

Unión de Usuarios y Consumidores c/ Compañía Euromédica de Salud S.A. s/ amparo.

S.C. U. N° 30, L. XLII.-

Suprema Corte:

I

Los magistrados integrantes de la Sala "B", de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial, revocaron la resolución del juez de grado que rechazó la acción de amparo promovida por la "Unión de Usuarios y Consumidores" contra "Compañía Euromédica de Salud S.A." (v. fs. 199/203).

La acción fue interpuesta con el objeto de que se condenara a la demandada a cesar en su práctica de imponer en sus servicios, períodos de carencias respecto de las prestaciones comprendidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), y a cesar, asimismo, en su práctica de generar y/o difundir publicidad y/o información que hiciera referencia a dichos períodos de carencia, o que pudiera inducir a engaño a los usuarios acerca del momento a partir del cual tienen derecho a las prestaciones obligatorias comprendidas en el PMO, rectificando tal información.

Para decidir como lo hicieron, los juzgadores advirtieron que si bien el PMO fue creado para regir, en origen, exclusivamente a las obras sociales, por ley 24.754 se extendió a las entidades de medicina prepaga. Luego de examinar las diversas resoluciones ministeriales que se dictaron sobre la materia, concluyeron que, si bien es cierto que se derogó la Resolución 247/96 que expresamente prohibía los períodos de carencia para el PMO, no puede sostenerse la inexistencia de ese deber en cabeza de las prepagas, en tanto la prohibición referida surge de la exégesis de la ley 24.754. Con sustento en doctrina nacional y jurisprudencia de V.E. razonaron que, de tal interpretación, se infiere que dichas empresas deben cubrir como mínimo determinadas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales y que veda la posibilidad de incluir en los reglamentos, períodos de carencia o exclusiones de enfermedades preexistentes en aquellos tratamientos que necesariamente deben asegurar a sus afiliados. Esta hermenéutica se impone –prosiguieron–, pues su trasgresión obstaculiza los fines que el legislador tuvo al dictar la ley 24.754 –esto es, garantizar a los usuarios un nivel de cobertura mínimo con el objeto de

resguardar los derechos constitucionales a la vida y a la salud- dejando en desamparo a los nuevos usuarios que se suman al sistema de medicina prepaga.

-II-

Contra este pronunciamiento, la demandada interpuso el recurso extraordinario de fs. 213/223, que fue concedido a fs. 240/241.

Alega que el decisorio soslaya arbitrariamente los requisitos legales y constitucionales para la procedencia del amparo (art. 43 de la Constitución Nacional), violando su derecho de defensa en juicio. Afirma que la demanda incoada en autos es un modelo de abstracción, pues no invoca la existencia de un daño ni de un damnificado concreto. Expresa que, si bien la actora se ampara en su función de defensa del interés colectivo de todos los consumidores, apunta su acción en forma exclusiva contra Euromédica, cuando todas las demás prepagas del país utilizan similares regimenes carenciales. Reprocha lo resuelto pues violenta el principio de legalidad impuesto por el artículo 19 de la Constitución Nacional; infringe el derecho de defensa en juicio y debido proceso garantizado por el artículo 18 de Ley Fundamental al habilitar un proceso excepcional y sumarísimo para una cuestión que requiere de las posibilidades de debate y prueba que brinda un proceso ordinario; y viola el principio de igualdad ante la ley creando una norma general dentro de un proceso particular que sólo afecta a su parte, vulnerando también su derecho de propiedad.

Añade que lesiona el principio de división de poderes, pues el a quo asumió el papel de legislador y regulador de una realidad que desconoce, ya que no ha sido objeto de debate y prueba en el proceso. Explica el funcionamiento del sistema de medicina prepaga mediante contratos interdependientes, porque -afirma- su capacidad financiera depende del ahorro generado por la mayoría de los afiliados (que estadísticamente permanecen sanos) para solventar las prestaciones del porcentaje estadísticamente menor que se enferma. Aduce que este equilibrio se quebraría si se permitiera a todo nuevo afiliado acceder de inmediato a las prestaciones más costosas, sin haber generado previamente el ahorro mínimo necesario que requiere el sistema.

Unión de Usuarios y Consumidores c/ Compañía Euromédica de Salud S.A. s/ amparo.

S.C. U. N° 30, L. XLII.-

Alega gravedad institucional, en orden a que se ha hecho lugar a una pretensión que, basándose en un hipotético beneficio para futuros afiliados, genera un perjuicio concreto al universo de afiliados actuales.

-III-

Debo indicar que tal como tiene dicho reiteradamente V.E. es improcedente el recurso extraordinario si los argumentos de la Cámara no fueron rebatidos en términos que satisfagan el requisito de fundamentación autónoma a que se refiere el art. 15 de la ley 48, exigencia según la cual el escrito respectivo debe contener una crítica prolija de la sentencia impugnada, o sea que el apelante debe rebatir todos y cada uno de los fundamentos en que se apoya el juez para arribar a las conclusiones que lo agravian, a cuyo efecto no basta sostener un criterio interpretativo distinto del seguido en la sentencia (v. Fallos 310:2376; 327: 2406, 4622; 328:3922; 329:1191; sentencia del 30 de mayo de 2006, en los autos S.C.F.N° 572, L.XL, caratulados: "Fly Machine S.R.L. s/ recurso extraordinario"; entre otros).

