

Contrato De Medicina Prepaga Contrato De Larga Duracion Cambio A Un Plan Mas Economico Derecho Del Usuario

JURISPRUDENCIA

Buenos Aires, 23 de septiembre de 2019.- Y

VISTOS: I) Apelaron las partes la sentencia dictada a fs. 205/11 en cuando hizo lugar a la demanda incoada por los actores y condenó a Swiss Medical SA a acceder a la petición de los accionantes a cambiarse de plan médico, así como abonarles la suma que resulte de la pertinente liquidación de las diferencias abonadas en exceso desde agosto de 2017 hasta el efectivo cambio de plan con más intereses liquidados a la TABN. Los fundamentos de la actora obran a fs. 219/21 y los de la demandada a fs. 223/26, siendo respondidos a fs. 228/30 y 233/35, respectivamente. Por su lado, la Sra. Fiscal General actuante ante esta Cámara se expidió a fs. 251/6, en el sentido que surge de su dictamen. II) Los hechos del caso: 1. En autos se presentaron Jaime Junyent y Nora Lilian Babruskis demandando a Swiss Medical SA a los fines de que se le permitiera cambiar el plan acordado con la accionada a uno de menor jerarquía, y que se la condenara a restituir la diferencia de las sumas cobradas por el Plan SM04 al que estaban adheridos y el de menor rango al que se cambiarían, desde agosto de 2017, fecha en que solicitaron el cambio que le fuera denegado por la empresa. Indicaron que se encontraban afiliados a la prepaga desde el año 2007, a través del plan SM04, por el cual se le estaba facturando a febrero de 2018 la suma de \$ 22.692,36.- Relataron que, ante los grandes costos que les importaba el pago de la cuota, en agosto de 2017 solicitaron el cambio de plan a otro de menor jerarquía, lo que fue rechazado por la demandada. En virtud de ello, efectuaron el reclamo ante la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo que dictó la disposición DI-2018-166-APN-GAYSAUSS#SSS, mediante la cual se intimó a la demandada a que permitiera el cambio reclamado, lo que no fue cumplido por ésta, motivando la presente demanda. De otro lado, solicitó una medida cautelar que fue decretada a fs. 28/31 en donde se ordenó a la demandada que permitiera a los actores acceder al Plan de Salud que desearan y, en consecuencia, les brindara las prestaciones medico asistenciales correspondientes. Notificada de esa medida, la accionada, informó a fs. 57 los planes y valores de éstos, a los que los actores podían cambiarse, señalando los actores a fs. 60 que se mudarían al plan SMG 10, el cual le era más accesible. En esa misma presentación ampliaron la demanda solicitando que, al momento de dictarse sentencia, se fijara la cuota de acuerdo a los parámetros legales y aumentos autorizados. Ello, en virtud de que el plan al que querían cambiarse al promover la demanda -SM01- habría aumentado de \$ 9.511,90 a junio de 2017 a la suma de \$ 17.859,39 a julio de 2018, lo que lo tornaba inaccesible para los actores.- 2. Al contestar demanda, Swiss Medical SA solicitó que la demanda dirigida al cambio del plan se declarada abstracta, pues con el dictado de la medida cautelar ya se había cumplido con dicho reclamo. En subsidio, señaló que no existió incumplimiento alguno de su parte, pues tenía derecho a rechazar el pedido de cambio de plan. Señaló, por otra parte, que la resolución recaída en sede administrativa, fue recurrida por su parte, por lo que no existía obligación alguna de cumplirla. En cuanto a la pretensión de reintegro, postuló que la vía elegida por los actores no era la adecuada para ello. De otro lado, indicó que no correspondería el reintegro, pues hasta el momento del cambio de plan, los actores habrían usufructuado las prestaciones del plan originario, el que resultaría superior al nuevo plan acordado. 3. Producida la prueba ofrecida en autos, la juez de grado, en la sentencia apelada señaló que el recurso de nulidad y de reconsideración (con jerárquico en subsidio) que interpuso la demandada en sede administrativa no importó la suspensión de la orden de la Superintendencia de Servicios de Salud. Ello pues, el art. 12 de la ley 19549, establece que el acto administrativo goza de presunción de legitimidad y que su fuerza ejecutoria faculta a la Administración a ponerlo en práctica por sus propios medios, lo que conllevaba el efecto no suspensivo de los recursos que contra éste se deduzcan. Postuló la magistrada que el acto en cuestión, siguió surtiendo efecto hasta que fuera revocado por la propia Administración o en sede Judicial, por lo que la demandada se encontraba obligada a cumplir con la disposición de la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud de la Superintendencia de Servicios de la Salud y, por tanto, darle a los actores la posibilidad de contratar un plan médico más barato como se había ordenado. Indicó, además, que la accionada no había impulsado la resolución de su recurso. En cuanto a la petición de devolución de las diferencias abonadas en exceso por los actores, señaló la juez a quo que estas actuaciones no tramitaron como un amparo sino como un juicio sumarísimo, trámite que admitía el reclamo patrimonial de parte de los accionantes. De otro lado, apuntó que la demandada no había probado que los servicios usados por los actores excedían a los del plan SM01 - el originariamente pretendido-, se había limitado a acercar un listado de consumos sin indicar concretamente que alguna de las prestaciones allí enumeradas estuviera excluida del plan SM01. Por ende, admitió el derecho de los actores a obtener la devolución entre lo efectivamente abonado y aquello que hubieran debido pagar desde agosto de 2017 hasta junio de dicho año, por el Plan SM01 si la demandada hubiera aceptado el cambio de plan y dado cumplimiento a la dispuesto por el organismo de contralor, cálculos que difirió a la etapa de liquidación. Finalmente, en cuanto a

la pretensión consistente en que se fije la cuota del plan SM01 de acuerdo a los parámetros legales y aumentos autorizados?, la magistrada indicó que tal petición no tenía el desarrollo que era de menester, atendiendo que la accionada negó que tuviera facultades para controlar el valor de la cuota, ni se había aclarado si tales pretensiones tenían una vía administrativa previa. Añadió, por otro lado, que el valor inicial del plan SM01 denunciados por los actores estaba cuestionado y no se había producido prueba alguna al respecto. Las costas fueron impuestas a la demandada.

