

Contrato De Medicina Prepaga Obra Social Persona Mayor De 65 Anos Valor Diferencial Defensa Del Consumidor Deber De Informacion

JURISPRUDENCIA

Contrato de medicina prepaga. Obra social. Persona mayor de 65

años. Valor diferencial. Defensa del consumidor. Deber de información Se confirma la sentencia que admitió la demanda contra una obra social, pues resulta improcedente la modificación del valor de la cuota del contrato de salud, cuando el accionante alcanzó los 65 años de edad, ya que si bien la obra social demandada aseguró haber cumplido con el deber de información previsto en el artículo 4 de la ley 24240, no acreditó que el actor haya prestado conformidad al reglamento que contempla las condiciones particulares de los planes. Se destaca que la copia simple de la ficha de afiliación que integraría el plan aparentemente contratado, resulta insuficiente como prueba, siendo que la misma ni siquiera se encuentra suscripta por el accionante.

En Buenos Aires, a los 13 días del mes de Junio de dos mil diecisiete, reunidas las señoras juezas de Cámara en la Sala de Acuerdos, fueron traídos para conocer los autos seguidos por ?BIANCHINI HECTOR RODOLFO C/ UNION PERSONAL -OBRA SOCIAL DEL PERS. CIV. DE LA NACION S/ ORDINARIO? (Expte. 13249/2009), en los que al practicarse la desinsaculación que ordena el art. 268 del Código Procesal, resultó que debían votar en el siguiente orden: Doctoras María L. Gómez Alonso de Díaz Cordero, Matilde E. Ballerini y Ana I. Piaggi. Estudiados los autos la Cámara planteó la siguiente cuestión a resolver: ¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada? La señora Juez de Cámara Doctora María L. Gómez Alonso de Díaz Cordero dijo: I. La Causa:

Héctor Rodolfo Bianchini demandó a la Obra Social Unión Personal de la Unión del Personal Civil de la Nación el pago de pesos \$5.032,50 con más sus intereses y costas, y el cese del cobro de las cuotas con aumentos indebidos desde el inicio de la demanda en adelante. Relató que en febrero de 1974 se inició el vínculo contractual que unió al actor y su cónyuge, con la defendida por el servicio de medicina privada ?Plan Dorado-Accord Salud?; la relación comenzó por desarrollar tareas en la Secretaría de Industria de la Nación y encontrarse afiliado a la obra social de la Unión del Personal Civil de la Nación. Añadió que en Marzo de 1992 al jubilarse continuó como adherente a aquél servicio de medicina. Afirmó que sorpresivamente y sin aviso previo ni consentimiento de su parte, a partir de Abril 2004 se incrementó el valor del aporte por ser mayores de 65 años. Agregó que, como no fue constante la diferencia entre el valor de la cuota para mayores y menores de esa edad, utilizó como referencia para practicar la liquidación, un porcentaje del 30%. El 12/8/05 dirigió una nota a la demandada a fin de que cesara en el cobro del incremento. Frente a la negativa presentó una denuncia ante la Dirección General de Defensa y Protección del Consumidor iniciándose la causa caratulada ?Bianchini Hector c/ Obra Social Unión Personal de la Unión Personal Civil de la Nación (Accord Salud) s/Infracción a la Ley 24.240? en la que el 12/8/05 se condenó a la defendida al pago de una multa de \$5.000 y a publicar el decisorio en el diario Clarín por infracción al Artículo 4 de la Ley 24.240. Explicó que en dicha resolución se decidió que las partes se vinculaban a través de un contrato de adhesión, debiendo interpretarse del modo más favorable al consumidor. En virtud de ello, envió otra nota a la prestataria del servicio a fin que reintegre las sumas mal percibidas y comience a facturar las que correspondían, sin resultado alguno. Aclaró que la demandada no acompañó el contrato suscripto al expediente iniciado ante Defensa del Consumidor. Entendió que ello le impidió ejercer el derecho de información establecido en el art. 4 de la ley 24.240 y conocer la facultad de la defendida para modificar la cuota, y en su caso los criterios para modificarla, por lo que no pudo examinar la conveniencia de continuar con el vínculo. Mencionó las dificultades de las personas mayores de 65 años para cambiar de prestador, dejándolas en estado de desprotección. Explicó las características del contrato de adhesión que lo vinculaba con la defendida y afirmó encontrarse amparado por la protección que le confiere la ley 24240. Finalmente, practicó liquidación de la suma reclamada. Formuló expresa reserva de ampliar la demanda, conforme se produzcan nuevos cobros indebidos. Fundó su pretensión en derecho y ofreció prueba. A fs. 177/184 se presentó la Obra Social Unión Personal de la Unión del Personal Civil de la Nación, opuso excepción previa de incompetencia y de prescripción. Subsidiariamente contestó demanda, realizó una negativa de todos los hechos invocados en el escrito de inicio y solicitó su rechazo con costas. Advertió que, atento al tiempo transcurrido y las distintas mudanzas del organismo, no pudo localizar la solicitud de afiliación del actor, aunque aseguró que, al afiliarse prestó conformidad al reglamento del plan instituido por su mandante. Sostuvo que, al jubilarse no quedó desprotegido, sino que contaba con el Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). En virtud de ello, el obrar del accionante es contrario a la teoría de los actos propios. Explicó que el Régimen de Beneficiarios Adherentes y su normativa, fueron debidamente aprobados en la Superintendencia de Servicios de Salud, como autoridad de aplicación. Informó que, la resolución N°490 INOS establece que las obras sociales podrán incorporar en carácter de beneficiarios adherentes a aquellas personas que no se encuentren incluidas obligatoriamente en ellas, con ajuste de disposiciones que contiene la resolución. Dichas

