



Poder Judicial de la Provincia de Jujuy

San Salvador de Jujuy, 11 junio de 2026

En la ciudad de San Salvador de Jujuy, Provincia de Jujuy, los señores jueces de la Sala I Civil, Comercial y de Familia de la Suprema Corte de Justicia, doctores Eduardo Esteban Uriondo, Mariano Gabriel Miranda y Federico Francisco Otaola, bajo la presidencia del primero de los nombrados, y de conformidad con lo previsto en las Acordadas Nº 86/2020, Nº 111/2022 y Nº 4/2023, vieron el Expte. Nº CF-22.278/26, caratulado: "Recurso de inconstitucionalidad interpuesto en Expte. Nº A-046.251/10: Cámara en lo Civil y Comercial - Sala IV - Vocalía 10): Daños y perjuicios: Molina, María del Rosario c/ Caruso Cia. Argentina de Seguros S.A." del cual,

El Dr. Uriondo dijo:

Llegan los autos a conocimiento de esta Corte con motivo del recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Dr. Patricio Tomás Carrillo en contra de la sentencia dictada por la Sala IV de la Cámara en lo Civil y Comercial de la ciudad de San Pedro de Jujuy. Dicho pronunciamiento, en fecha 31 de octubre de 2025 resolvió admitir la demanda ordinaria por daños y perjuicios interpuesta por la Sra. María del Rosario Molina en contra de Caruso Compañía Argentina de Seguros SA y condenar a esta última a abonar a la primera la suma de \$12.752.843,80 en el plazo de cinco días.

Para fundar su decisión, el Tribunal de grado de única instancia sostuvo que, si bien obraba acreditado mediante pericia médica que el tomador del seguro (Sr. Herminio Esteban Romano) padecía de diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica con anterioridad a la firma del contrato y que tales patologías eran de su conocimiento, la aseguradora no acreditó haberle efectuado controles médicos, por lo que dentro del marco del derecho del consumidor, imputó a la misma no haber obrado "con buena fe, diligencia y profesionalismo al momento de la contratación" y rechazó la reticencia opuesta por aquella en los términos del Art. 5 de la Ley 17.418.

También consideró que el juicio de peritos técnicos fue insuficiente al no precisar el impacto contractual que tales patologías habrían representado, por lo que hizo lugar a la demanda y condenó a la demandada a pagar la suma de doce millones setecientos cincuenta y dos mil ochocientos cuarenta y tres con 80/100 ctvs. En el plazo de cinco días.

Para la cuantificación de dicha suma, trató el capital asegurado como una deuda de valor, utilizando el salario mínimo vital y móvil (SMVM) como índice de reajuste desde el año 2009 hasta la fecha de la sentencia.

Reguló finalmente los honorarios profesionales y dejó establecido el régimen de intereses para el caso de mora. Disconforme con la decisión, se presenta el Dr. Patricio Tomás Carrillo en representación de Caruso Compañía Argentina de Seguros S.A. y estructura sus agravios en dos ejes principales: la configuración de reticencia no receptada y la cuantificación de la condena.

En torno al primer punto, refiere que el carácter del tratamiento médico recibido por el paciente (hemodiálisis sostenida) torna inexorable el ocultamiento malicioso, consecuente vicio del consentimiento y la incidencia causal del dato omitido en el vínculo contractual.

Sostiene que el fallo es arbitrario porque, a pesar de reconocer los hechos que configuran la reticencia en el tomador del seguro, deniega su consecuencia jurídica incurriendo en una contradicción insalvable al admitir, por un lado, que la aseguradora no conocía el riesgo al contratar, que el ocultamiento fue determinante del siniestro y que lo impugnó en término; pero decidiendo por otro que la empresa "asumió el riesgo" al no realizar exámenes médicos.

Se agravia igualmente de que el juez haya realizado una valoración fragmentaria de la pericia técnica. Alega que el magistrado solo tomó la respuesta que refería que la contratación quedaba a "decisión de la compañía" (pregunta 4), pero omitió deliberadamente la respuesta donde el perito afirma que la omisión en la mención de las patologías hacía nulo el contrato (pregunta 5).