III. Los agravios: 1. Se quejó la actora porque se rechazó su pretensión de que se fijara una cuota acorde al plan SMG10 -plan al que en definitiva se adhirieron-, de conformidad con los aumentos autorizados por la SSN por el periodo de agosto 2017 a junio de 2018, cuando ello sería fundamental atento el monto de la cuota cobrado. Señaló que, a esos fines, ofreció la prueba pertinente, pese a lo cual fue la accionada la que no brindó la información requerida, esto es, el valor de los planes vigentes a agosto de 2017. Argumentó que el mentado incumplimiento de su contraria no podría tornarse en un obstáculo para el reconocimiento de sus derechos. Señaló que el organismo de contralor informó los aumentos autorizados durante ese periodo que serían de un total del 27,50%, por lo que no existiría impedimento para comprobar si la demandada respetó tales aumentos, teniendo en cuenta el valor de la cuota a agosto de 2017. Postuló que si no existió impedimento para diferir a la etapa de ejecución la determinación de los reintegros que deben efectuársele, tampoco habría obstáculos para el control real y efectivo de la cuota contratada a junio de 2018. Invocó el amparo de la ley 24.240. Reiteró la necesidad de un control judicial de la cuota final cobrada por la contraria. Argumentó que era la accionada la que se encontraba en mejor posición para acreditar el valor de la cuota a agosto de 2017. Añadió que el aumento que habría aplicado la demandada a las cuotas sería mayor al autorizado, lo que habilitaría el control judicial. Manifestó que se los estaba obligando a promover una nueva vía administrativa o judicial. Por su parte, la demandada se agravio en cuanto se le ordenó la restitución de las diferencias entre el monto abonado por el plan originario y aquél que debieron pagar de admitirse el cambio de plan. Señaló que la disposición de la autoridad administrativa se encontraba suspendida, conforme arts. 241 y 242 CPCC. Postuló que el acto administrativo afectado de nulidad absoluta carecía de presunción de legitimidad y no podía ser ejecutorio. Argumentó, por otro parte, que tampoco correspondía el reintegro de las diferencias por cuanto los actores, hasta el cambio de plan, estuvieron usando el plano original y sus prestaciones, las que eran diferentes a la del nuevo plan. Indicó que los consumos médicos efectuados por los actores no tenían incidencia sobre este tema, pues ambos tenían acceso a las prestaciones contratadas, ya sea que las utilizaran o no. Indicó que, en última instancia, la devolución debería ser a partir del 19/2/18, fecha en que fue notificada de la Disposición 166/18 de la SSN. Agregó que no estaba obligada a aceptar el cambio de plan pretendido. Finalmente se quejó de la imposición de costas a su cargo.