cuotas se fijarán en función del costo de las prestaciones que las Obras Sociales brinden a sus afiliados, estableciéndose sistemas de actualización que contemplen la variación de dicho costo. Las restantes consideraciones fácticas que rodean la causa se encuentran debidamente reseñadas en la sentencia de la anterior instancia, motivo por el cual, sin perjuicio de las acotaciones que efectuaré, a ella me remito en orden a evitar innecesarias repeticiones. Fundó su pretensión en derecho y ofreció prueba. II. La Sentencia de Primera Instancia: El Juez de la anterior instancia hizo lugar a la demanda promovida por Héctor Rodolfo Bianchini contra Unión Personal - Obra Social de Personal Civil de la Nación, a quien condenó a abonar a aquél, la suma equivalente a la diferencia entre el valor de la cuota que abonaban los afiliados menores de 65 años y aquéllos mayores de esa edad durante los períodos de abril 2004 y la fecha de promoción de estas actuaciones con más sus intereses. Dispuso, asimismo, que la demandada cesara en el cobro de los valores de las cuotas que Bianchini abona, en exceso de lo que pagan los afiliados menores de sesenta y cinco años. Contra dicho decisorio se alzaron ambas partes. El accionante apeló a fs. 689 y expresó agravios a fs. 703/704. A fs. 693 recurrió la defendida quién fundó su recurso a fs. 707/709. III. Los Recursos: El actor se quejó porque solo se hizo lugar parcialmente al reclamo. Cuestionó que se haya ignorado la totalidad de las cuotas abonadas por el Sr. Bianchini durante el proceso con la diferencia en exceso y aseguró, que la extensión de la condena a restituir debió ajustarse hasta marzo de 2015 inclusive. La demandada se agravó por el rechazo de la prescripción; por haber considerado improcedente que la defendida haya modificado el valor de la cuota cuando el accionante alcanzó la edad de 65 años. Aseguró haber cumplido con el deber de información del artículo 4 de la Ley 24240. IV. La Decisión: a) Examinadas las constancias obrantes en autos y cotejadas las posturas asumidas por los contendientes, advierto que no existe controversia respecto de la relación de servicio de medicina prepaga que le ofrece la defendida desde el año 1974. Tampoco encuentro discrepancias en punto a que, el Sr. Bianchini revistió en el padrón de afiliados de la obra social, como beneficiario adherente; ni que el reclamo se habría originado por el incremento en el valor de las cuotas al cumplir los 65 años a partir del mes de abril del año 2004. b) Sentado ello, iniciaré esta ponencia mediante el examen de los agravios de la defendida ya que al haber invocado la prescripción, de prosperar tornaría innecesario el tratamiento de los restantes argumentos. i. La demandada considera que debió declararse prescripta la acción por haber transcurrido el plazo del art. 50 de la ley 24240, es decir, más de tres años desde el mes de abril de 2004, fecha en que el actor conoció la modificación de las condiciones contractuales. Sabido es que la prescripción es una institución de orden público que responde a la necesidad social de no mantener indefinidamente pendientes las relaciones jurídicas. Es un instituto fundamental para poner fin a la indefinición de los derechos y consolidar las situaciones creadas por el transcurso del tiempo. En el caso, no existe controversia respecto a que las partes estuvieron vinculadas por un servicio de medicina prepaga instrumentado a través de un contrato de adhesión. Tampoco que, el Sr. Bianchini debe ser considerado un consumidor conforme lo establece el artículo 1 de la Ley 24240. Legislación que consagra dos directivas específicas en orden a la interpretación de los contratos de adhesión con condiciones generales predisuestas, como ocurre en este caso. La primera, la que establece el art. 3 ¿en caso de duda se estará siempre a la interpretación más favorable para el consumidor? y la segunda la contenida en el artículo 37 c) referida a los términos abusivos y cláusulas ineficaces, cuando dispone ¿la interpretación del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor. Cuando existan dudas sobre los alcances de su obligación, se estará a la que sea menos gravosa?. Consecuentemente, cuando concurren más de una norma genérica (en este caso, Ley de Defensa del consumidor y Código Civil y Código Comercial) prevalecerá para su aplicación aquélla que contenga la interpretación más favorable para el consumidor afectado. Ergo, comparto la decisión a la que arribara el sentenciante en cuanto considera más favorable para el actor la aplicación del plazo decenal de los arts. 848 del Código de Comercio y 4023 del Código Civil vigentes al tiempo de anudarse la relación jurídica entre las partes. De todos modos, al haber iniciado un reclamo en sede administrativa ante la oficina de Defensa del Consumidor (ver fs 337/411), éste, interrumpió el plazo de prescripción, por lo que, a la fecha de interposición de demanda 26/3/09 no transcurrieron los plazos de prescripción decenal del art. 848 del Código de Comercio, ni el de tres años del 50 ley 24240. En consecuencia, se rechaza el agravio en cuestión. ii. En segundo lugar, la defendida cuestionó que se considerara improcedente la modificación del valor de la cuota cuando el accionante alcanzó los 65 años de edad y aseguró haber cumplido con el deber de información previsto en el artículo 4 de la Ley 24240. Es cierto que, a fs. 180 vta. la demandada manifestó que, ¿el Sr. Bianchini al momento de afiliarse como socio adherente a la Obra Social prestó conformidad del Reglamento, el cual contemplaba las condiciones particulares de los planes en cuestión?, sin embargo, no acompañó el documento que habría suscripto el actor ni la conformidad con dicho Reglamento, a efectos de corroborar tal afirmación, siendo manifiestamente insuficiente la copia simple de la ficha de afiliación (conf. Fs. 176) que integraría el plan aparentemente contratado, la que ni siquiera se encuentra suscripta por el accionante. Si en el año 1992 -como lo afirmara- no se suscribía contrato de adhesión con los afiliados (ver fs. 253), no podía acompañar la documentación requerida, ni acreditar el consentimiento del actor. Es más, advirtió la defensa haber perdido la documentación con motivo de las mudanzas de la empresa (ver fs. 180). Consecuentemente, no es posible conocer cuáles fueron

