

En General Roca, Provincia de Río Negro, a los 9 días del mes de marzo de 2026, reunida en Acuerdo la judicatura integrante de la SALA I de la CÁMARA DE APELACIONES EN LO CIVIL, COMERCIAL, FAMILIA, DE MINERÍA Y CONTENCIOSO ADMINISTRATIVA de la Segunda Circunscripción Judicial, después de haberse impuesto individualmente de esta causa caratulada "**GONZALEZ ANGEL DAVID C/ EL PROGRESO SEGUROS S.A Y RIVERO HAYDEE PAULA S/ ORDINARIO - DAÑOS Y PERJUICIOS**", (RO-00420-C-2022) y discutir la temática del fallo por dictar, con la presencia de la Sra. Secretaria, emiten sus votos en el orden establecido en el sorteo practicado, los que se transcriben a continuación.

LA SRA. JUEZA ANDREA TORMENA DIJO:

I.- Según nota de elevación, corresponde resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte actora en fecha 8/10/25 contra la sentencia dictada el día 1/10/2025 concedido el 9/10/2025, y el recurso de apelación contra la misma sentencia y arancelario interpuesto por la citada en garantía EL PROGRESO SEGUROS SOCIEDAD ANONIMA en fecha 9/10/25 concedido en 14/10/25.

II.- Antecedentes del caso.

La [sentencia](#) de primera instancia, en lo que aquí interesa, dispuso "I.- Hacer lugar a la demanda interpuesta por el Sr. Angel David González, y en su mérito condenar a la Sra. Haydee Paula Rivero y a El Progreso Seguros S.A., esta última en la medida del seguro, a abonar al actor la suma de \$ 3.730.000.-, más sus intereses determinados en los considerandos, en el plazo de diez (10) días corridos de notificados de la presente, bajo apercibimiento de ejecución. II.- Rechazar la defensa de falta de legitimación pasiva opuesta por El Progreso Seguros S.A. III.- Imponer las costas a la parte demandada y citada en garantía en su calidad de vencidas (art. 62 del CCyC), con excepción de las correspondientes a la defensa de falta de legitimación y a los honorarios regulados a la asistencia letrada de la demandada, que se imponen a la citada en garantía" y reguló los respectivos honorarios.

III.- Los agravios.

III. 1) Contra la resolución de primera instancia se alza la parte actora exponiendo sus [agravios](#).

a) Centra su primer queja en el "rechazo arbitrario de toda indemnización por las secuelas físicas permanentes padecidas por el Sr. González, fundado en una adhesión dogmática y acrítica a la conclusión de '0% de incapacidad' de la perito médica, ignorando las propias constataciones fácticas de dicha experticia que probaban lo contrario".

Afirma que el juez no ha valorado la prueba pericial sino que ha delegado su función en la experta. Expresamente refiere que "La perito equipara 'sin secuelas' con sin secuelas visibles radiográficamente o que limiten la movilidad articular. Pero la fractura, aunque haya consolidado su hueso, ha dejado un daño evidente en los tejidos blandos, nervios o una algia postraumática que se manifiesta como dolor crónico. El Juez no puede aceptar una conclusión (0% secuelas) que se demuestra falsa por las propias comprobaciones fácticas (hay dolor) descritas en el mismo dictamen (...) El a quo debió apartarse de la conclusión pericial (el 0%) y, en su lugar, valorar el hecho pericial (el dolor crónico) y aplicar la correcta doctrina jurídica".

Peticiona se fije un monto que se estime justo y equitativo en atención a la entidad de la secuela (dolor crónico en la muñeca izquierda para un obrero de la construcción), con base en las facultades de la Alzada y el principio de reparación integral.

b) En su segundo agravio expone que se ha fijado "una suma exigua e irrisoria en concepto de Daño Moral, la cual no solo desatiende la magnitud de los padecimientos temporales sufridos (fractura de muñeca, yeso, convalecencia), sino que, como consecuencia del primer error, omite valorar el padecimiento permanente (el dolor crónico) que la víctima sufre y sufrirá a perpetuidad, siendo a la postre un empleado de la construcción".

Crítica el método de cuantificación de "satisfacciones sustitutivas" y, en subsidio, sostiene que el dolor que padece debe ser el componente central e ineludible del daño moral.

Peticiona se "eleve sustancialmente la suma por Daño Moral, ponderando (1) la crítica al método reductivo de las satisfacciones sustitutivas, (2) la jurisprudencia comparada, y (3) fundamentalmente, el carácter permanente del padecimiento (el dolor crónico)".

