

Accion De Amparo Contrato De Medicina Prepaga Enfermedad Preexistente Declaracion Jurada Buena Fe

JURISPRUDENCIA

Acción de amparo. Contrato de medicina prepaga. Enfermedad preexistente. Declaración jurada. Buena fe Se confirma la sentencia que rechazó la acción de amparo incoada contra una empresa de medicina prepaga por su decisión de rescindir el contrato ante la omisión de declarar una enfermedad preexistente, en tanto se probó que el actor conocía al tiempo de la afiliación que lo afectaba una deficiencia o irregularidad de tipo cardíaca.

Salta, 13 de febrero de 2015 Y VISTO: El recurso de apelación interpuesto por el actor a fs. 114/118; y CONSIDERANDO: I. Que vienen las presentes actuaciones en virtud del recurso de apelación interpuesto por el actor en contra del pronunciamiento de fecha 13 de enero de 2015 (fs. 108/113 vta.) por el cual el Juez de la instancia anterior resolvió rechazar la acción de amparo promovida a fs. 13/17 y vta.; e impuso las costas por el orden causado. II. A fs. 114/118 obra agregada la expresión de agravios del recurrente. Luego de repasar los antecedentes de la causa aludió a que por aplicación de la ley de defensa del consumidor, la accionada tiene la obligación esencial de proveer información y respetar los términos de la oferta contractual. Añadió que fue el propio personal de la empresa de salud quien le acercó al grupo familiar la oferta de cobertura y no a la inversa, lo que, según indicó, resulta demostrativo de que no existió en el joven actor conducta alguna de mala fe. Prosiguió explicando que el alta en la cobertura adquirida tuvo lugar varios meses antes de la solicitud de autorización de la intervención quirúrgica que debe practicársele. En este sentido precisó que dio inicio a los trámites de su afiliación a Swiss Medical en el mes de junio de 2014 y que en noviembre de ese año le fue indicada la cirugía de que se trata. A lo que agregó que durante ese período se le realizaron estudios de control, incluso cardiológicos, en la Fundación Favaloro en la que tiene que ser operado. Asimismo puso de manifiesto que previo a suscribir el contrato de medicina prepaga con la demandada, se encontraba afiliado a OMINT. En ese contexto, alegó que resulta ilógico pensar que una persona que tuviere conocimiento de que precisa una intervención quirúrgica de alta complejidad, abandone su Obra Social para cambiarse a otra con los riesgos que eso supone. Apuntó que en función de la actividad deportiva que desempeña en el ámbito futbolístico requiere realizarse controles periódicos; aclarando que si bien los estudios practicados mostraban la necesidad de un seguimiento cardiológico ninguno de ellos concluía en la indicación de una operación como la que ahora debe llevarse a cabo. Al respecto se refirió a la nota periodística aportada como prueba por su contraria, destacando que resulta demostrativa de que a pesar de su condición, tenía una vida normal sin perspectivas de atenciones médicas complejas en lo inmediato. Por otra parte afirmó que en ningún momento se le hizo saber que Swiss Medical podía desafiliarlo por completo, dejándolo en desamparo. Reparó en este aspecto en la naturaleza del contrato celebrado en adhesión a las cláusulas establecidas por su contraria e invocó jurisprudencia y doctrina atinente a los hechos y derechos en juego. Tomando los argumentos vertidos en el dictamen del Sr. Fiscal Federal subrayó que es la entidad prepaga la que carga con la prueba de establecer la condición médica de sus afiliados y que la verificación de la preexistencia no constituye un motivo que posibilite el rechazo de la afiliación. Citó el art. 10 de la ley 26.682 y jurisprudencia vinculada a este punto. De igual modo sostuvo que existe mala fe de parte de la demandada puesto que desde un primer momento él le solicitó la autorización de estudios médicos en la Fundación Favaloro los que estuvieron a su disposición con los resultados arrojados por éstos. Continuó exponiendo que en ningún momento desde julio hasta diciembre de 2014 la empresa hizo referencia a la enfermedad del actor cuando desde la primera fecha precisada ya podía constatar una condición cardíaca disímil. Por el contrario, aseguró, todos los exámenes médicos peticionados fueron proveídos, tanto en la fundación de marras como en la ciudad de Salta. En esta línea adujo que la propia demandada reconoció que como consecuencia del requerimiento de cobertura médica solicitada y en atención a las características de la patología padecida por el paciente, procedió a realizar un proceso investigativo ante la sospecha de la existencia de una patología preexistente no declarada. Señaló también que la conducta de Swiss Medical al rescindir el vínculo con su parte configura una práctica abusiva en los términos de los arts. 37 a 39 de la Ley de Defensa del Consumidor. Desechó además la conducta maliciosa endilgada a la defensoría oficial que lo representa en juicio. Finalmente exhortó a reflexionar sobre las consecuencias de confirmar el rechazo de la acción deducida, exaltando los riesgos inminentes que tal circunstancia conlleva para el amparista. Hizo reserva del caso federal. III. Que a fs. 120/126 y vta. la demandada contestó el traslado conferido, solicitando el rechazo de la apelación deducida por su contraria. Inicialmente adujo que el funcionario del Ministerio Público que suscribe el escrito recursivo no resulta ser el Defensor al que el actor le confiriera poder según los términos del acta labrada el 4/12/2014, por lo que advirtió que la apelación incoada es un instrumento que no cuenta con los requisitos establecidos en los artículos 46, 47, 48 y cctes. del código de rito, por lo que cabe tenerla por no presentada y por firme la resolución que se ataca mediante su interposición. Sentado lo anterior, aludió a