IV. Solución del caso: 1. En primer lugar cabe efectuar las siguientes consideraciones: a.) El contrato de medicina prepaga puede caracterizarse como aquél en virtud del cual una empresa especializada se obliga a prestar el servicio de asistencia médica -con los alcances que se convengan- a una persona o grupo de personas mediante el pago periódico (generalmente mensual) de una suma de dinero.- Así conceptualizado, este contrato no encuadra estrictamente dentro de ninguna de las figuras legisladas por los códigos o por leyes especiales, si bien reúne ciertas notas que lo asemejan a algunos de ellos (como la locación de servicios y el seguro).- Puede afirmarse que se trata de un contrato atípico, innominado, bilateral, oneroso, consensual, no formal y de tracto sucesivo. Se discute acerca de si es conmutativo o aleatorio, debido a que si bien el afiliado o adherente paga una cuota cuyo valor se mantiene constante, la empresa puede tener que afrontar servicios extraordinarios o, eventualmente, no afrontar ninguno (véase: Dante Cracogna, "El contrato de Medicina prepaga", Nota a Fallo, ED, 174-243).- Se comparte el criterio de quienes sostienen que se trata de un contrato por adhesión puesto que la empresa ofrece a los potenciales afiliados un contrato con cláusulas predispuestas que ellos pueden aceptar o no, pero que no pueden modificar ni negociar, aunque pueden elegir entre varios planes diferentes pero todos ellos propuestos por la empresa. Se ha dicho que este rasgo permite asimilar la figura con el contrato de seguro, pero se ha apuntado que media la importante diferencia de que los planes y condiciones de pólizas deben ser aprobados por la SSN antes de su comercialización, mientras que los de la medicina prepaga no se hallan sujetos a control alguno. No puede cuestionarse sin embargo, que dado que el poder negociador de ambas partes es diferente, se advierten desigualdades en la relación contractual capaces de ocasionar perjuicios a la parte más débil en la relación comercial -el adherente-, en esta línea de ideas, resulta claramente de aplicación al caso la Ley de Defensa de Consumidor en punto a la interpretación del contrato y a las cláusulas abusivas e ineficaces (arts. 3, 37 y concs., ley 24.240).- La jurisprudencia ha dicho que contratar servicios médicos por el sistema prepago implica acordar un contrato con cláusulas predispuestas lo que equivale a hablar de un contrato por adhesión (véase: Dante Cracogna, ob.cit. ED. 174-243).- b.) Las prestaciones propias de los servicios de medicina prepaga o de seguro de salud generan contratos complejos de servicios, con muchas variables, en los que originalmente se conviene una prestación médica conforme a un determinado nivel de calidad, un listado de médicos, un equipamiento tecnológico específico, contra el pago de un precio. Se ha observado que con el transcurso del tiempo, que puede ser de varios años, lo que era bueno se vuelve antiguo, surgen nuevas tecnologías médicas, los médicos cambian, surgen otros más especializados o actualizados, las posibilidades de curación se

incrementan, aparecen nuevas enfermedades, las expectativas del paciente son otras, los costos ascienden y el precio que se paga como contraprestación puede ser insuficiente (véase: Lorenzetti Ricardo L., "El objeto y las prestaciones en contratos de larga duración. A propósito de la medicina prepaga, servicios educativos, contratos de suministro y asistencia", La ley 1997-E, 1103).- c.) Se estima evidente que en el caso las partes se encuentran sujetas a un contrato de los denominados de "larga duración", en el cual el tiempo es un elemento que puede modificar sustancialmente las obligaciones involucradas en las prestaciones prometidas, lo que conlleva examinar si el precio inicialmente pactado puede ser modificado, si las prestaciones de servicios deben ser actualizadas, si los plazos, aún los determinados como anuales y renovados sucesivamente, no devienen indeterminados, etcétera.- Se considera ciertamente que la idea de que en el consentimiento o en la adhesión a condiciones generales de la contratación se definen, de una vez y para siempre el contenido de las obligaciones de las partes, no puede ser sostenida en este tipo de vínculos (cfr. Lorenzetti Ricardo L., ob.cit., L.L. 1997-E, 1103).- d.) Lorenzetti señala que ese contexto, "un contrato de larga duración no es sino un acuerdo provisorio, sometido a permanentes mutaciones", que "la obligación es concebida como proceso, como un continuum desarrollado en el tiempo que todo lo domina" y, recordando a Morello que, "el contrato de duración requiere una permanente adaptación, una cooperación renegociadora continua".