

FRO 21012066/2012/3/RH1

Procuración General de la Nación

Suprema Corte:

-I-

La Cámara Federal de Apelaciones de Rosario, Sala B, confirmó la sentencia que dispuso la permanencia del Sr. J.P.M.M. en la Mutual Federada “25 de junio” Sociedad de Protección Recíproca (en adelante, “la mutual” o “Federada Salud”), y el consiguiente suministro de las prestaciones prescriptas en orden al tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida -SIDA- que padece el amparista (fs. 349/357 y 388/394).

Contra el pronunciamiento la accionada interpuso recurso federal, que fue denegado y dio lugar a la presente queja (cfse. fs. 399/420 y 434 del expediente principal, a cuya foliatura aludiré salvo aclaración en contrario, y fs. 59/63 del cuaderno respectivo).

-II-

En lo que nos convoca, el Sr. J.P.M.M. fue admitido en “Federada Salud” en julio de 2011 y, meses más tarde, tras requerir la cobertura de la medicación indicada para su dolencia, la mutual decidió su expulsión, invocando los artículos 10, inciso e), de la ley 20.321, y 11, inciso d), del estatuto social, pues al negar la existencia de la patología en la declaración jurada de ingreso, el asociado habría incurrido en actos deshonestos en perjuicio de la entidad asistencial (ver, en esp., fs. 14, 17/22, 83 y vta. y 88).

En lo sustantivo, la cámara razonó que la cuestión debe resolverse conforme al espíritu de la ley 26.682, del decreto 1993/11 y de la resolución SSS 147/12, en cuyo marco han de prevalecer las prestaciones igualitarias, integrales y humanizadas. Dijo que el goce de la salud importa la defensa del derecho a la vida y a la preservación de aquel estado, que dimana de preceptos de rango constitucional, y que ello no implica desconocer eventuales conflictos jurídicos en orden a la distribución de los recursos y a la tutela integral de este derecho, pero que resulta necesario atender a los principios que priorizan la salud de los usuarios por sobre las valoraciones del mercado. Expuso que a partir de la ley 26.682 la presencia de patologías se determina en base a la declaración

jurada del afiliado y que ellas no puedan argüirse como causa para rechazar la admisión. Agregó que la resolución por falsedad de esa declaración exige probar que el usuario no obró de buena fe, lo que la mutual no satisfizo. Finalmente, dispuso dar intervención a la autoridad administrativa para que autorice valores diferenciales por la preexistencia de la enfermedad que padece el reclamante y para que establezca los plazos pertinentes, según el carácter temporario, crónico o de alto costo y baja de incidencia de ella (cfr. fs. 388/394).

-III-

La tacha de arbitrariedad que se plantea en el recurso contiene dos críticas centrales, la primera de las cuales gira en torno a la competencia del tribunal. Al respecto, la demandada sostiene que la cámara omitió pronunciarse, por un lado, sobre la incongruencia en la que habría incurrido el fallo dictado a fojas 349/357, cuya parte dispositiva nada dice sobre el rechazo de la excepción de incompetencia anticipada en el considerando I). Por otra parte, objeta que la sala no haya estudiado el agravio relativo a los antecedentes que invocó el juez para sustentar la jurisdicción federal, los cuales -a su ver- son inatinentes, desde que, entre otros extremos, la mutual demandada no es agente del seguro de salud y se halla incluida en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga.

Sin perjuicio de destacar que en autos no se ha denegado el fuero de excepción, ni se ha patentizado que la intervención de la justicia federal conlleve un caso de privación de justicia o perjuicios de insuficiente o dificultosa reparación ulterior (Fallos: 329:5896 y 331:1712), es menester observar que el juez de mérito claramente se pronunció sobre el punto y lo hizo en un sentido que se adecua a la doctrina del Máximo Tribunal.

En efecto, al tratar lo relativo a la competencia, el magistrado adujo -citando Fallos: 326:3535 y 328:4095-, que corresponde intervenir al fuero federal pues la materia compromete, con influencia decisiva, el estudio de normas constitucionales y legales referidas a la estructura del sistema de salud organizado por el Estado Nacional, lo que involucra a prestadoras privadas de servicios médicos, como la mutual accionada

FRO 21012066/2012/3/RH1

Procuración General de la Nación

-fs. 351, 1°- (En igual sentido, Fallos: 329:2823; 330:810; y, en especial, Comp. 1001, L. XLVIII; “Azambullo, Julio C. c/ Mutual Federada 25 de Junio S.P.R. s/ amparo”, del 19/11/13; y CSJ Comp. 321/2014/CS1 “A., F.H. c/ O.A.M. s/ ley de discapacidad”, del 17/03/15; entre otros).