la ausencia de una crítica concreta y razonada del fallo en los términos del art. 245 del CPCCN. Citó jurisprudencia. En refutación de los agravios esgrimidos señaló en primer lugar que no incumplió las consideraciones contenidas en la Ley 24.240 de Defensa del Consumidor, en tanto el hecho no probado de que el personal de la empresa acercara al grupo familiar la oferta de cobertura en modo alguno habilita al actor a omitir información necesaria y prevista tanto contractual como legalmente. Así, apuntó, la mala fe en la que incurre el Sr. I. consiste en haberse abstenido de declarar patologías respecto de las cuales se encontraba en perfecto conocimiento al momento de suscribir la documentación de ingreso al sistema. Dejó establecido que el hecho de que el actor contara con anterioridad a la afiliación con una Obra Social tampoco lo exime del deber de informar que expresamente le fuera solicitado. Subrayó además que no le fue pedido al accionante que declarara la necesidad o no de una supuesta operación quirúrgica sino la existencia de una patología de la que tenía conocimiento, en tanto de contar Swiss Medical con esa información habría podido estructurar los costos pidiendo eventualmente el valor de una cuota diferencial. Asimismo, citó el precedente dictado por este Tribunal en la causa ?Solaligue Cury, Alfonsina del Milagro c/ OSDE s/ amparo ley 16986?. Por otra parte aseveró que el actor sostuvo equivocadamente que la empresa sabía de sus supuestas afecciones de las que tomó conocimiento una vez que le fuera presentado el petitorio de autorización de la cirugía y no antes, en tanto el resto de las prácticas que eventualmente pudieran haberle sido otorgadas no requerían de autorización previa por parte de la Auditoría Médica, a diferencia de la operación requerida. Por último, descartó la concurrencia de un riesgo fatal e hizo reserva del caso federal. IV. Que a fs. 131/135 vta. dictaminó el Fiscal General propiciando el acogimiento del recurso deducido por el actor y la consecuente revocación de la sentencia dictada en autos, considerando que si bien asiste razón al recurrente acerca de que el Sr. I. debió haber informado la enfermedad preexistente, no lo es menos que se trata de un contrato de adhesión en el que muchas veces los formularios se completan sin la debida comprensión de los consumidores; a lo que se agrega que no habiéndose acreditado la mala fe del actor se le debió otorgar al menos la posibilidad de adecuar el contrato o de rescindirlo a su voluntad atendiendo al mejor resguardo de la parte más débil de la relación. V. 1) Que sobre la alegada falta de fundamentación de los recursos se tiene que el art. 265 del CPCCN dispone que ?el escrito de expresión de agravios deberá contener crítica concreta y razonada de las partes del fallo que el apelante considere equivocadas?. Cabe señalar que ?por expresión de agravios deber ser entendido un escrito por el cual el apelante sostiene su recurso, efectuando un ordenado y claro detalle de cada uno de los errores que, en su entender, haya podido incurrir el pronunciamiento en cuestión, bastándose a sí mismo. Ello porque los agravios van dirigidos a rebatir a la sentencia como culminación del contradictorio? (Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo, sala I, ?Milei, José A. c. Espósito, Salvador? sent. del 28/08/1981; ?Herman, Roberto D. c. Transporte Luján, S.A., sent. del 23/11/1987; Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala B, ?Litvak, Ida c. Álvarez, Jorge Enrique y otro?, sent. del 12/12/2009, www.laleyonline.com). La expresión de agravios no importa una simple fórmula, sino que constituye una verdadera carga procesal, debiendo contener el estudio minucioso y preciso de la sentencia que se apela y condensar los argumentos y los motivos que demuestren los errores cometidos por el juez de primera instancia para que el Tribunal de Alzada pueda apreciar en qué puntos y por qué razones el apelante se considera perjudicado en sus derechos (Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Resistencia, sala II, ?Cardozo, Verónica Raquel c. Sánchez, Juan José y/o Transporte Puerto Vicentini S.R.L. y/o quien resulte propietario, usufructuario, resp. del vehículo dom. 949 y/o Q.R.?, sent. del 08/09/2009, www.laleyonline.com). Pues bien: del examen de la pretensión revisora se advierte que se encuentran satisfechas las exigencias que establece el citado art. 265 del Código de forma a la luz de la jurisprudencia y de la doctrina antes mencionada. 2) Que respecto a la representación del Defensor Oficial se coincide con lo manifestado por el Fiscal General a fs. 135 en el sentido de que no resulta determinante la persona que ocupa el cargo sino la función que ésta cumple siendo en consecuencia irrelevante si la defensa es llevada adelante por el Dr. Lauthier o por el Dr. Bomba -ambos integrantes de la Defensoría Oficial-, circunstancia que, en rigor, no causa ningún agravio a la recurrente. 3) Que en cuanto al fondo del asunto cabe tener presente que las entidades de medicina prepaga son aquellas que, actuando en el ámbito privado, asumen el riesgo económico y la obligación asistencial de prestar los servicios de cobertura médico sanitaria conforme a un plan de salud para la protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los individuos que voluntariamente contratan con las mismas y que, como contraprestación, se obligan al pago de una cuota periódica (cfr. Garay, Oscar Ernesto, ?La medicina privada?, Ad Hoc, Buenos Aires, 2002, p. 125, énfasis añadido). Siendo tal su objeto, es claro que los contratos de medicina prepaga no son indiferentes para el Estado ni ajenos a los principios y plexo normativo constitucional (incluidos los tratados internacionales incorporados por el art. 75 inc. 22) que tutelan un derecho esencial ?fundante? como es el derecho a la salud, presupuesto existencial para el ejercicio de todos los demás derechos de que goza la persona humana. Por ello, estos contratos se insertan en un sistema contractual de características especiales, que tienen una base solidaria en la cual el beneficiario aporta durante un tiempo para que, en el momento de enfermarse, el riesgo del costo se difunda en el conjunto de los beneficiarios del sistema. En este sentido, se ha dicho que la medicina prepaga se encuentra fundada ?en la relación entre el aporte de muchas personas sanas frente al cálculo de probabilidades de que sólo algunas de ellas se enfermen a un costo que pueda