III. 2) Se alza también la citada en garantía expresando sus **agravios**.

a) Centra su primer queja en la errónea aplicación del derecho, en la procedencia de la suspensión automática de la cobertura y falta de legitimación pasiva.

Afirma que en autos se encuentran fuera de discusión la existencia de mora automática en que incurre un asegurado que no paga la prima en propio tiempo. Que en autos se probó el vencimiento de la prima el 23 de febrero de 2022, la inexistencia de fondos según la pericia contable que acreditó que al día del vencimiento la cuenta de la asegurada Sra. Rivero no poseía fondos suficientes para cubrir la cuota -lo que dice fue reconocido por la propia codemandada- y que el siniestro ocurrió el 15 de marzo de 2022, es decir, en pleno período de suspensión automática de la cobertura, la cual no fue rehabilitada hasta el pago tardío del 04 de abril de 2022.

Expresa que "El fallo atacado yerra al exigir que la aseguradora persiga el cobro más allá del vencimiento para mantener la cobertura. Esto premia la negligencia de la asegurada, quien ni siquiera avisó de su incumplimiento, tal como ella misma reconoció. La alusión a un procedimiento interno destinado a la baja definitiva no tiene la virtualidad de revivir una cobertura ya legal y contractualmente suspendida de manera automática a consecuencia de la mora de la asegurada en el pago de la prima".

b) En su segundo agravio postula la confusión entre suspensión de cobertura vs. Baja/Rescisión del Contrato.

Sostiene que "La lógica del magistrado de grado es falaz: pretende que el sistema de débito automático funcione en 'tiempo real' o con una insistencia diaria que no fue pactada ni es técnicamente exigible. Si el débito se envió para el vencimiento (23/02) y fue rechazado por falta de fondos (hecho acreditado por el perito y no controvertido), la 'mora automática' operó instantáneamente conforme a las Condiciones de Cobranza establecidas en la póliza. El hecho de que la asegurada tuviera fondos el día 25/02 es irrelevante para la aseguradora si el ciclo de reintento de débito (quincenal, según el perito) aún no se había ejecutado nuevamente. No existe 'negligencia empresaria' en respetar los ciclos bancarios informados. La negligencia fue exclusiva de la asegurada al no tener fondos el día del vencimiento pactado, circunstancia que activa la suspensión automática prevista en el art. 31 de la Ley 17.418. Es a partir de éste punto que el a quo incurre en un error conceptual grave al confundir el momento de la suspensión de cobertura con el procedimiento de resolución (Baja) o Cancelación definitiva de la

póliza".

En este sentido, enfatiza que "Los intentos adicionales y el aviso al productor son mecanismos para efectuar -o no- el endoso de cancelación y/o baja de la cobertura. Lo que la pericia contable describe respecto de los dos intentos de cobro adicionales (para totalizar tres) y el llamado al Productor Asesor de Seguros (PAS), son mecanismos administrativos internos de la aseguradora para decidir si continúa el contrato (rehabilitación con efecto futuro) o lo rescinde definitivamente (baja), independientemente de que la cobertura ya se encuentre suspendida de manera automática por falta de pago oportuno en la fecha pactada. La obligación principal de pago es del asegurado. La aseguradora no tiene el deber de reintentar el débito indefinidamente ni de 'perseguir' los fondos. Su obligación de garantía cesa con la suspensión automática de la cobertura por falta de pago de la prima".

Cita, en apoyatura, el fallo de este Cuerpo en "RUPPEN GUSTAVO FABIAN Y OTRA C/ HEREDIA JORGE FABIAN Y OTRA S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (ORDINARIO)" (Expte. n RO -16873-C0000).

c) En subsidio, plantea su tercer agravio que se centra en la excesiva e injustificada cuantificación del daño moral.

Señala que "el actor no presenta incapacidad permanente alguna. La prueba pericial es determinante en el sentido de que la parte actora NO presenta incapacidad física permanente ni daño psíquico. Existe cierta irrazonabilidad del quantum concedido, toda vez que otorgar \$3.500.000.- por una lesión temporal y curada, equiparando el padecimiento transitorio al valor de bienes suntuarios (viajes, tecnología), desvirtúa la finalidad resarcitoria del daño moral y establece una suma que es notoriamente superior a los precedentes de este fuero y jurisdicción para lesiones de similar entidad.