Alega que el Tribunal sentenciante generó la conversión de una mera facultad legal en una obligación en referencia a la interpretación dada al Art. 154 de la Ley de Seguros que establece que el asegurador "podrá" exigir examen médico, transformándola en una carga u obligación cuya omisión "purgó" la mentira del asegurado vaciando de contenido la sanción de reticencia.

Atribuye un uso impropio del principio requiere una duda razonable, la cual no existió en el caso dado que el asegurado estaba en hemodiálisis desde 2002, negando expresamente enfermedades renales en su declaración jurada.

Imputa que se haya ignorado el carácter doloso del ocultamiento, ya que es imposible que un paciente que recibe un tratamiento vital e invasivo como la hemodiálisis referida desconozca su origen y diagnóstico.

Subsidiariamente, esgrime agravios relativos a la cuantificación de la condena e impugna el método de cálculo en función de la naturaleza de la obligación al sostener que el seguro de vida es una obligación de dar sumas de dinero (nominalista) y no una "deuda de valor" que por lo tanto no debería convertirse a magnitudes abstractas.

Sobre esta base, pide admitir el recurso pretendiendo que se revoque la sentencia impugnada y sólo subsidiariamente, la actualización efectuada para el cálculo del capital reconocido.

Corrido el traslado respectivo, se presenta a contestarlo el Dr. Juan Pablo Gomar en su carácter de apoderado de la Sra. María del Rosario Molina, quien, por los argumentos que esgrime en el escrito N° 2153379 y a los que me remito en honor a la brevedad, defiende la legitimidad de la decisión cuestionada y pide el rechazo del remedio procesal tentado.

Sustanciado el trámite en debida forma e integrada la Sala I de esta Corte conforme consta en el epígrafe, se remitieron los autos al Procurador General para dictamen y emitido el mismo mediante escrito N° 2259795, la causa quedó en estado de ser resuelta.

Al ingresar y analizar los agravios esgrimidos por Caruso Cía. Argentina de Seguros S.A., adelanto que el recurso de inconstitucionalidad deducido debe prosperar. De lo actuado se advierte nítidamente que la sentencia recurrida incurre en una arbitrariedad manifiesta al fundarse en un silogismo inválido, efectuar una interpretación normativa equívoca y prescindir de prueba esencial.

Asiste razón al recurrente en cuanto invoca contradicción en el fallo atacado; ello en cuanto se advierte un vicio en la lógica jurídica del razonamiento de base, que, mientras admite por un lado todos los presupuestos fácticos de la reticencia del tomador del seguro, niega por el otro los efectos legales que son consecuencia necesaria de aquellos con base en el incumplimiento de un deber contractual inexistente que adjudica a la aseguradora. Ello implica la presencia de una contradicción estructural insalvable en el acto jurisdiccional cuestionado.

En efecto, por un lado, el Tribunal reconoce y deja establecido que, al momento de contratar el seguro de vida, el asegurado padecía las enfermedades crónicas preexistentes (de las que diera cuenta el perito médico Dr. Eduardo M. Paz a fs. 142/143).

La sentencia afirma igualmente, con base en los informes médicos del Instituto de Urología y Nefrología, certificado de defunción y dictamen médico, que, de la complicación de tales patologías, resultó el óbito del paciente. Esto es, que la muerte acaecida 10 meses después fue consecuencia directa de tales enfermedades (diabetes descompensada, insuficiencia renal crónica y sepsis cfr. 142 vta.).

En esa misma línea, continúa afirmando que, tales padecimientos eran de conocimiento del causante y sin embargo expresamente negados en su declaración de salud en “el punto E y J”. Remite a un ocultamiento consciente y voluntario de una patología conocida por el tomador al momento de contratar que guardó conexión directa con el siniestro, por lo que concluye afirmando en forma categórica la verificación de los presupuestos señalados por Stiglitz para la configuración de reticencia del tomador (últ. párr. acápite III).