los términos del contrato celebrado entre las partes ni corroborar si el Sr. Bianchini había sido debidamente informado respecto de la modificación de las condiciones a partir de los 65 años. La carga de la prueba es una distribución, no del poder de probar, sino una distribución del riesgo de no hacerlo. No supone pues ningún derecho del adversario, sino un imperativo de cada litigante. Los litigantes deben asumir las consecuencias de que la prueba se produzca o no, y en principio esa debe ser cumplida por quien quiera innovar la situación de su adversario. (cfr. CNCom., esta Sala, in re, "Rohenplast SA c/ Manufactura Textil Patagonica s/ ordinario", del 30/09/93; idem in re, 5.9.02, "Sextans maquinarias y Servicios SA c/ Transportes Rudaeff SRL s/ ordinario", del 05/09/02 entre otros). Sin embargo, en el caso predomina el principio de las cargas dinámicas de la prueba o prueba compartida consistente en hacer recaer en ambas partes la obligación de aportar pruebas al juzgador; ésta tiende a privilegiar la verdad objetiva sobre la formal, a efectos de brindar la efectiva concreción de la justicia para perseguir una resolución judicial justa según las circunstancias fácticas integrantes de la litis (CSJN, in re, ?Denberg, Roberto c/ Buenos Aires, Provincia de s/ cobro de pesos?. 322:3101, del 14/12/99).