difundirse razonablemente. La índole del sistema es la de un seguro con una delimitación del riesgo que debe ser respetada, porque de lo contrario desaparecería totalmente? (del voto del Juez Lorenzetti en ?Cambiaso, Peres de Nealon, Celia María Ana y otro c/ CEMIC?, Fallos: 330:3725, LA LEY RCYS n° 304 del año 2008). Sobre tales bases, si bien como se anticipó resulta válido que el Estado tenga una intervención enérgica sobre la libertad contractual en el ámbito de los contratos de medicina prepaga, no es menos cierto que deben prevalecer mecanismos mínimos que tutelen a la otra parte de la relación (como es la posibilidad de reajustar el canon), en tanto, sin garantías elementales, no funcionaría el sistema privado. Así las cosas, se entiende por qué la propia ley 26.682 ha previsto que la falsedad de la declaración, junto a la falta de pago de tres cuotas consecutivas, sean las dos únicas causales que permiten a las empresas de medicina prepaga la rescisión del contrato (art. 9), revistiendo la norma carácter de orden público en virtud de lo dispuesto por el art. 28 de esa misma ley. Al respecto y sobre la primera hipótesis referida, cabe advertir que dentro de las obligaciones del usuario o beneficiario en el marco del contrato de medicina prepaga se encuentra la de efectuar en forma correcta y completa una declaración jurada sobre enfermedades preexistentes al ingresar al sistema, sin incurrir en reticencia u omisión, pues si el vínculo se celebra tomando como presupuesto un paciente sano y éste está enfermo y conocía los síntomas de esta dolencia y no los informó, se está en presencia de un vicio en la celebración del contrato (Lorenzetti, Ricardo Luis, ?La Empresa Médica?, segunda edición ampliada y actualizada, Rubinzal Culzoni, Santa Fe, 2011, pág. 200). Dicho lo que antecede y de regreso a las causales de rescisión antes reseñadas, ha de precisarse que para tener por configurado el supuesto de ?falsedad de la declaración?, esgrimido por la demandada en autos como motivo de la extinción del vínculo con el actor, el ordenamiento exige no sólo la verificación de una falta de correspondencia entre los datos aportados y la realidad, sino la intencionalidad del afiliado de consignar información inexacta u omitir el suministro de detalles que les eran requeridos. Este temperamento ha sido reafirmado por el Decreto Reglamentario 1993/2011 que en su art. 9º, inc. 2, b) prescribe que para que la empresa de medicina prepaga pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, en el supuesto de falseamiento de la declaración jurada, ?deberá acreditarse que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 1198 del Código Civil?. Asimismo dispone que ?La Superintendencia de Servicios de Salud dictará la normativa pertinente a fin de establecer las características que deberán contener las declaraciones juradas y el plazo por el cual se podrá invocar la falsedad?, lo que aún no ha sido concretado. La mentada intencionalidad de ocultar la verdad en la declaración jurada, como es obvio, no puede provenir sino de un conjunto indiciario a partir de conductas externalizadas y mensuradas objetivamente, pues resulta imposible ingresar al pensamiento del declarante. 