Solicita se revoque la sentencia, reduciendo drásticamente el monto concedido en concepto de daño moral, toda vez que su fijación lo ha sido sin la debida fundamentación ni motivación suficiente, en violación a los artículos 32 inc.3), 146 inc.6) del CPCC y artículo 3 del CCyC.

d) Finalmente, en su cuarto agravio se queja por la imposición de costas y solicita que, a tenor de lo expresado en los otros agravios, se aplique la regla del artículo 65 del

CPCC.

IV.- Contestación de agravios.

IV. 1) A su turno, la parte actora **contesta** el traslado de ley solicitando el rechazo de la apelación interpuesto por la citada.

Esgrime que la aplicación de la suspensión debe ponderar la diligencia del acreedor en un sistema de cobro previamente determinado por él que surge de la propia pericia presentada en autos. Sostiene que "En una relación de consumo, la modalidad de pago pactada es un elemento intrínseco del cumplimiento. Al optar por un sistema de cobro a cargo de la aseguradora, esta asume una obligación de diligencia en la ejecución de ese cobro. Los intentos adicionales de débito no son una mera cortesía administrativa para la baja; son el mecanismo contractual establecido para rehabilitar la cobertura mediante la percepción del premio adeudado".

En relación al daño moral reconocido, alega que la sentencia se ajustó a los lineamientos de la reparación integral (Art. 1740 CCyC) al ponderar los sufrimientos del actor. Y que la imposición de costas fue debidamente dispuesta por el juez de grado en atención a lo dispuesto en el art. 62 CPCC.

IV. 2) Por su parte, la demandada **contesta** el traslado del recurso de apelación interpuesto por la actora.

Destaca que "Si bien es cierto que el dictamen pericial no es vinculante para el magistrado, nada le impide atenerse al mismo para merituar la indemnización que corresponda, o rechazarla en caso de no corresponder, máxime cuando se trata de ciencia médica que requiere del estudio, análisis y ponderación de graduados especializados cuyos conocimientos no pueden ser reemplazados por opiniones o criterios de los magistrados que no dominan dicha materia". Cita el fallo "Linares" del STJ.

En relación al agravio vinculado con el daño moral expone que "Al momento de cuantificar el rubro, el juez se enrola en la tendencia moderna de la doctrina del art. 1741 del CCyC al decir que se cuantifica la satisfacción, el bienestar que puede generar la indemnización. Hace mención al Fallo de la Corte Suprema 'Baeza, Silvia Ofelia' (Fallos: 334:376) y recientemente por la alzada local 'Cabaña' (CAGR, Se. 119/2025). En esa línea, el a-quo enumera y cuantifica alternativas que resultan razonables para

fijar la indemnización en el monto que lo hizo para satisfacer las afecciones personales reseñadas, estimando por nuestra parte que constituye una justa compensación por el rubro reclamado, por lo que solicitamos a V.S desestime el segundo agravio del recurrente".

IV. 3) También la demandada **contesta** el traslado de los agravios expuestos por la citada.

Precisa que la modalidad de cobro automático por débito en cuenta bancaria que resulta muy beneficiosa para la compañía incluso en el ahorro de costos y tiempo, le exige como contraprestación realizar tres intentos de débito y si pese a ello el pago no se realizó informar de tal circunstancia al asegurado por intermedio del productor, situación que nunca se produjo en el caso de autos.

Entiende que lo que el juez ha explicitado en la sentencia es "que si la citada en garantía hubiera cumplido con el mecanismo al que se obligó (intentar tres débitos y remitir información cada quince días al banco para que realice tal operación) la prima se habría debitado con anterioridad al siniestro y con ello, la demandada tendría la cobertura contratada. Es que el banco no realizó sucesivos intentos y tampoco notificó a la suscripta. La información y notificación ocurrió después del accidente".

IV. 4) Finalmente, la citada **citada** contesta el traslado de la expresión de agravios de la actora.

Indica que ha existido una correcta valoración de la prueba pericial médica producida que es la única fuente técnica idónea para determinar la existencia o inexistencia de secuelas incapacitantes. Que el dolor crónico y minusvalía funcional alegado por la actora no fue respaldado por la prueba técnica. Que la sentencia no "omitió" valorarlo, sino que resolvió que la prueba científica no lo acreditó.

Sostiene que lejos de ser exiguo, un monto de \$ 3.500.000 por una lesión que consolidó sin secuelas es un monto que sobrepasa los límites superiores de la jurisprudencia para este tipo de lesiones. Y que aumentarlo implicaría violar el principio de reparación integral (Art. 1740 CCyC) transformando la indemnización en una fuente de lucro y un injusto enriquecimiento sin causa para el damnificado, lo cual es inadmisibles en nuestro ordenamiento.