- Se ha dicho que así, surge como problema, encontrar fórmulas que armonicen la necesidad de adaptación a los cambios, la seguridad jurídica frente a las modificaciones ulteriores de lo pactado y la prevención de prácticas abusivas que a través de modificaciones unilaterales alteren la relación de equivalencia. En el contrato de larga duración, la duración no es tolerada por las partes, sino querida por ellas, por cuanto la utilidad del contrato es proporcional a aquella. Lorenzetti dentro de esta categoría distingue: i) Contratos de objeto de larga duración: la operación jurídica considerada por las partes precisa del tiempo, como en la medicina prepaga, o el seguro, o la educación. Puede presentar obligaciones de cumplimiento instantáneo, duraderas y prestaciones de diversos tipos; ii) Contratos con obligaciones de larga duración: el objeto del contrato está definido, pero las obligaciones se devengan periódicamente, como en la locación de cosas; iii) Contratos con prestaciones de larga duración: Díez Picazo, manifiesta que puede pactarse el pago del precio contado (prestación instantánea) y una obligación de prestar servicios prolongados (prestación de duración), produciéndose una mixtura entre obligaciones de cumplimiento instantáneo y de larga duración.- Se ha dicho que "las modificaciones no se producen en el objeto del contrato, que sigue siendo la misma operación, ni tampoco se alteran las obligaciones de dar suma de dinero, de dar cosa o de hacer, de prestar un servicio, porque éstas son definidas en el momento genético. Los cambios se producen en el objeto de las obligaciones, es decir, en las prestaciones. El monto dinerario debido puede variar por la depreciación de la moneda; los medios que se usan para cumplir con el servicio pueden alterarse por los cambios tecnológicos; el producto puede estar inserto en un contrato de provisión continua y requerir actualizaciones". "Los cambios en las prestaciones se reflejan en la ecuación de equilibrio e impactan en la comprensión del objeto".- "En los contratos de larga duración, el objeto es una envoltura, un cálculo probabilístico, un sistema de relaciones que se modifica constantemente en su interior con finalidades adaptativas. Esta cualidad debe ser preservada puesto que de lo contrario, toda fijación produce la inadaptableidad del contrato", "la relación mencionada no es estática sino dinámica; es típicamente relacional. En un contrato de ejecución instantánea o de duración breve, estamos frente a conceptos nítidos: entregar un inmueble, pagar una suma de dinero a treinta días. Si las partes decidieron que era un buen negocio hacerlo, no es necesario hacer nada más. En cambio, dar un servicio médico a lo largo de treinta años y pagar el precio correspondiente durante todos los meses en ese período, no es concepto nítido ni es estático", es un asunto dinámico, cambiante (confr.: Lorenzetti Ricardo L., ob.cit. La ley 1997-E, 1103).- Así las cosas, debe interpretarse el carácter conmutativo del negocio mediante un concepto relacional y dinámico, debe proporcionarse una prestación de servicios médicos relacionada con el precio pagado.- e.) A esta altura, es dable recordar que en virtud de lo dispuesto por el art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, el derecho a la salud tiene un reconocimiento expreso y posee jerarquía constitucional y que ya antes de la reforma del año 1994 la doctrina sostenía que el art. 14 bis al consagrar el beneficio de la seguridad social, reconocía el derecho a la salud. También, que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su art. 12, reconoce que toda persona tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (ap.1). Este derecho a la salud significa que el Estado debe velar para que todas las personas reciban asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad o accidente. También la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su art. 25.1. y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en su art. XI, reconocen el derecho a la salud.- Es claro que el derecho a la salud constituye un derecho personalísimo a estar sano física, mental y socialmente, por lo que las personas deben tener acceso a la asistencia y a los servicios médicos y, en caso de enfermedad o accidente, corresponde al Estado velar para que ello se cumpla (véase: Stein Enrique, "La pertenencia al sistema de medicina prepaga", L.L.1999-B, 936). f.) Con la perspectiva de estas consideraciones, se considera que contratos de la naturaleza del que es materia del sub lite, por necesidad, contienen elementos de previsión, son un medio a través del cual los adherentes a los diferentes planes, se procuran seguridad para estar a cubierto de avatares -enfermedad, accidente, vejez- y es claro que en nuestro país, estos contratos se han desarrollado con

fuerza, frente a la deficiente acción del Estado en estas áreas. Se hace un esfuerzo económico cuando se es joven, cuando se tiene una cierta solvencia patrimonial o cuando se está sano, a fin de ser compensado cuando llegue la vejez, o cuando no se tenga dinero, o se carezca de salud.- Así las cosas, mientras en los contratos de cumplimiento instantáneo o diferido, la relación entre las prestaciones se mide en un lapso de tiempo relativamente breve, en los contratos de larga duración con elementos de previsión, se debe medir en largos períodos. Pago ahora para recibir prestaciones dentro de veinte o treinta años. Se trata de una "correspectividad de larga duración" (véase Lorenzetti R. "Cláusulas abusivas en el contrato de medicina prepaga", JA 1997- III-788).- En este caso, el contrato es aleatorio, pero para las dos partes y no es admitida una cláusula que neutralice el riesgo, lo excluya o lo limite. Si el álea queda a cargo de una sola de las partes y la otra tiene una certeza de ganar, la cláusula es nula (conf. esta CNCom, esta Sala A, 4/8/11, ?Cilla Néstor Reinaldo c/ Galeno Argentina s.a. s/ sumarísimo?).