2) Que sentado lo expuesto, en el marco de la acción urgente y expedita articulada (art. 43 CN), toca analizar si la conducta de la empresa demandada, consistente en rescindir la afiliación del actor por falsedad en la declaración jurada, constituye una conducta manifiestamente ilegítima o arbitraria. La respuesta es negativa. En efecto, surge claramente de las constancias de autos y de la prueba producida que el actor conocía al tiempo de la afiliación que lo afectaba una deficiencia o irregularidad de tipo cardíaca, habiendo realizado con carácter previo estudios y controles vinculados al punto. En este sentido medió un reconocimiento del propio actor de tales circunstancias (ver especialmente fs. 95 vta., 3er y 4to párrafo y fs. 115, 2do párrafo), a lo que se añade el contenido que surge de la noticia periodística del 14/06/14 (fs. 41 y 76 y vta.) en la que se lee ?el contrato es vital para el jugador, lo beneficia por el tratamiento por la cardiopatía que padece desde los quince años. ?Mi problema está estable desde hace mucho tiempo? dijo?. Asimismo resulta verificada la omisión del amparista de dar a conocer estos antecedentes a la demandada al momento de aplicar para su afiliación. Así, de la declaración jurada adjunta a la solicitud de afiliación del 23 de junio de 2014 (copia glosadas a fs. 37 y vta.), surge que a la indagación sobre si el actor había realizado estudios cardíacos previos y respecto de sus resultados el mencionado contestó que ?no? -pregunta 7-, omitiendo a su turno consignar dato alguno en el casillero correspondiente a las ?observaciones?. A partir de este conjunto de elementos resulta válido inferir que la conducta de la demandada, consistente en rescindir el contrato, no fue arbitraria sino basada en una causa legalmente prevista y objetivamente comprobada, con lo que la acción de amparo no puede prosperar. Sobre el particular se impone destacar que en sentido contrario a lo asegurado por el recurrente, no es la falta de notificación del afiliado a la demandada acerca de la intervención quirúrgica que el primero necesita lo que tiene por configurado el supuesto de ?falsedad de la declaración?, sino la ausencia de un sinceramiento sobre sus condiciones de salud y las afecciones que sobre esta impactaban, las que reconociéndose sabidas no fueron expuestas oportunamente conforme el contrato y la ley lo exigen. De aquí se sigue que, más allá de la posibilidad de las entidades de medicina prepaga de obtener mayor información a la proporcionada por sus afiliados o de cotejar la suministrada, el ordenamiento exige a estos últimos el deber de declarar bajo juramento aspectos que atañen a su situación de salud, cuyo conocimiento por parte de las prestadoras del servicio deviene indispensable para la justicia y equidad del vínculo y las obligaciones que asumen. En este horizonte, la importancia del cumplimiento responsable de esa carga impuesta a quienes pretenden beneficiarse con la cobertura de la atención médica, se advierte sin dificultad de la decisión legislativa de sancionar tan severamente el proceder en contravención a lo así dispuesto, siendo, como se dijo, esta conducta y la falta de pago de tres cuotas íntegras y consecutivas las únicas causales que facultan a las prestatarias a