V.- Análisis y solución del caso.

Para principiar el análisis, cabe señalar que la judicatura no está obligada a seguir a las partes en todas sus argumentaciones, sino tan sólo a pronunciarse acerca de aquéllas que se estimen conducentes para sustentar las conclusiones (CS, doctrina de fallos 272:225; 274:113; 276:132; 280:320).

V. 1) Iniciaré con el tratamiento del primer agravio del recurso de la parte actora en cuanto se queja por el rechazo de toda indemnización por las secuelas físicas permanentes.

El magistrado ha decidido de este modo argumentando que "tanto la pericia médica como la psicológica señalan que el actor no presenta secuelas invalidantes de carácter permanente, motivo por el cual he de rechazar el rubro", citando el fallo "Linares" del STJ.

De la pericia médica practicada en autos, que fuera ratificada por la experta, surge que el actor "NO presenta al momento del examen pericial incapacidad, en relación a las secuelas físicas de la fractura radio izquierdo, por haber presentado restitución ósea completa y sin secuelas", y la pericia psicológica que "al momento de la Evaluación el peritado no presenta trastorno de la personalidad con adecuados recursos subjetivos y defensivos para la tramitación de la situación traumática". Frente a tal contundencia en cuanto a la afirmación de la no existencia de secuelas ni físicas ni psíquicas, mal puede pretenderse el reconocimiento de su reparación.

Y si bien la pericia médica habla de dolor, especifica que el actor "Solo refiere dolor ocasional de la muñeca a la palpación y al realizar esfuerzos (cargar peso)" lo que no resulta suficiente para revertir la contundencia de las conclusiones anteriores.

Se ha dicho que "Aún cuando el dictamen pericial carece de valor vinculante para el órgano judicial, el apartamiento de las conclusiones establecidas en aquél debe encontrar apoyo en razones serias, es decir, en fundamentos objetivamente demostrativos de que la opinión de los expertos se encuentra reñida con principios lógicos o máximas de experiencia, o de que existen en el proceso elementos probatorios provistos de mayor eficacia para provocar la convicción acerca de la verdad de los hechos controvertidos. Sin embargo, cuando el peritaje aparece fundado en principios técnicos inobjectables y no existe otra prueba que lo desvirtúe, la sana crítica aconseja, frente a la imposibilidad de oponer argumentos científicos de mayor valor, aceptar las conclusiones de aquél (conf. Palacio, Lino E., Derecho Procesal Civil, t. IV, pág. 720 y

jurisprudencia allí citada; Morello-Sosa-Berizonce, Código Procesal Civil y Comercial, comentado y anotado, pág. 455 y sus citas; Falcón, Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, anotado, concordado y comentado, pág. 416 y sus citas)".

Y si bien se ha impugnado la pericia, al respecto se ha dicho que "La impugnación al peritaje requiere que se acredite la existencia de elementos que permitan advertir fehacientemente el error o insuficiente aprovechamiento de los conocimientos científicos por parte del idóneo y debe encontrar apoyo en fundamentos objetivamente demostrativos de que la opinión del experto se encuentra reñida con principios lógicos o máximas de experiencia, o en la concurrencia de medios probatorios de mayor eficacia que permitan desvirtuarla (Conf. HIGHTON-AREAN, Cód. Procesal, Tomo 8, pags. 512 y sigs.)". Autos: "Rivas Nancy Lorena c/ Instituto Quirúrgico Laser S.A. y Otro s/ Daños y Perjuicios - Resp. Prof. Médicos y Aux.". Expte.: 44247/2017. PJN. Cámara Civil Sala J.

Nada de ello se evidencia en este proceso.

La incapacidad sobreviniente está representada por las secuelas o disminución física o psíquica que queda luego de completado el período de recuperación o restablecimiento produciéndose entonces un quebranto patrimonial indirecto derivado de las limitaciones que presenta al reanudar sus actividades habituales y al establecerse su imposibilidad -total o parcial- de asumirlas y cumplirlas adecuadamente. La incapacidad económica -o laborativa- sobreviniente se refiere a una merma de aptitudes que sufre el individuo para obtener lucros futuros, sea en las tareas que habitualmente suele desempeñar o en otras, es decir, una chance frustrada de percepción de ganancias" (Trigo Represas, Félix A. - López Mesa, Marcelo J.; "Tratado de la responsabilidad civil", La Ley, Bs. As., 2006, vol. "Cuantificación del Daño", p. 231 y ss.).