Sin embargo y a pesar de tales conclusiones, líneas más abajo rechaza los efectos legales de tal figura y concluye afirmando la validez del contrato con base en la aplicación del régimen del consumidor, omitiendo por completo la aplicación del artículo 5 de la Ley 17.418. Ello por la invocación del principio “in dubio pro consumidor” al entender que, ante la duda sobre la incidencia de las patologías en la contratación del seguro, debió adoptarse la interpretación más favorable al asegurado.

Le adjudica a la empresa falta de diligencia por no haber realizado controles médicos al tomador a pesar de contar con una posición contractual dominante tanto técnica como económica y le imputa por ello “mala fe”.

Finalmente, sostiene una supuesta falta de certeza técnica en el informe del perito Productor de Seguros Eduardo H. Aspitia, quien en la respuesta a la pregunta 2.4 no expresó exactamente que, de haber conocido la patología el contrato no se hubiese realizado, sino que informó que “quedaría a exclusiva decisión de la compañía celebrarlos o no de acuerdo a los cálculos de primas a cobrar y a sus políticas comerciales” (sic).

En este punto, tal como lo señala el recurrente, el Tribunal omitió valorar la conclusión del punto Nro. 2.5 del dictamen, donde el experto afirmó categóricamente que la omisión de las patologías que debieron ser declaradas por el causante hacía nulo el contrato según la técnica asegurativa. No sólo se hizo una interpretación parcial del informe en el sentido señalado, sino que la expresión vertida por el perito dista de no ser concluyente sólo por supeditar a la decisión de la aseguradora la decisión final cuando líneas arriba y líneas abajo retrató la configuración de una innegable reticencia.

Como se puede observar, el acto jurisdiccional atacado contiene una contradicción lógica y una ruptura del silogismo jurídico inadmisibles.

Si, como lo sostiene pacífica y reiteradamente doctrina especializada la reticencia no es un mero incumplimiento formal, sino un vicio precontractual del consentimiento que afecta la validez misma del negocio jurídico, resulta incomprensible que dicho vicio sea afirmado y luego negado por construcciones dogmáticas que en nada rebaten las afirmaciones categóricas efectuadas con anterioridad. Se advierte asimismo una afirmación que resulta inadmisibles frente a la normativa vigente e incluso el sentido común y es en relación a la *duda sobre si el estado de salud del tomador era o no determinante para contratar o modificar las condiciones del seguro*” (sic)

Del formulario de fs. 57 (puntos E y J) surge que, antes de contratar, la aseguradora requirió un informe sobre las enfermedades y condición médica del tomador, surgiendo de tales puntos un interrogante expreso sobre la existencia de alguna enfermedad en el riñón, presencia de azúcar en orina y/o diabetes como circunstancias relevantes.

Explícitamente y con carácter de Declaración Jurada de Salud, el Sr. Romano desconoció padecer todas *duda sobre si el estado de salud del tomador era o no determinante para contratar o modificar las condiciones del seguro*” (sic) ellas, a pesar de hallarse, desde hacía dos años, en tratamiento de hemodiálisis por una insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética. La diabetes mellitus tipo II por su parte, ya le había sido diagnosticada en el año 2002, es decir, 7 años antes aproximadamente. A raíz de tales enfermedades -por las que sufrió además la amputación de ambas piernas- ocurrió el óbito como consecuencia de una diabetes descompensada, insuficiencia renal crónica y sepsis.

Frente al tenor de las patologías referidas, la reticencia configurada y el fallecimiento del tomador sólo diez meses después a causa de tales enfermedades, resulta insostenible dudar de la incidencia que una declaración veraz de su estado de salud hubiese detentado al momento de contratar.

Ello descalifica a la sentencia como acto jurisdiccional válido por prescindir de la adecuada valoración de un hecho relevante y acreditado cual es el ocultamiento sobre una enfermedad preexistente grave y consecuente riesgo real al contratar el seguro.