disolver las relaciones consumadas. Es que si, pese a una declaración jurada ajena a la verdad, se obliga a las entidades que prestan servicio de medicina prepaga, pierde sentido la sanción dispuesta en el art. 10 y, entonces, en la medida en que las empresas no lo adviertan, la mendacidad u ocultamiento de datos no tendrá ninguna consecuencia; con lo que a la postre y lógicamente, se incentivará una mayor transgresión de la obligación de veracidad y buena fe. Al respecto, ha de recordarse que el principio de buena fe obliga a todos a observar una determinada actitud de respeto, lealtad y de honestidad en el tráfico jurídico, en el cual se fundamenta la garantía de justicia y equidad (cfr. López Fidanza, Alberto J., "El principio de la buena fe", La Ley 2004-E, 120). Y esto, tanto cuando se ejerza un derecho, como cuando se cumpla un deber. En el marco de las relaciones contractuales, se trata de que las partes ciñan su conducta a las exigencias de la recíproca lealtad, debiendo cumplir sus obligaciones sin apartarse de esa buena fe y probidad (cfr. Spota, Alberto G., "Instituciones de Derecho Civil. Contratos", Tomo II, p. 155). Como es sabido, la "bona fides" tiene plena aplicación en nuestro sistema normativo y ha sido receptada en el actual Código Civil y Comercial de la Nación Unificado convertido en ley por la 26.994 que en su art. 9º dispone que "Los derechos deben ser ejercidos de buena fe" y en su art. 961 prácticamente reitera los términos del anterior art. 1198 CC, agregando que "[Los contratos] obligan no sólo a lo que está formalmente expresado, sino a todas las consecuencias que puedan considerarse comprendidas en ellos, con los alcances en que razonablemente se habría obligado un contratante cuidadoso y previsor"; y disponiendo, en el art. 991, que "Durante las tratativas preliminares, y aunque no se haya formulado una oferta, las partes deben obrar de buena fe para no frustrarlas injustificadamente" (confr. asimismo, lo expuesto en sentido concordante en Rivera - Medina, Código Civil y Comercial de la Nación comentado, La Ley, Buenos Aires, 2014, tº1, págs. 83/84).