Tal requisito no ha sido satisfecho en el sub-lite por la recurrente la que se limita a a reiterar los argumentos de su contestación de demanda, de las sentencias de primera y segunda instancia, para luego bajo el título "análisis y crítica de la sentencia recurrida" incluir una serie de afirmaciones dogmáticas respecto del sistema y capacidad financiera de las entidades de medicina prepaga, sin una demostración efectiva concreta de tales asertos.

La mencionada exigencia adquiere particular relevancia en el caso ya que los jueces de la causa pusieron especial acento en las previsiones de la ley 24.754, -cuya constitucionalidad, destaco, no ataca la recurrente- en cuanto establece que las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deben cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, prestaciones entre las que se encuentran las

establecidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Dicho PMO fue aprobado mediante la Resolución General 247/96 del Ministerio de Salud, entendiéndose por tal, el régimen de Asistencia Obligatorio para todas las Obras Sociales incorporadas al sistema de las Leyes 23.660 y 23.661. Precisamente esta última ley, en su artículo 28, establece que los agentes de seguro deben, por una parte, desarrollar un programa de prestaciones de salud obligatorio que la autoridad de aplicación establece y actualiza periódicamente, y por otra, también asegurar la cobertura de medicamentos que las aludidas prestaciones requieran.

En este aspecto, la sentencia puntualizó que la resolución N° 939/00 creó nuevas prestaciones previstas en el PMO original, sin mencionar los períodos de carencias. Los jueces agregaron, asimismo, que la Resolución 201/02 suspendió estas últimas prestaciones y creó un PMO de emergencia, previa declaración de la emergencia sanitaria del sector. A continuación, juzgaron que la prohibición a las entidades de medicina prepaga de imponer períodos de carencias para las prestaciones del PMO, surge de la ley 24.754, desarrollando los fundamentos reseñados en el punto I, tercer párrafo, de este dictamen, argumentos que no fueron adecuadamente rebatidos por la apelante.

-IV-

En cuanto al agravio relativo a la abstracción de la demanda, en el sentido que no invoca un daño o un damnificado concreto, omite hacerse cargo de los argumentos del a-quo en orden a que la doctrina de V.E. ha establecido que el examen de razonabilidad de las leyes en punto a su constitucionalidad no puede llevarse a cabo sino en el ámbito de las disposiciones en ellas contenidas y no sobre la base de los resultados obtenidos en su aplicación ya que ello importaría valorarlas en mérito a factores extraños (doctrina de Fallos 311:1565 y sus citas y, asimismo, 324:754, votos de los Dres. Carlos S. Fayt, Augusto César Belluscio y Enrique Santiago Petracchi, que remiten al dictamen de esta Procuración General). Corresponde enfatizar, por otra parte, que el amparo es un proceso utilizable en las delicadas y extremas situaciones en las que, por carecer de otras vías idóneas o aptas, existe un peligro actual o potencial de la protección de derechos

Unión de Usuarios y Consumidores c/ Compañía Euromédica de Salud S.A. s/ amparo.

S.C. U. N° 30, L. XLII.-

fundamentales. Atento a cómo ha sido planteada la cuestión en el sub lite, procede recordar que el artículo 43, segundo párrafo, de la Constitución Nacional, establece que: "... *Podrán interponer esta acción contra cualquier forma de discriminación y en lo relativo a los derechos que protegen al ambiente, a la competencia, al usuario y al consumidor, así como a los derechos de incidencia colectiva en general, el afectado, el defensor del pueblo y las asociaciones que propenden a esos fines, registradas conforme a la ley, la que determinará los requisitos y formas de su organización*". Teniendo ello presente, desde que en el caso se trata de salvaguardar los fines que el legislador tuvo al dictar la ley 24.754 –esto es, garantizar a los usuarios un nivel de cobertura mínimo con el objeto de resguardar los derechos constitucionales a la vida y la salud-, la vía elegida no resulta irrazonable. Asimismo, a su respecto, V.E. ha dicho -si bien en el marco de otros presupuestos fácticos- que atañe a los jueces buscar soluciones que se avengan con la urgencia que conllevan las pretensiones, para lo cual deben encauzar los trámites por vías expeditivas y evitar que el rigor de las formas pueda conducir a la frustración de derechos que cuentan con tutela de orden constitucional, lo cual se produciría si el reclamo de la actora, tuviese que aguardar al inicio de un nuevo proceso (v. doctrina de Fallos: 327:2127 y sus citas, 327:2413, 5210). Esta jurisprudencia, resulta particularmente aplicable al caso, si se repara, por un lado, que – como recién se ha expuesto- se trata de amparar los derechos fundamentales a la vida y la salud, y por otro, que la accionante lleva más de cuatro años y medio litigando por esta vía.

Con respecto a la queja relativa a que la acción apunta en forma exclusiva contra Euromédica S.A. y no a otras entidades de medicina prepaga, al tiempo que resulta inconducente para la solución de la controversia, no es más que una aseveración dogmática de la demandada, pues no existen pruebas en autos de que la actora no haya iniciado acciones similares contra otras entidades; antes bien, de estar a lo manifestado por ésta en la contestación del traslado del recurso extraordinario, habría promovido amparos del mismo tenor contra HSBC Salud (Argentina) S.A. y contra Osde Binario, que tramitan por ante los tribunales que allí indica (v. fs. 236).

Por todo lo expuesto, opino que corresponde desestimar el recurso extraordinario interpuesto.

Buenos Aires, 26 de junio de 2007.

MARTA A. BEIRO de GONCALVEZ
Procuradora General
Corte Suprema de Justicia de la Nación
Buenos Aires

Fernando Zayat
FERNANDO ZAYAT
CAJERO JEFE ADJUNTO
C.M. DE LA NACIÓN
06/07/06