Procede igualmente el agravio referido a la conclusión arribada en relación a la omisión de ordenar estudios por parte de la aseguradora, lo que implicó una asunción de los riesgos.

Tal conclusión deriva de confundir las facultades de revisión de la aseguradora con un deber jurídico de control que la ley no establece. Ello implica sin más una inversión estructural del sistema poniendo en cabeza del asegurador descubrir la verdad clínica, cuando en realidad aquel se sostiene sobre la base de la buena fe y de la declaración honesta sobre la salud por parte del tomador.

El art. 154 de la Ley 17.418 otorga al asegurador una facultad técnica de verificación, con lo cual, si bien la omisión de ejercicio en este caso puede ser un elemento a valorar, ello no convierte automáticamente en irrelevante la reticencia del tomador ni transforma al asegurador en garante de detectar enfermedades omitidas.

Si ello fuese linealmente así, quedaría neutralizado y vacío de contenido el art. 5 de la Ley de Seguros ya que el asegurador debería cargar con las consecuencias de no examinar a pesar de las declaraciones falsas.

Incluso el examen médico aludido no libera al asegurado de su deber de informar fielmente el estado del riesgo. La ley pone en su cabeza la responsabilidad de suministrar información fidedigna pues es él quien se encuentra en mejores condiciones para conocerla.

En definitiva, el último vicio analizado en este sentido, se encuentra en la forma de aplicar (de modo potencialmente derogatorio) el régimen específico del derecho del consumidor en lugar de integrar armónicamente ambas normas, ya que aun cuando el sistema protege a la parte débil, esa tutela no autoriza a convalidar una declaración falsa sobre el estado del riesgo.

Por lo expuesto y hallándose debidamente acreditada la reticencia que vició el consentimiento de la aseguradora, corresponde admitir el recurso de inconstitucionalidad, declarar la nulidad del contrato de seguro, revocar íntegramente la sentencia recurrida y rechazar consecuentemente la demanda, imponiendo las costas de dicha instancia a la vencida.

Asimismo y por haber variado la base de cálculo en virtud del resultado del pleito, deben remitirse al Tribunal de origen los presentes actuados a fin de que tome conocimiento de lo resuelto y proceda a recalcular los honorarios profesionales.

Las costas del recurso corresponde imponerlas a la recurrida por el principio objetivo de la derrota (Art. 128 CPCyC). La regulación correspondiente a la presente instancia corresponde diferirla hasta que se regulen los honorarios de la instancia anterior.

Los Dres. Miranda y Otaola adhieren al voto que antecede.

Por ello, la Sala I Civil, Comercial y de Familia de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Jujuy, Resuelve

Resuelve:

1. Hacer lugar al recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Dr. Patricio Tomás Carrillo en representación de Caruso Compañía Argentina de Seguros S.A., declarar la nulidad ex tunc del contrato de seguros, revocar la sentencia de fecha 31 de octubre de 2025 emitida por la Cámara Civil y Comercial Sala IV y rechazar la demanda, con costas a la actora.
- 2.- Remitir al Tribunal de origen los presentes autos a fin de que tome conocimiento de lo resuelto y proceda a efectuar una nueva regulación de los honorarios profesionales con base en el resultado del pleito.
- 3.- Imponer las costas de la presente a la recurrente vencida y diferir la regulación de los honorarios profesionales hasta tanto se dé cumplimiento al punto 2.
4. Registrar y notificar por cédula.

Registrado en Registro de Sentencias de la SCJ el 11-06-2026 bajo el número 3832-2026

Firmado por Uriondo, Eduardo Esteban - Juez de la Suprema Corte de Justicia.

Firmado por Miranda, Mariano Gabriel - Juez de la Suprema Corte de Justicia.

Firmado por Otaola, Federico Francisco - Juez de la Suprema Corte de Justicia.

Firmado por Zurueta, Maria Sol - Secretario Relator de la Suprema Corte de Justicia.