No encuentro que se haya acreditado en el caso de autos que el actor se haya visto impedido de continuar realizando algún tipo de tarea en virtud de alguna eventual secuela. En ese sentido, se ha expresado nuestro máximo tribunal nacional "... En el universo de perjuicios que integran la incapacidad sobreviniente, la faz laboral es una de las parcelas a indemnizar, la que no conforma el todo, ni la única a resarcir, sino que constituye un componente más de aquélla, puesto que la incapacidad sobreviniente, consecuencia indemnizable de la incapacidad permanente, se aprecia en un conjunto de funciones que la persona ya no podrá desarrollar con plenitud como consecuencia de la

lesión al bien protegido integridad psico-física..." (CSJN. "GRIPPO". Voto del juez Lorenzetti. Sentencia de fecha 02/09/2021.Fallos: 344:2256).

El rubro requiere que las lesiones sufridas repercutan de forma negativa en sus posibilidades laborativas como así también en cualquier tipo de actividad que desarrollaba la víctima. De los informes periciales, como así también del propio reclamo de autos, no surge ninguna afectación funcional concreta.

En conclusión, corresponde el rechazo del agravio.

V. 2) Seguidamente se tratarán en conjunto el primero y segundo agravio de la citada que rondan el tema de la suspensión automática de la cobertura y falta de legitimación pasiva, así como la supuesta confusión entre suspensión de cobertura vs. Baja/Rescisión del Contrato.

Desde mi punto de vista, el magistrado argumenta de manera razonada y fundada su postura al afirmar que en el caso "se estableció el pago por débito automático con modalidades particulares y obligaciones a cargo de la citada, esto es, realizar tres intentos de débito y, si pese a ello, el pago no se realizó, informar la circunstancia al asegurado por intermedio del productor. Esta modalidad que fue descrita en la pericia contable y no fuera objetada por la citada, me lleva a apartarme de la solución a la que se arriba en los fallos citados, y a rechazar la defensa opuesta por la aseguradora. Para ello tengo en consideración que el vínculo entre la demandada y la citada configura una relación de consumo, lo que surge del destino particular del vehículo asegurado que surge de la póliza".

Y continúa explicando que al analizar la prueba producida "surge que la prima correspondiente al mes en que sucedió el accidente vencía el 23/02/2022, fecha en la cual los fondos en la cuenta no eran suficientes para que se debite la cuota porque el saldo ascendía a \$ 20,32 y la prima a \$ 1.343,96; pero sin embargo, dos días después del vencimiento indicado, la actora tenía un saldo de \$ 22.396,38, más que suficiente para que se hiciera efectivo el segundo intento de débito, o en su caso, el tercero, y con ello, rehabilitar la cobertura. Y que, entre el día 25/02/2022, fecha en la cual la cuenta tenía fondos disponibles para debitar la prima, y la fecha del accidente (15/03/2022), transcurrieron más de 15 días, período en el cual la citada enviaba la información al banco para realizar el débito, motivo por el cual media una omisión de la citada en realizar la actividad necesaria para hacer efectivo el pago, máxime cuando a la fecha del

siniestro el saldo de la cuenta era suficiente para abonar la prima en curso (saldo de \$ 1.727,63 y prima de \$ 1.343,96). En otros términos, si la citada hubiera cumplido con el mecanismo al que se obligó (intentar tres débitos, y remitir información cada quince días al banco para que realice tal operación), la prima se habría debitado con anterioridad al accidente y, con ello, la demandada tendría la cobertura contratada. Pero ha sido su omisión e incumplimiento la causa de la suspensión de la cobertura por falta de pago de la prima, pese a que los fondos se hallaban a su disposición en la cuenta correspondiente".

El detalle del análisis resulta, a mi juicio, contundente y no advierto ningún aporte del quejoso que logre desvirtuar ese contexto fáctico. No se puede desconocer el propio mecanismo para el débito automático reconocido por la propia citada, que ha sido descrito puntillosamente en la pericia contable, no impugnada por su parte.

El fallo que cita en apoyo de su postura "RUPPEN GUSTAVO FABIAN Y OTRA C/ HEREDIA JORGE FABIAN Y OTRA S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (ORDINARIO)" (Expte. n RO -16873-C0000) no guarda analogía sustancial con el caso de autos en tanto no existía -como modalidad de pago- el débito automático bancario que es lo que aquí se debate.

Justamente se corrobora que es la propia citada quien, al contestar el traslado de demanda, afirma "La forma de pago fue mediante débito en cuenta bancaria denunciado por la asegurada existente en el Banco Macro". Luego, la referencia dada por el perito respecto de la modalidad de débito automático reconocida no fue impugnada por la quejosa quien, recién en esta instancia, introduce una explicación de los débitos y de la pretendida diferencia entre suspensión y rescisión/baja no formulada oportunamente.

