 120.000, con más los intereses establecidos en los precedentes del Superior Tribunal de justicia desde el hecho (03.03.22) y hasta el efectivo pago.

c) Suma actualizada por tratamientos futuros:

Martínez reclama que se condene a pagar los gastos futuros de rehabilitación que la lesión requiera, conforme las indicaciones médicas para su diagnóstico.

La Dra. Mayo en su dictamen pericial señaló que, tal como lo informaron los médicos tratantes, el actor deberá ser evaluado muy detalladamente por un médico traumatólogo especialista en hombro y deberá definir si la intervención quirúrgica es una buena opción para su padecimiento o si debe continuar con tratamientos de fisioterapia y kinesiología y fármacos.

A raíz del informe de Mayo y las órdenes médicas de los profesionales que intervinieron con anterioridad, presumiblemente, el actor deba someterse a una intervención quirúrgica y luego, rehabilitación, lo que determina la suerte favorable para el reconocimiento de esta partida indemnizatoria, por la suma de \$ 2.000.000, con más los intereses establecidos en los precedentes del Superior Tribunal de justicia ("Machín") desde el hecho (03.03.22) y hasta el efectivo pago.

d) Daño psicológico:

El daño psíquico supone una perturbación patológica de la personalidad de la víctima que altera su equilibrio básico o agrava algún desequilibrio precedente y comprende tanto las enfermedades mentales como los desequilibrios pasajeros" (conf. CNCiv., sala K, 19.10.07, Mello María M. c/ Transporte del Oeste S.A., en Revista de Derecho de Daños, t. 2009-3, pág. 363, ed. Rubinzal Culzoni, año 2009).

La licenciada Corbalán, designada en autos, dictaminó que a pesar que el hecho de autos pudo haber generado episodios de ansiedad, malestar e incomodidad, durante la evaluación psicológica no se detectaron ideas perturbadoras; no identificándose signos compatibles con un trastorno psicopatológico, razón por la cual no consideró necesario realizar algún tratamiento psicológico.

Dicho informe pericial no fue cuestionado por ninguna de las partes, con lo cual, a partir de los elementos científicos aportados por la psicóloga, corresponde rechazar

este ítem resarcitorio.

e) Daño Moral:

El daño moral ha sido definido como "una modificación disvaliosa del espíritu en el desenvolvimiento de su capacidad de entender, querer o sentir, que se traduce en un modo de estar la persona diferente al que se hallaba antes del hecho, como consecuencia de éste y anímicamente perjudicial. Se trata de todo menoscabo a los atributos de la personalidad jurídica, con independencia de su repercusión económica"... y "se configura cuando media lesión a aquellos bienes no patrimoniales que tienen valor primordial en la vida del ser humano (libertad, honor, dignidad, prestigio, afectos íntimos, etc.) ...." (conf. Revista de Derecho de Daños, t. 6, págs. 271/272, ed. Rubinzal Culzoni, año 1999).

Si bien, la procedencia de esta partida indemnizatoria debe ser analizada en forma restrictiva cuando se deriva de un incumplimiento contractual, no es menos cierto que este caso se vincula con prestaciones médicas, poniendo en jaque y la integridad física del asegurado. Con lo cual, no caben dudas sobre su reconocimiento, a poco que se advierta que el derrotero administrativo y las múltiples consultas médicas que tuvo que afrontar el actor, es de por sí traumático, que le debió provocar sensaciones negativas, tales como enojo, angustia e impotencia, lo cual exime de prueba este reclamo, a tenor de la segunda parte del artículo 1744 CCyC.

Como dichos bienes resultan de alta trascendencia para todo ser humano, su quebrantamiento exige, a su causante, una reparación. Y, como ocurre en estos casos, la única vía posible es mediante una compensación económica.

Ahora bien, tratándose de bienes que carecen de valor económico, la determinación del importe de este rubro indemnizatorio debe fijarse según el prudente arbitrio judicial teniendo en cuenta todas las repercusiones que el suceso que produjo el daño.

En función de ello y de acuerdo la edad de la víctima, las circunstancias por las que tuvo que atravesar, resulta prudente establecerlo en la suma de \$ 3.000.000, monto que presumiblemente le permitiría contratar un paquete turístico y compensar el padecimiento infringido por la aseguradora.

A ello cabe sumar los intereses devengados a la tasa pura de interés del 8% desde el hecho hasta esta sentencia y a partir de allí y hasta el efectivo pago a la tasa legal "Machin" y/o aquellas que sucesivamente correspondiesen.

f) Daño punitivo:

Según dispone el art. 52 bis de la ley 24.240 "al proveedor que no cumpla sus obligaciones legales o contractuales con el consumidor, a instancia del damnificado, el juez podrá aplicar una multa civil a favor del damnificado, la que se graduará en función de la gravedad del hecho y demás circunstancias del caso, independientemente de otras indemnizaciones que correspondan. La multa civil que se imponga no podrá superar el máximo de la sanción de multa prevista en el artículo 47, inciso b) de esta ley."