Quien debe probar, es quien se encuentre en mejores condiciones de hacerlo. El juez no solo valora las circunstancias particulares de cada caso apreciando quien se encuentra en tales condiciones para acreditar el hecho controvertido, sino también las razones por las cuales quien tiene la carga de probar no lo hace. Este principio actualmente se encuentra reforzado -en el marco de las relaciones de consumo- de conformidad con lo dispuesto por el artículo 53 de la Ley 24240 (luego de su reforma por la ley 26361), el cual coloca en cabeza de 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, prestando la colaboración necesaria para el esclarecimiento de la cuestión debatida en juicio. (CNCom., Esta Sala, ?Grosso Elena c/ Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires s/ sumarísimo?, del 30/12/2016) Ergo, la prueba concerniente a la entrega del reglamento corresponde a la demandada, ya que ella se encuentra en mejores condiciones de acreditar ese hecho (positivo) que exterioriza el cumplimiento de su deber de información. No soslayo que, en sus agravios argumentó que, ?el Régimen de Beneficiarios Adherentes y su normativa, fueron debidamente presentados por ante la Superintendencia de Servicios de Salud, la que como autoridad de aplicación ha aprobado dicho régimen. (...) Siendo que el aumento cuestionado obedece a una normativa general en la cual se basan todas las empresas de medicina prepaga y/o planes adherentes de Obras Sociales, situación que como ya se manifestó fue puesta bajo el conocimiento de la Superintendencia de Servicios d Salud.?

No obstante que dicho extremo tampoco fue acreditado, lo cierto es que muchas veces pueden aprobarse cláusulas que no merecían ser aceptadas o tornarse en injustas aquéllas que originalmente, es decir, al tiempo de su aprobación, no lo fueron. En consecuencia, si se demuestra la iniquidad de su contenido, el tribunal puede tenerlas por no escritas aunque se encuentren aprobadas. Al menos, cuando el accionante es un simple consumidor frente a un empresario especializado. Es que, la aprobación no significa consagrar la omnipotencia del funcionario que interpreta los textos a la luz de la ley y la constitución, ni tornar ilusorios los derechos y garantías que aquéllos acuerdan, porque si a pesar de la aprobación se vulneraran garantías y derechos de los consumidores, es a los jueces a quienes incumbe otorgar a los afectados debido amparo. Dicho esto, recordaré que el contrato de medicina prepaga es un contrato típico de adhesión por cuanto una de las partes, la empresa, realiza una contratación en masa, estableciendo un contenido prefijado para todos los contratos de un determinado tipo que se celebren en el ejercicio de la actividad empresarial. De allí que su particularidad radica en que las cláusulas del contrato de adhesión deben ser aceptadas. Si los interesados desean contratar, han de hacerlo aceptando el contenido que, con carácter inmodificable, se da al contrato (Diez Picazo, Luis, ?Fundamentos del derecho Civil patrimonial?, Ed. Civitas, página 233). Una de las partes se obliga a prestar servicios médicos a los pacientes, por sí o por terceros, sujeta a la condición suspensiva de que se dé una determinada enfermedad en el titular o beneficiarios, contra el pago de un precio anticipado o periódico (Lorenzetti, Ricardo Luis, ?La empresa médica?, Ed. Rubinzal, 1998, página 127; CNCiv., Sala K, ?V.A.H contra Sistema de Protección Medica SA s/ Cumplimiento de contrato? del 11/02/2010). Al suscribir estos contratos de adhesión el organizador ya conoce la probabilidad de su rentabilidad futura y asegura fijando el precio que entiende adecuado para mantener la relación, porque el paciente paga inicialmente una cuota con un bajo nivel de prestaciones, lo que se garantiza con la exclusión de enfermedades preexistentes y los períodos de carencia. Con el transcurso de los años, la empresa ya ha previsto el envejecimiento natural y las enfermedades que sobrevienen del paciente. (conf. CNCom, Sala E, ?Murillo Rafael c. SPN Sistema de Protección Medica SA, 29/08/2005) Desde un punto de vista económico, la empresa se desarrolla y financia con los recursos o ahorros de sus socios, quienes normalmente pagan anticipadamente contra una prestación futura. Al celebrar el contrato la empresa cuenta ya con la estimación de los riesgos, dado que se trata de una circunstancia que cae dentro de sus previsiones normales y es factible de ser evaluada anticipadamente a la fecha de ingreso. Es evidente que el envejecimiento natural de sus adherentes, las mayores demandas de atención médica y erogaciones que ello conlleva, constituyen contingencias propias de la actividad empresarial, que se corresponde con la finalidad del contrato. No debe perderse de vista que se trata de un contrato de duración, donde el factor tiempo es relevante para alcanzar su finalidad: mantener indemne a sus asociados frente al riesgo futuro de una enfermedad, asegurando la continuidad del vínculo contractual. Para ello, el adherente, se reitera, paga en forma anticipada