Es en los alegatos en los que se intenta una explicación que, a mi juicio, dista mucho de la que introduce en sus agravios. Dice expresamente allí: "Refutación del Argumento del Débito Automático: Ante los puntos de pericia de la actora y la asegurada, el experto ha sido categórico. Al ser consultado sobre los inconvenientes en el cobro, respondió: 'Los registros que recibe la aseguradora es los que informa el banco por falta de fondos de la cuenta del asegurado'. Esta última aseveración pericial es lapidaria y echa por tierra toda la construcción argumental de la contraria. No existió negligencia, olvido ni error por parte de EL PROGRESO SEGUROS S.A.. La aseguradora intentó realizar el cobro por el medio pactado, pero la operatoria fracasó

por una causa imputable exclusivamente a la asegurada: la inexistencia de fondos suficientes en su cuenta bancaria. Es un principio elemental que la obligación de mantener provisión de fondos en la cuenta destinada al débito recae pura y exclusivamente en el deudor. Y, a todo evento es obligación del asegurado controlar que los pagos efectivamente se hayan realizado por el medio de pago indicado. Pretender lo contrario es un absurdo jurídico y fáctico".

Como se ve, además de no haber impugnado oportunamente, nada argumenta en los alegatos en relación a los dichos del perito cuando explica "La aseguradora envía quincenalmente los archivos al banco por los débitos automáticos. El cobro de las cuotas por débito automático funciona de la siguiente manera la aseguradora envía quincenalmente al banco archivo para el pago de las Cuotas el banco envía a su vto. lo cobrado y lo no cobrado por falta de fondos. La aseguradora envía dos veces más al banco el archivo para ver si puede cobrar, al informar el banco el no cobro por falta de fondos , la aseguradora envía mail al productor para que le informe al asegurado la deuda , si no se obtiene respuesta da baja a la póliza". Esta es la base tomada en cuenta por el magistrado para concluir que la citada debió "realizar tres intentos de débito y, si pese a ello, el pago no se realizó, informar la circunstancia al asegurado por intermedio del productor", con lo cual concluyo que los agravios no pueden prosperar.

V. 3) Se tratará el segundo agravio de la actora y el tercero de la citada en forma conjunta, pues ambos se quejan del monto reconocido por daño extrapatrimonial, el actor por entenderlo bajo y la citada por considerarlo excesivo además de cuestionar su procedencia.

El magistrado fija el rubro daño extrapatrimonial la suma de \$ 3.500.000. Para fundar su procedencia argumenta "En autos obran circunstancias que me permiten tener por cierto la existencia de consecuencias no patrimoniales indemnizables, tales como la situación vivenciada por el actor al momento del impacto y el dolor propio de las lesiones y el extenso tratamiento que debió realizar, lo que me lleva a hacer lugar al presente rubro".

En efecto, no pueden desconocerse los sinsabores, angustias y malestares propios del acontecimiento narrado con lo cual no tengo dudas tampoco de esa procedencia.

En relación a la cuantía, el juez de grado toma en consideración el monto pretendido en la demanda y le aplica la tasa legal dispuesta por el STJ, como así

también aplica el art. 1741 del CCyC, esto es las satisfacciones sustitutivas y compensatorias.

Se trata de la consagración legislativa de la conocida doctrina de los "placeres compensatorios", según la cual, cuando se pretende la indemnización del daño extrapatrimonial o moral, lo que se pretende no es hacer ingresar en el patrimonio del damnificado una cantidad equivalente al valor del daño sufrido sino de procurar al lesionado otros goces que sustituyen o compensan lo perdido. La suma de dinero entregada como indemnización debe ser suficiente para lograr esos goces (Mosset Iturraspe, Jorge, Responsabilidad por daños, Ediar, Buenos Aires, 1971, t. V, p. 226; Iribarne, daños Héctor P., "La cuantificación del daño moral", Revista de Derecho de Daños, n.º 6, p. 235). En otras palabras, el daño moral debe "medirse" en la suma de dinero equivalente para utilizarla y afectarla a actividades, quehaceres o tareas que proporcionen gozo, satisfacciones, distracciones y esparcimiento que mitiguen el padecimiento extrapatrimonial sufrido por la víctima (Galdós, Jorge M., "Breve apostilla sobre el daño moral (como 'precio del consuelo') y la Corte Nacional", RCyS, noviembre de 2011, p. 259). Auros: "Pose, Adrián Rubén y otro c/ Camargo Alata, Beimar y otro s/ daños y perjuicios". Expte. n.º 61.982/2020. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil Sala A.