- 2. Sentado ello, en el caso de autos no se encuentra controvertida la relación que unió a las partes, ni ha sido recurrida la sentencia en cuanto ha dispuesto que los actores tenían facultad de solicitar el cambio de plan, cambio que, conforme lo señaló la demandada, ya se hizo efectivo con el dictado de la medida cautelar de fs. 28/31.- En consecuencia, son objeto de recurso la condena a reintegrar las diferencias entre lo facturado por el plan original y el valor del plan actual durante el período que corre desde agosto de 2017 y hasta que el cambio de plan se hizo efectivo. Asimismo, se ha apelado que no se dispusiera un control sobre el monto de la cuota cobrada por la accionada. 3. En primer lugar, se abordará la queja de la demandada respecto del reintegro ordenado.- 3.1. La recurrente sostiene que no se encontraba obligada a cumplir con la Disposición de fecha 19/1/18 de la Superintendencia de Servicios de Salud (fs. 145/6) por cuanto había interpuesto un recurso reconsideración y nulidad, con recurso jerárquico en subsidio contra dicha resolución (fs. 174/79). Ahora bien, tal interpretación contradice lo expresamente dispuesto por el órgano administrativo a fs.164 en donde se le hizo saber que, de conformidad con lo establecido por el art. 12 de la ley 19549, los actos administrativos se presumen legítimos y ejecutorios, por lo cual debía acreditar en el plazo allí dispuesto, el cumplimiento de la disposición de fecha 19/1/18, independientemente de los recursos que pudiera interponer. De ello se sigue que la autoridad administrativa no le otorgaba el efecto suspensivo pretendido al recurso que la accionada pudiera interponer, en el caso, el recurso de reconsideración y nulidad con recurso jerárquico en subsidio de fs. 174/79. Debiendo añadirse, por otro lado, que la recurrente no impulsó la resolución del recurso -véase que ya ha transcurrido más de un año desde su interposición en mayo de 2018-, por lo que dicha parte podría haberlo considerado tácitamente rechazado conforme art. 87 Dec. 1759/72.- 3.2. De otro lado, no puede dejar de señalarse que, aún cuando no se acuerde con esa solución, lo cierto es que en la sentencia dictada en autos, la magistrada de grado resolvió que los actores tenían derecho a forzar el cumplimiento de la resolución recaída en sede administrativa, admitiendo la demanda en ese aspecto. Síguese de ello que en autos se ha reconocido el derecho de los accionantes a solicitar y obtener un cambio de plan, por uno de menor jerarquía, circunstancia que la demandada no ha cuestionado debidamente pues se ha limitado a señalar que, si bien los actores tenían derecho a solicitar el cambio de plan, su parte también tenía derecho a no aceptar tal cambio. Así, en este aspecto, la accionada no ha controvertido los fundamentos vertidos por la Superintendencia de Servicios de Salud en la Disposición del 19/1/18 que fuera reafirmada por la magistrada de grado. Véase que el órgano de contralor señaló que por, aplicación del art. 37 LDC debían interpretarse los contratos en el sentido más favorable al consumidor y que debía procurarse la protección de los derechos fundamentales a la vida, salud e integridad de las personas, constitucionalmente amparados. Indicó, además, que eran de aplicación las disposiciones del art. 7 de la ley 26682 que obliga a las entidades de medicina prepaga a cubrir como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial el PMO y el Sistema de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad prevista por la ley 24.901, además del art. 11 del Decreto 1993/11, que establece que no podrán ser contemplados como supuestos de rechazo de admisión los establecidos en el artículo 1º de la Ley Nº23.592, esto es, "...quien arbitrariamente impida, obstruya, restrinja o de algún modo menoscabe el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional, será obligado, a pedido del damnificado, a dejar sin efecto el acto discriminatorio o cesar en su realización y a reparar el daño moral y material ocasionados...?.- Con base en dichas normas, el órgano consideró que los actores tenían derecho a reclamar el cambio de plan a uno de menor jerarquía. Tales fundamentos no han sido debidamente desvirtuados por la accionada, por lo que debe confirmarse lo resuelto por la magistrada en este aspecto. 3.3. Sentado ello, habiéndose reconocido el derecho invocado por los actores, correspondió que se ordenara la restitución de las diferencias abonadas. No obstante, tal restitución sólo cabe que se haga efectiva a partir de la notificación de la Disposición DI-2018-166, pues fue a partir de esa fecha que la accionada se encontró obligada a admitir el cambio pretendido y su negativa careció de basamento legal. - Es que, de haber cumplido en su oportunidad la entidad recurrente a dicho cambio los actores habrían abonado una cuota menor durante todo el período involucrado, mientras que la negativa de Swiss Medical SA a ello los obligó a erogar un gasto mayor al que se encontraban dispuestos a realizar, lo que habilita el reclamo de la devolución de esas diferencias pagadas en más. Por ende, debe confirmarse la restitución ordenada, mas a partir del 19/2/18 (véase fs. 160) y hasta la fecha en que el cambio de plan se hizo efectivo.- 3.4.