Como se puede apreciar de su simple lectura, la norma no condiciona la aplicación de la multa a la configuración de graves incumplimientos, bastando solamente que alguno de ellos haya tenido lugar. A todo evento, la gravedad del incumplimiento determinará la cuantía de la sanción.

En lo atinente a su cuantía el Superior Tribunal de Justicia rionegrino en autos "Majnach" resolvió que "No puede ni debe perderse de vista la finalidad sancionatoria/preventiva del rubro en cuestión, que conlleva la necesidad de evitar que el daño punitivo se convierta en una fuente de enriquecimiento patrimonial de su titular, sin perjuicio de lo cual, será menester también valorar que la asignación posea la suficiente entidad, frente al productor del daño, para provocar el cumplimiento del indicado fin" (STJRN Se. 1 SD 4 12.02.2025).

Sin perjuicio de todo lo cual, tratándose de un rubro indemnizatorio que admite discrecionalidad, tomaré como parámetro para su cuantificación la unidad de medida conocida en el ámbito judicial, a propuesta del accionante, esto es, el JUS.

En consecuencia, entiendo que la multa procede por la suma de \$ 3.621.408, equivalente a 48 JUS (\$ 75.446, según Resol. STJ 99/26 y PG 24/26, Febrero 2026), lo que en mi parecer es un monto que no favorece el enriquecimiento indebido del actor y resulta significativo para el demandado. Aclarando que, por su naturaleza jurídica, el daño punitivo no devenga intereses anteriores a su determinación, en tanto nace en forma concomitante con la sentencia.

5. Diferir la regulación de honorarios hasta que se determine la base.

6. Imponer las costas a la demandada vencida, puesto que no se vislumbra en el caso razones que justifiquen apartarse de la principio de la derrota ( art. 62 CPCC).

7. El accionante planeó la inconstitucionalidad del ar. 4 de la ley 25.561 por entender que lesiona directa e inmediatamente el art. 17 de la Constitución Nacional en cuanto prohíbe la indexación de los créditos. Por ello peticona que los montos dinerarios de condena se actualicen con un mecanismo de ajuste equitativa e idóneo

hasta la fecha del efectivo e íntegro pago.

Como es sabido, la declaración de inconstitucionalidad de cualquier norma es la última ratio del orden jurídico y que ella no constituye un fin en sí misma, sino el medio para conjurar una eventual lesión de garantías constitucionales -en el caso, el derecho de propiedad- no es necesario en el sub examine recurrir a ese remedio extremo.

La declaración de inconstitucionalidad de una norma es una de las más delicadas funciones que puede encomendarse a un tribunal de justicia; es un acto de suma gravedad, al que sólo debe recurrirse cuando una estricta necesidad lo requiera, en situaciones en las que la repugnancia con la cláusula constitucional sea manifiesta e indubitable y la incompatibilidad inconciliable.

Ello me lleva a la conclusión de que en este caso concreto no se advierte la afectación al derecho de propiedad, pues se han tomado como parámetro para el daño punitivo una unidad de medida actualizada casi mensualmente, a lo que se suma la actualización del límite de la cobertura y, la aplicación de intereses moratorios hasta el efectivo.

En conclusión, no se presentan aquí circunstancias tan particulares que ameriten la tacha de inconstitucionalidad.

En atención a todo lo cual,

**FALLO:** I) Hacer lugar a la demanda y condenar a Federación Patronal a cumplir con la póliza contratada bajo el número 6866819 en lo relativo a la incapacidad parcial y permanente y a abonar la suma de \$ 8.741.408 en concepto de capital con más los intereses establecidos en el considerando 5. II) Declarar la inconstitucionalidad del límite nominal de cobertura inserto en las condiciones particulares de la Póliza nro. 6866819 y disponer que el límite de la cobertura del seguro aplicable al caso será la suma que la aseguradora utiliza en la actualidad para asegurar accidentes personales semejantes al contratado por Martínez, con más los intereses a la tasa del 8% anual desde el hecho (03.03.22) hasta la fecha en que se fije el nuevo valor y de allí hasta su efectivo pago, los intereses moratorios que deberán calcularse conforme la doctrina legal fijada en "Machín". III) Rechazar el planteo de inconstitucionalidad. IV) Diferir la regulación de honorarios hasta tanto se determine la base. V) Imponer las costas a la demandada vencida (art. 62 CPCC). VI) Notifíquese de conformidad a lo dispuesto por los arts. 120 y 138 CPCC.

Santiago V. Moran  
Juez