Así, el CCyC adopta el criterio de la CSJN que al respecto venía expidiéndose: "... Que en lo concerniente a la fijación del daño moral, debe tenerse en cuenta el carácter resarcitorio de este rubro, la índole del hecho generador de la responsabilidad, la entidad del sufrimiento causado, que no tiene necesariamente que guardar relación con el daño material, pues no se trata de un daño accesorio a éste (Fallos: 321:1117; 323:3614 y 325:1156, entre otros). El dolor humano es apreciable y la tarea del juez es realizar la justicia humana; no se trata de una especulación ilícita con los sentimientos sino de darle a la víctima la posibilidad de procurarse satisfacciones equivalentes a lo que ha perdido. Aun cuando el dinero sea un factor muy inadecuado de reparación, puede procurar algunas satisfacciones de orden moral, susceptibles, en cierto grado, de reemplazar en el patrimonio moral el valor que del mismo ha desaparecido. Se trata de compensar, en la medida posible, un daño consumado. En este orden de ideas, el dinero es un medio de obtener satisfacción, goces y distracciones para restablecer el equilibrio en los bienes extrapatrimoniales. La evaluación del perjuicio moral es tarea delicada, pues no se puede pretender dar un equivalente y reponer las cosas a su estado anterior,

como en principio debe hacerse de acuerdo al art. 1083 del Código Civil. El dinero no cumple una función valorativa exacta, el dolor no puede medirse o tasarse, sino que se trata solamente de dar algunos medios de satisfacción, lo cual no es igual a la equivalencia. Empero, la dificultad en calcular los dolores no impide apreciarlos en su intensidad y grado por lo que cabe sostener que es posible justipreciar la satisfacción que procede para resarcir dentro de lo humanamente posible, las angustias, inquietudes, miedos, padecimientos y tristeza propios de la situación vivida." Autos: "[Baeza, Silvia Ofelia c/ Buenos Aires, Provincia de y otros s/ daños y perjuicios](#)". Fallo: 334:376. Se. 12/04/2011.

Es dable señalar que la actora no ha aportado elementos que permitan ponderar las posibles "satisfacciones sustitutivas y compensatorias que pueden procurar las sumas reconocidas" de conformidad con el art. 1741 CCyC.

Se ha repetido constantemente que la fijación de la indemnización por daño moral es una tarea extremadamente difícil porque precisamente el dolor y las afecciones de orden espiritual no resultan por esencia medibles económicamente. Hay siempre una gran dosis de discrecionalidad en la decisión jurisdiccional que desde mucho tiempo se viene tratando de acotar, procurando acordar mayor objetividad y consecuente legitimidad a la decisión atendiendo también a lo decidido con anterioridad en casos que pudieran ser de algún modo asimilables, además de recurrir a las pautas del art. 1741 CCyC como lo ha hecho el juez de grado.

Si bien no se encuentran precedentes de idénticas características para comparar, recurriré a aquellos que guardan cierta similitud:

En [Rodríguez Campos](#) del 02/07/2024 ante la apelación sobre el rubro daño moral se elevó el monto de \$ 800.000 a \$ 7.000.000 en una persona que presentaba una incapacidad del 23,5% con 26 años de edad al momento del accidente.

En [Corruinca](#) del 16/09/2025 ante la apelación sobre el rubro daño moral se elevó el monto de \$ 3.000.000 a \$ 6.000.000 en una persona que presentaba una incapacidad del 30% con 30 años de edad al momento del accidente.

En [López](#) del 04/11/2025 ante la apelación sobre el rubro daño moral se redujo el monto de \$ 30.000.000 a \$ 7.000.000 en una persona que presentaba una incapacidad del 31% con 39 años de edad al momento del accidente.

Ante ello, valorando las comparaciones efectuadas en cuanto a satisfacciones sustitutivas y las sumas concedidas en precedentes en los cuales ha existido una incapacidad permanente corroborada, concluyo que el monto otorgado aparece como razonable.

Ante ello, resulta claro que ni el agravio de la actora ni el de la citada pueden prosperar debido a que de ninguna manera se arriba a una indemnización ni irrisoria ni exagerada, sino más bien, por el contrario, se han argumentado y fundado los motivos por los cuales se considera justa, sin que las partes acompañen otros elementos o precedentes que permitan su modificación.