cuando es joven y sano con la seguridad de que, llegado el momento de requerir el servicio acordado, en su edad más avanzada pueda obtenerla. Este es precisamente el riesgo que asume la empresa, si este es desplazado al usuario imponiendo aranceles adicionales, el equilibrio entre el valor económico de las prestaciones quedaría alterado, poniendo en cabeza del usuario un riesgo inherente al ámbito de actividades de la empresa. (?Tratado de daños? Carlos A Ghersi y Celia Weingarten Tomo III Parte Especial, Ed. La Ley, 2008, página 351) La variación sólo será admisible cuando contemple la adecuación del valor de los diversos servicios conforme a su costo. A fs. 474/476 y fs. 632/633 el perito contador acompañó información que evidencia la diferencia del valor de las cuotas correspondientes a los afiliados mayores de 65 años con respecto a los menores desde Abril de 2004 a Marzo 2015, en consecuencia, si el incremento en cuestión es de importancia económica sustancial y siendo que no se demostró en autos la existencia y vigencia de la cláusula contractual que la defendida invocó para procurar justificar el aumento cuestionado, el agravio debe rechazarse. Tampoco debe desatenderse el impacto social del contrato de medicina prepaga y la protección del derecho a la salud prevista a nivel constitucional y en los diversos tratados suscriptos por la República Argentina. Por ello, y por los argumentos desarrollados por la Sra. Fiscal General en su dictamen obrante a fs.712/723, tal como fuera adelantado, sugiero desestimar la queja.

c) De seguido atenderé los agravios del accionante. Criticó que se haya hecho lugar parcialmente a la demanda sin atender el resultado de la pericia contable. Consideró demostrado que la accionada continuó percibiendo las cuotas con el exceso declarado indebido por ello reclama que la condena incluya los vencimientos posteriores a la interposición de demanda, conforme fuera oportunamente solicitado. A fs. 472 adjuntó un certificado médico e hizo saber el peligro en la demora. Allí explicó que no había cesado el cobro indebido del incremento del plan de salud y solicitó su adecuación a partir de la notificación del escrito en adelante.