3) Que por último, vale aclarar que en el mismo sentido se ha pronunciado este Tribunal en las causas "Solaligue Cury, Alfonsina del Milagro c/ OSDE s/ amparo ley 16.986" y "Aparicio, María Soledad c/ Nórdica Salud S.R.L. s/ amparo", ambas sentencias del 02/07/2014. De igual modo, la solución que aquí se propicia encuentra asidero en jurisprudencia nacional. Así, el pasado 24 de febrero de 2014 la Cámara Federal de Paraná, en el caso "García, Mónica Patricia contra Mutual Federada 25 de Mayo s/ amparo ley 16.986" (publicado en www.cij.gov.ar), rechazó un pedido de cobertura médica en virtud de que el accionar de la amparista no se condijo con el deber de veracidad y buena fe que debe imperar en la relación contractual médico asistencial (que en el caso la ligaba con la mutual demandada), validándose la rescisión contractual producida por aplicación del art. 10 del Marco Regulatorio de la Medicina Prepaga, donde también se subsume la conducta de la aquí accionante.

4) Que la forma en la que se resuelve el recurso no impide dejar establecido que le asiste el derecho al amparista de solicitar nuevamente su afiliación a Swiss Medical o, desde luego, de aplicar para su inclusión como beneficiario de cualquier otra entidad prestadora del servicio de salud, pudiendo las nombradas solicitarle el justo valor diferenciado de la cuota que correspondiere (cfr. art. 9 de la ley 26.682), restando advertir que en la hipótesis descripta en primer término, deberá Swiss Medical arbitrar los mecanismos administrativos necesarios para resolver la nueva afiliación con la premura que exigen las circunstancias objeto de autos, y con la debida intervención de la autoridad de aplicación (art. 10 ley 26.682 y art. 10 decreto reglamentario 1993/2011).

5) Que en lo concerniente a las costas, si bien el principio general -aplicable a la acción de amparo por conducto del art. 14 de la ley 16.986- es que la parte vencida debe pagar los gastos de la contraria, atento la naturaleza de esta acción y las particularidades reseñadas precedentemente se justifica un apartamiento de aquél (en los términos del art. 68, 2do. párrafo, del Código de rito), imponiéndose en esta instancia, por el orden causado. Por lo expuesto, se RESUELVE: I) RECHAZAR el recurso de apelación interpuesto por el actor a fs. 114/118 en contra del pronunciamiento de fecha 13 de enero de 2015 (fs. 108/113 vta.). II) TENER PRESENTE lo indicado en el considerando 4. III) IMPONER las costas en esta instancia por el orden causado (art. 68, 2do. párrafo, del CPCCN). IV) REGÍSTRESE, notifíquese, publíquese en los términos de las Acordadas CSJN 15 y 24 de 2013 y, oportunamente, devuélvase. No firma el Dr. Jorge Luis Villada por encontrarse excusado de intervenir en autos. Se deja constancia que la tercer vocalía se encuentra vacante. Fdo. Dres. Luis Renato Rabbi-Baldi Cabanillas- Juez de Cámara- Luis Fernando Poviña- Juez- Ante mí: Ernesto Solá- Secretario

Correlaciones: C., A.
B. c/OSDE s/cumplimiento de contrato - Cám. Civ. y Com. Dolores - 17/9/2013 000141E