Véase, por otra parte, que la recurrente no ha demostrado, como lo señaló la magistrada de grado, que los actores hubieran utilizado prestaciones cubiertas por el Plan originario, pero no así por el Plan al que se cambiaron. En efecto, se ha limitado a acompañar el listado de las prestaciones cubiertas por cada plan (fs. 113/22), y el listado de los consumos de los actores (fs. 65/6), pero de un cotejo de ambas informaciones no puede extraerse de forma clara y efectiva que algunas de las prestaciones utilizadas por los accionantes excediera aquellas cubiertas por el nuevo plan. Al respecto, la accionada solamente se ha limitado a realizar manifestaciones genéricas, sin puntualizar los casos concretos que sustentan su postura. . En suma, la prueba acompañada no resultó idónea para acreditar las alegaciones de la demandada, por lo que no ha sido satisfecha la carga impuesta por el art. 377 CPCC. En efecto, conforme el criterio pacífica y reiteradamente expresado en diversos precedentes, la norma ritual citada pone en cabeza de los litigantes el deber de probar los presupuestos que invocan como fundamento de su pretensión, defensa o excepción, lo cual no depende sólo de la condición de actor o demandado, sino de la situación en que cada litigante se coloque dentro del proceso; por lo tanto a la actora le corresponde acreditar los hechos constitutivos de su pretensión, en tanto que la parte contraria debe también hacerlo respecto de los hechos extintivos, impeditivos o modificatorios por ella alegados. Así, la obligación de afirmar y de probar se distribuye entre las partes, en el sentido de que se deja a la iniciativa de cada una de ellas, hacer valer los hechos que quiere que sean considerados por el Juez y que tiene interés que sea tenidos por él como verdaderos (Chioyenda, "Principios de Derecho Procesal Civil", T. II, pág. 253). La carga de la prueba actúa entonces, como "un imperativo del propio interés" de cada uno de los litigantes y quien no acredita los hechos que debe probar, pierde el pleito, (Couture Eduardo, "Fundamentos del Derecho Procesal Civil", Depalma, 1974, págs. 244 y ss.), asumiendo así las consecuencias de que aquella se produzca o no, la que en principio debe ser cumplida por quien quiera innovar la situación de su adversario (Fassi, "Código Procesal Civil y Comercial Comentado", T. I, págs. 671 y ss.; ver además esta Sala "Conforti Carlos Ignacio y otros c/ BGB Viajes y Turismo SA. s/ ordinario" del 29.12.00, entre muchos otros). Así las cosas, no habiéndose probado un aprovechamiento de parte de los actores de mayores prestaciones a las que el nuevo plan suscripto les concede, debe rechazarse en este aspecto el recurso incoado por la accionada, y confirmar la condena de autos, con la modificación introducida en el considerando anterior. 4. Ello así, corresponde resolver el recurso de los actores, quienes pretenden que se efectúe en autos un control del monto de la cuota que abonan. Al respecto debe señalarse que los accionantes solicitaron a fs. 60 que, al momento de dictarse sentencia se fije la cuota de acuerdo a los parámetros legales y aumentos autorizados, sin más desarrollo de la pretensión que señalar que el plan que querían al promover la demanda -SM01- tenía una cuota de \$ 9.511,90 -lo que no ha sido demostrado por medio alguno- habiendo aumentado a la fecha de esa presentación a la suma de \$ 17.859,39, considerando que habría habido un aumento abusivo. 4.1 Al respecto cabe señalar que, desde el punto de vista del Derecho Privado, el derecho a la salud constituye un derecho personalísimo a estar sano física, mental y socialmente, por lo que las personas deben tener acceso a la asistencia y a los servicios médicos y, en caso de enfermedad o accidente, corresponde al Estado velar para que ello se cumpla (confr. CSJN "Campodónico de Beviacqua Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social" Fallos 323-3229). Así las cosas, el Estado debe velar por la salud de las personas que habitan el suelo argentino y para lograrlo se han implementado y coexisten distintos sistemas: el hospital público, las obras sociales, la medicina prepaga, y el seguro de salud.- En nuestro país, se cuenta pues con diversas instituciones: el Hospital Público para atender, por ejemplo, las emergencias provenientes de accidentes, etc., las obras sociales y la medicina prepaga.- De los mencionados, la existencia de las obras sociales está vinculada al mundo del trabajo y al desarrollo del movimiento sindical. El art. 2° de la ley 23661 tipifica dentro de los agentes de seguro social a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema que se constituye, las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las normas que se dicten y se regirán por lo establecido en esa ley, su reglamentación y la ley de obras sociales, en lo pertinente. Por otro lado, se encuentra el servicio de medicina prepaga, que se ha caracterizado como aquél en virtud del cual una empresa especializada se obliga a prestar el servicio de asistencia médica - con los alcances que se convengan- a una persona o grupo de personas mediante el pago periódico (generalmente mensual) de una suma de dinero.- Cabe señalar y ésto es importante en el sub lite, que se ha dicho que estos sistemas de prestación médica son alternativos de los que desarrolla el Estado o la seguridad social, en el sentido en que ejercitan una actividad privada; propia del derecho privado patrimonial. Se ha destacado que económicamente tienen una gran similitud con la obra social, en el sentido de que se basa en un pago prospectivo, pero que éste es compulsivo en aquélla, mientras que el prepago es voluntario, dando lugar a un vínculo contractual.- Desde otro ángulo, las empresas de medicina prepaga son sistemas de financiamiento y su propósito es dar servicios médicos a través de terceros que contratan, aunque excepcionalmente tengan servicios propios. Tienen como base el pago anticipado del usuario y la prestación es otorgada cuando se produce el evento dañoso y puede consistir en el derecho del paciente a ser asistido por un prestador contratado, o bien, en el pago de una suma dineraria para que el paciente se atienda pagando por sí mismo la prestación. Pueden darse varios planes de mayor o menor calidad: de libre elección, o de elección dentro de una cartilla de médicos, o directamente cerrados, sin