V. 4) El agravio de la citada por la imposición de costas no puede ser recibido en tanto se rechazan sus postulaciones y se confirma su responsabilidad.

VI. En atención a la forma de resolver propongo imponer las costas de esta segunda instancia a cada una de las partes recurrentes perdidosas (art. 62 CPCC).

VII. Recurso arancelario.

La citada apela la regulación de honorarios por altos, limitándose a afirmar que "resultan elevados y desproporcionados con las tareas efectivamente realizadas" sin aportar mayores fundamentos.

Ante ello, y luego de controlar las regulaciones efectuadas en la instancia de grado, se observa que la parte actora no presentó alegatos por lo cual corresponde receptor el agravio, reducir los honorarios de los letrados de la actora, Arturo Enrique Llanos y Tomas Kamerbeek, y fijarlos en el 7% a cada uno más el 40% por apoderado.

En relación a los honorarios regulados a los letrados de la demandada y de la citada, no observo ni desproporción ni que resulten elevados por cuanto se fijaron en el 8% más el 40% por apoderamiento en el caso del de la citada.

Por su parte, a los tres peritos se les ha regulado el 4% a cada uno, respetando así el 12% establecido en el art. 18 de la ley 5069.

En definitiva, corresponde receptor únicamente la queja en relación a los honorarios de los letrados de la actora sin imposición de costas por no haber mediado contradicción.

VIII. En síntesis, propongo: I) Rechazar el recurso de apelación interpuesto por la

actora, con costas (art. 62 CPCC). II) Rechazar el recurso de apelación de la citada, con costas (art. 62 CPCC). III) Por el recurso de la actora, regular los honorarios de su letrado, Arturo Enrique Llanos, en el 12%, los del letrado de la demandada, Carlos Julio Schmidt, en el 14% y los del letrado de la citada, José Ignacio Luquin, en el 15% sobre lo regulado por las tareas de primera instancia a cada representación letrada (art. 15 LA). Por el recurso de la citada, regular los honorarios del letrado de la actora, Arturo Enrique Llanos, en el 16%, los del letrado de la demandada, Carlos Julio Schmidt, en el 14% y los del letrado de la citada, José Ignacio Luquin, en el 12% sobre lo regulado por las tareas de primera instancia a cada representación letrada (art. 15 LA). IV) Receptar el recurso arancelario únicamente en relación a los honorarios regulados a los letrados de la actora, Arturo Enrique Llanos y Tomas Kamerbeek, los que se fijan en el 7% a cada uno más el 40% por apoderado, confirmando el resto de las regulaciones, sin imposición de costas por no haber mediado contradicción. V) Notificar y devolver. **ASÍ VOTO.**

EL SR. JUEZ DINO DANIEL MAUGERI DIJO:

Por compartir lo sustancial de sus fundamentos, adhiero al voto que antecede. **ASI VOTO.**

EL SR. VICTOR DARIO SOTO DIJO:

Ante la coincidencia precedente, me abstengo de opinar (artículo 242 1er. párrafo del CPCC).

Por ello, la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Familia, de Minería y Contencioso Administrativa,

RESUELVE:

I) Rechazar el recurso de apelación interpuesto por la actora, con costas (art. 62 CPCC).

II) Rechazar el recurso de apelación de la citada, con costas (art. 62 CPCC).

III) Por el recurso de la actora, regular los honorarios de su letrado, Arturo Enrique Llanos, en el 12%, los del letrado de la demandada, Carlos Julio Schmidt, en el 14% y los del letrado de la citada, José Ignacio Luquin, en el 15% sobre lo regulado por las tareas de primera instancia a cada representación letrada (art. 15 LA).

Por el recurso de la citada, regular los honorarios del letrado de la actora, Arturo Enrique Llanos, en el 16%, los del letrado de la demandada, Carlos Julio Schmidt, en el 14% y los del letrado de la citada, José Ignacio Luquin, en el 12% sobre lo regulado por las tareas de primera instancia a cada representación letrada (art. 15 LA).

IV) Receptar el recurso arancelario únicamente en relación a los honorarios regulados a los letrados de la actora, Arturo Enrique Llanos y Tomas Kamerbeek, los que se fijan en el 7% a cada uno más el 40% por apoderado, confirmando el resto de las regulaciones, sin imposición de costas por no haber mediado contradicción.

V) Regístrese, notifíquese de conformidad con lo dispuesto en el CPCC y oportunamente vuelvan.

Se deja constancia que el Dr. SOTO no firma la presente por encontrarse en uso de Licencia, habiendo participado del Acuerdo.Conste.-