El juez remató, luego, que “[c]onsecuentemente, habré de rechazar la excepción de incompetencia deducida en autos, con costas” (cfse. fs. 352 vta., párrafo primero).

Interesa añadir que aquella preceptiva fue ponderada por la alzada al fundar su decisión (fs. 388/394).

En tales condiciones, los agravios propuestos no pueden prosperar y deben descartarse.

-IV-

Como segundo agravio, la accionada encuentra que la alzada se ha apartado de los términos de la *litis*, centrándose en la supuesta rescisión de un hipotético contrato, en virtud de una patología preexistente. Al mismo tiempo, aduce que la cámara ha modificado el presupuesto fáctico, fundando su pronunciamiento en los artículos 9 y 10 de la ley 26.682 y prescindiendo así del régimen jurídico pertinente. Por ende, aduce que la condena impuesta carece de sustento fáctico y legal y obedece a la sola voluntad de los jueces.

El meollo de este amparo, alega, consiste en determinar si su parte obró con ilegalidad o arbitrariedad al ejercer la prerrogativa que le otorga el artículo 10, inciso e), de la ley 20.321 y expulsar al pretensor como asociado por haber ocultado que padecía SIDA. Esa conducta -insiste- comporta un obrar deshonesto en menoscabo de la entidad mutual, infracción que el estatuto social identifica con “...toda declaración falsa o maliciosa en la solicitud de ingreso o declaración de salud...” (cf. art. 11, inc. d; fs. 34 y vta.).

En lo que atañe a este punto, corresponde advertir que a fojas 217 “Federada Salud” reconoció explícitamente la inclusión de mutuales como la demandada en el artículo 1° de la ley 26.682, por ende, en el ámbito de aplicación de la norma (cap.

“B”). Consecuentemente, el reproche dirigido a la inaplicabilidad del marco regulatorio conformado por aquella disposición y su decreto reglamentario deviene inadmisibles, por cuanto, amén de no hacerse cargo del contenido de esa preceptiva, contradice la postura sostenida anteriormente en el pleito (v. Fallos: 331:1730), y omite que atañe a los jueces discurrir los conflictos y zanjarlos según el derecho vigente, calificando autónomamente la realidad fáctica y subsumiéndola en las normas que la rigen, con prescindencia de los argumentos jurídicos que enuncien los litigantes (doctr. de Fallos: 324:1590; 326:3050; entre otros).

Esos extremos imponían que la apelante desplegara prolijamente las razones por las cuales pretende encuadrar la exclusión del actor -decidida el 23/2/12- como una sanción disciplinaria propia del orden mutualista, y no como un supuesto de extinción del vínculo entre una prestadora de salud y el paciente, en los términos de los artículos 9º de la ley 26.682 y 9º del decreto reglamentario 1993/11. Tal explicación era tanto más exigible no solo por la especificidad de esas normas, sino porque -más allá de la particular naturaleza jurídica de las mutuales-, el único antecedente fáctico que dio origen a la expulsión impugnada es la inexactitud en la que incurrió el peticionario al confeccionar la declaración jurada de admisión al servicio asistencial, y el conflicto gira exclusivamente en torno a la vigencia de la cobertura por parte de “Federada Salud”. Se añade a lo anterior, que la Sala acudió a la ley y dispuso que la autoridad administrativa establezca el valor diferencial para la patología preexistente (v. art. 10, ley 26.682 y dec. regl.).

Ahora bien, el mencionado artículo 9 del decreto 1993/11 del que se valió, entre otros preceptos, el fallo atacado, contempla concretamente el supuesto de cese ocurrido por iniciativa de alguna de las entidades enunciadas en el artículo 1º, entre ellas, las mutuales. Se prevé allí que, para que la prestadora pueda tener por concluida la obligación de cobertura con justa causa, ante la falsedad de la declaración jurada, deberá acreditar que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 1198 del Código Civil (art. 9, ap. 2. b).

En ese contexto, debió haberse demostrado la arbitrariedad de lo

FRO 21012066/2012/3/RH1

Procuración General de la Nación

afirmado por los jueces en el sentido de que la interesada no probó la ausencia de buena fe en la conducta desplegada por el actor (cfse. fs. 393 vta. pár. 1º), dato fáctico decisivo del cual la apelación ni siquiera se hace cargo, pues se limita a discrepar con las razones de la sentencia y a reiterar argumentos mayormente teóricos sobre la naturaleza jurídica de estas entidades y sobre la inaplicabilidad a ellas de la ley 24.240, inconducentes para rebatirla.


-V-

En tales condiciones, opino que corresponde desestimar el recurso directo.

Buenos Aires, 6 de junio de 2016.



Irma Adriana García Netto
Procuradora Fiscal
Subrogante



ADRIANA N. MARCHISIO
Subsecretaria Administrativa
Procuración General de la Nación