libre elección.- Como elementos necesarios para tipificar la medicina prepaga se ha distinguido: a) que exista una empresa que se compromete a dar asistencia médica, por sí o por terceros; b) que la obligatoriedad de la prestación esté sujeta a la condición suspensiva de que se dé una determinada enfermedad en el titular o grupo de beneficiarios; c) que exista el pago anticipado como modo sustantivo de financiación aunque pueda ser completado. No obstante las similitudes que pudieran darse entre el sistema del seguro de salud y el sistema de medicina prepaga, ésta última se distingue claramente de las obras sociales pues, han aparecido para cubrir las falencias de éstas, para dar mejores servicios a una franja de la población con mayor poder adquisitivo, para brindar servicios que las obras sociales no pueden cubrir.- Con esta modalidad de prestación médica cambia fundamentalmente el origen de la financiación del sistema: se nutre únicamente de la cuota que paga el asociado. No debe perderse de vista que en muchos casos, las empresas son las que abonan las cuotas a sus empleados.- Se ha dicho que la empresa de medicina prepaga asume un rol de protección de la salud del asociado, colabora con él en el plano de la prevención, atención y recuperación y se ha sostenido, por oposición a otras líneas de ideas que en este contrato no se compran servicios asistenciales mediante un ahorro previo, sino que se prevé una cobertura para el caso que la enfermedad o accidente se produzcan. No es un pago en cuotas sino una previsión de lo que pueda ocurrir, entendiendo que en la génesis del contrato está el factor de previsión y no de ahorro previo. Por lo tanto, si el asociado renuncia al sistema y no utilizó los servicios, pierde las cuotas abonadas (conf. Stein Enrique. "La pertenencia al sistema de medicina prepaga", LL 1999-B,936 y esta CNCom., esta Sala A., in re: ? Biagioni Gustavo Marcelo c/ Sistema Protección Médica s. sumarísimo? del 28.7.07).- 4.2. Sentado ello, y en lo que aquí nos ocupa, debe puntualizarse que los actores no han acreditado en autos que la accionada hubiera impuesto a la actora un aumento superior al permitido por el organismo de contralor, ni diferenciado respecto de otros afiliados. Véase que a fs. 11 se ofreció como prueba en poder de la demandada, la cuenta corriente de pagos efectuados por los actores desde su afiliación, los planes de salud ofrecidos, el alcance de la cobertura y el costo de los mismos, sin especificar período requerido. Luego, a fs. 60, solicitó que se librara oficio a la Superintendencia de Seguros de Salud a fin de que remitieran los valores de cuota por plan de la demandada en los periodos 2016, 2017 y 2018, a fin de comparar los valores generales informados con el valor cuota cobrado a los actores e informara los aumentos autorizados para el periodo 2017/ y 2018.- La prueba ofrecida a fs. 11 fue cumplida por la accionada a fs. 106/123, en donde ésta informó los valores actuales de los planes, ya que los actores no solicitaron a dicha entidad, informe alguno sobre los valores históricos de los diferentes planes, por lo que no cabía obligación en la demandada de informar tales circunstancias, como alega la actora en su memorial.- Respecto de la prueba ofrecida a fs. 60, la SSS solamente informó respecto de los aumentos autorizados. La restante información solicitada a la Superintendencia, en relación a los valores cobrados por la demandada, fue omitida, sin que los actores hubieran requerido aclaración u ampliación alguna sobre el particular (fs. 127/29).- En ese marco pues, más allá de si corresponde, o no, que sea la magistrada de grado quien controle si el monto de las cuotas respetan los aumentos autorizados, lo cierto es que en el caso, los actores no han producido prueba alguna que acredite, aunque sea mínimamente, una actitud de parte de la accionada contraria a la normativa apuntada por el órgano de contralor a fs. 127/29.- En efecto, como lo señaló la juez de grado, no han acreditado ni siquiera el monto que alegaron cobraba la accionada por el plan que ellos querían al promover la demanda, ya que los actores no solicitaron a dicha empresa, en forma expresa, que brindara tal información y, ante la omisión de la Superintendencia, no efectuaron presentación alguna. Tampoco han demostrado por medio alguno, se reitera, que los aumentos fijados por la accionada en los valores de las cuotas de los distintos planes, excediera a los incrementos autorizados por la autoridad de control, ni que se le hubiera aplicado a los accionantes aumentos diferenciados por algún concepto, como ser la edad u otro. A ello debe sumarse, también, que ese precio está sujeto al control estatal ejercido por el Ministerio de Salud (a través de la Superintendencia de Servicios de Salud), como Autoridad de Aplicación que debe autorizar y revisar el valor de las cuotas y sus modificaciones (conforme lo establecido por la Ley 26.682 y su decreto reglamentario N° 1.993/11). Ergo, esa verificación estatal despeja, en principio al menos, cualquier hipótesis sobre ilegalidad y/o arbitrariedad invocada por los recurrentes.