El perito acompañó a su dictamen como ?anexo I? un listado con el cobro de facturas por los servicios médicos brindados al Sr. Bianchini y a su cónyuge desde noviembre de 2004 a diciembre de 2011, según surge de los libros contables. El defendido agregó a fs. 414 el detalle del canon a abonar por el afiliado Héctor Bianchini (Nº...) desde noviembre de 2004 al mes de febrero de 2012. El actor presentó los comprobantes de pago del plan de cobertura médico Accord Dorado correspondiente al período de 2012 a marzo 2015 inclusive (ver fs. 592). Conclusivamente, el demandado continuó cobrando con posterioridad a la interposición de demanda. Sin embargo, el sentenciante dispuso solo la restitución de las sumas equivalente a las diferencias entre el valor de la cuota que abonaran los afiliados menores de 65 años y los mayores de esa edad entre abril de 2004 y la promoción de las actuaciones, es decir, 26/3/2009. El Cpr. art. 163. inc. 6 introduce el llamado ?ius supervinis? con basamento en la doctrina procesal moderna, que autoriza al sentenciante a meritar los hechos constitutivos, modificativos o, extintivos, acreditados durante el devenir del proceso; aunque tales hechos no hubieran sido oportunamente invocados como fundamento de la pretensión (CNCom., esta Sala, in re, J. Vazquez Iglesias S.A y Dosdi Internacional S.A c/ Basterrechea S.A, José Ignacio Mayor Torres y Luis Llorens?, del 19/3/99, entre otros.) Consecuentemente, atento la reserva efectuada en la propia demanda (ver fs.101 vta.) y acreditado en autos que la defendida percibió el aumento a pesar de la promoción de esta acción, corresponde adicionar al monto de condena los importes cobrados en exceso durante los años transcurridos desde la interposición de demanda hasta el dictado de esta sentencia, período en que el actor continuó abonando, aún con inconvenientes de salud. Acoto que, la demandada demostró a lo largo del proceso una actitud negligente con respecto al cumplimiento de los requerimientos efectuados por el perito contador en relación al valor de los aportes correspondiente a los afiliados menores y mayores de 65 años. Ergo, considero que en este aspecto debe estarse al principio de la reparación plena o integral, el cual fue acogido por nuestra ley en materia de daños y para que la reparación sea plena, en tanto lo permitan las circunstancias del caso, deberá determinarse el momento en que cada perjuicio se ha operado (CNCom, esta Sala, "Cunial, Ubaldo Edelmiro c/ Duartez, Roberto y otros", del 03/04/02). Por ello, y por los argumentos vertidos por la Fiscal propongo hacer lugar al presente agravio y extender la restitución ordenada por el a quo incluyendo las sumas que en exceso continuó percibiendo la demandada durante la tramitación del proceso, hasta la fecha de la presente. V. Costas Las costas de esta instancia a la demandada que ha resultado vencida por lo dicho ut supra y argumentos ya utilizados en relación a la aplicación del principio genérico de la derrota objetiva no surgiendo de autos elemento alguno que permita válidamente apartarme del mismo (arg. conf. art. 68 y conc. CPCC).- VI. Conclusión. Como consecuencia de lo expuesto, propongo a mis distinguidas colegas: 1) rechazar la apelación interpuesta por la demandada a fs. 693; 2) admitir el recurso deducido por el actor a fs. 689; 3) en consecuencia, confirmar parcialmente en lo principal que decide la sentencia de fs. 671/687 modificándola con el alcance que surge del punto c) del presente; y 4) con costas a la demandada art. 68 CPN. He concluido. Con lo que terminó este Acuerdo que firmaron las señoras Jueces de Cámara, María L. Gómez Alonso de Díaz Cordero, Matilde E. Ballerini, y Ana I. Piaggi. Es copia fiel del original que corre a fs. 1224/33 del Libro de Acuerdos Comerciales. Sala B. RUTH OVADIA SECRETARIA DE CÁMARA Buenos Aires, 13 de Junio de 2017. Y VISTOS: Por los fundamentos del Acuerdo que precede, se resuelve: 1) rechazar la apelación interpuesta por la demandada a fs. 693; 2) admitir el recurso deducido por el actor a fs. 689; 3) en consecuencia, confirmar parcialmente en lo principal que decide la sentencia de fs. 671/687 modificándola con el

alcance que surge del punto c) del presente; y 4) con costas a la demandada art. 68 CPN. Regístrese por secretaría, en su caso, conforme Acordadas N° 31/11 y 38/13 CSJN y devuélvase. Oportunamente, cúmplase con la publicación a la Dirección de Comunicación Pública de la CSJN, según lo dispuesto en el art. 4 de la Acordada N° 15/13 CSJN. MATILDE E. BALLERINI MARÍA L. GÓMEZ ALONSO DE DÍAZ CORDERO ANA I. PIAGGI Co rrelaciones Campolonghi, Roberto c/Staff Médico SA s/ordinario - Cám. Nac. Com. - Sala D - 15/12/2016 019047E