- Es que, si se advierte que el control estatal importó, en definitiva, que la demandada -como empresa de medicina prepaga-, tuviera que reajustar las cuotas del plan a las imposiciones de la Autoridad de Aplicación (atenuándose entonces los efectos de considerables índices inflacionarios), no existen, desde tal perspectiva, indicios para sustentar lo postulado por los actores acerca de supuestos aumentos exorbitantes en las cuotas del plan que afrontan como asociados. En ese orden, los incrementos en las cuotas son consecuencia lógica no sólo de la realidad económica del país, sino principalmente también a la realidad económica del sector (arg. esta CNCom, esta Sala A, 25/8/15, ?Stivelman Sara Marta c/ Swiss Medical S.A. s/ amparo?)- Así, conforme lo señalado en el considerando 3.4, los actores tampoco han cumplido en este punto, con la carga del art. 377 CPCC, tal carencia probatoria de los accionantes y, el control estatal que trata de conciliar los intereses particulares de los asociados y los intereses económico-financieros de las empresas de medicina de prepaga, determinan que la pretensión recursiva que nos ocupa, en el panorama descripto, carezca de sustento fáctico por lo que no cabe acceder a su pretensión, debiendo rechazarse los agravios esbozados al respecto. 5. Finalmente, respecto de las costas

impuestas a la demandada, cabe recordar que los gastos del juicio deben ser satisfechos -como regla- por la parte que ha resultado vencida en aquél.- Ello así en la medida que las costas son en nuestro régimen procesal corolario del vencimiento (arts. 68, 69 y 558 CPCC) y se imponen no como una sanción sino como resarcimiento de los gastos provocados por el litigio, gastos que deben ser reembolsados por el vencido. Si bien esa es la regla general, la ley también faculta al Juez a eximirla, en todo o en parte, siempre que encuentre mérito para ello (arts. 68 y ss). Síguese de lo expuesto que la imposición de las costas en el orden causado o su eximición -en su caso- procede en los casos en que por la naturaleza de la acción deducida, la forma como se trabó la litis, su resultado o en atención a la conducta de las partes su regulación requiere un apartamiento de la regla general (cfr. Colombo, Carlos - Kiper, Claudio, "Código Procesal Civil y Comercial de la Nación", T° I, p. 491).- Entonces, la eximición de costas autorizada por el CPCC 68, segundo párr., procede -en general- cuando media "razón suficiente para litigar", expresión que contempla aquellos supuestos en que por las particularidades del caso, cabe considerar que el vencido actuó sobre la base de una convicción razonable acerca del derecho invocado. No se trata de la mera creencia subjetiva del litigante en orden a la razonabilidad de su pretensión, sino de circunstancias objetivas que demuestren la concurrencia de un justificativo para liberarlo de las costas (esta CNCom., esta Sala A, 7.11.89, "Angeba S.A. s/ quiebra s/ pedido de extensión de quiebra a Barleón S.A."; íd., 18.07.06, "Torres Darío Raúl y Otro c. Sanbro SRL Viviendas La Solución s. Ordinario"; íd., 16.11.07, "Banco General de Negocios s. quiebra s. Crochet SA y Otros s. Ejecutivo"; íd. B, 25.2.93, "SA La Razón s/ conc. prev. s/ inc. de cobro de crédito").- Ahora bien, en el caso de autos, se aprecia que las pretensiones de los actores no prosperaron en su totalidad, pues si bien se admitió el cambio de plan, la restitución fue acogida por un período menor al peticionado y el reclamo de control de las cuotas fue desestimado. - En ese marco, habiendo existido vencimientos recíprocos entre las partes, estima esta Sala que las costas de ambas instancias deben ser soportadas en el orden causado (conf. art. 71 CPCC).- Por ende, debe acogerse en este punto el recurso de la demandada y modificarse en este sentido la resolución apelada. V. Por todo lo aquí expuesto y, oída la Sra. Fiscal General, esta Sala RESUELVE: a) Rechazar el recurso de la parte actora. b) Admitir parcialmente la apelación de la accionada y, por ende, modificar la resolución apelada en el sentido que la restitución de la diferencia entre los valores de las cuotas allí dispuesta será por el período que va desde el 19/2/18 y hasta la fecha en que el cambio de plan se hizo efectivo, estableciéndose las costas de la anterior instancia por su orden. c) Imponer las costas de Alzada en el orden causado, atento la existencia de vencimientos recíprocos (art. 71 CPCC).- Notifíquese a la Sra. Fiscal General en su despacho. Cumplido, devuélvase a primera instancia, encomendándose a la Sra. Juez a quo disponer las notificaciones del caso con copia de la presente resolución. A fin de cumplir con la publicidad prevista por el art. 1 de la Ley 25.856, según el Punto I.3 del Protocolo anexo a la Acordada 24/13 CSJN y con el objeto de implementar esa medida evitando obstaculizar la normal circulación de la causa, hágase saber a las partes que la publicidad de la sentencia dada en autos se efectuará, mediante la pertinente notificación al CIJ, una vez transcurridos treinta (30) días desde su dictado, plazo durante el cual razonablemente cabe presumir que las partes ya habrán sido notificadas. Solo intervienen los firmantes por hallarse vacante el restante cargo de Juez de esta Sala (art. 109, Reglamento para la Justicia Nacional). ALFREDO A. KÖLLIKER FRERS
MARÍA ELSA UZAL MARÍA VERÓNICA BALBI SECRETARIA

Cita digital: