

Suprema Corte:

-I-

La Cámara Federal de Mar del Plata rechazó el planteo de incompetencia y ordenó a Mutual F 2 de J S de P R -en adelante, "la mutual" o "F S"- restablecer la afiliación de la actora, que había sido expulsada con sustento en el alegado falseamiento de la declaración jurada de ingreso en relación con los antecedentes de obesidad y su peso; y -por mayoría- facultó a la demandada a renegociar la cuota de acuerdo al valor legalmente autorizado. A su vez, mandó cubrir la cirugía bariátrica indicada para el tratamiento de la obesidad mórbida que padece la señora M.V.M. (fs. 90/96, 206/208 y 237/250 de los autos principales, a los que me referiré, salvo aclaración en contrario).

El tribunal sostuvo la competencia de la justicia federal, pues la actora reclamó a una prestadora de servicios médicos la cobertura de una cirugía bariátrica, con fundamento en normas que integran el sistema nacional de seguro de salud (leyes 23.660 de Obras Sociales, 23.661 de Sistema Nacional del Seguro de Salud, 24.754 de Medicina Prepaga, 26.396 de Trastornos Alimentarios y 26.682 de Medicina Prepaga).

Por otra parte, la Cámara reconoció que la actora no había declarado la situación de salud que padecía (antecedentes de trastornos alimentarios) al momento de afiliarse. No obstante lo anterior, la mayoría de sus integrantes sostuvo que la mutual tenía la carga de verificar el estado de salud de la postulante, con lo cual, debía asumir las consecuencias de haber omitido dicha comprobación (v. fs. 238 vta. y 245 vta./246).

Al respecto, el tercer magistrado -Dr. Tazza- sostuvo que el marco regulatorio de la medicina prepaga (ley 26.682, arts. 10 y 11) restringe la facultad de las entidades para negar la afiliación, pero autoriza a las empresas de

medicina prepaga a cobrar valores diferenciales en los supuestos de usuarios con enfermedades preexistentes (fs. 244 vta.). Concluyó en esta línea que corresponde condenar a la demandada a restablecer la afiliación, con la facultad de renegociar la cuota de acuerdo al valor legalmente autorizado. A esta última consideración adhirió el Dr. Jiménez (fs. 245).

En lo que atañe a la cirugía bariátrica, los jueces, por unanimidad, entendieron que la cobertura requerida debe prosperar, con base central en lo dispuesto por la ley 26.682 –aplicable a F S – y por el Programa Médico Obligatorio, al que ha sido incorporada dicha prestación, conforme a lo dispuesto por la ley 26.396 de Trastornos Alimentarios y la resolución 742/09 (Ministerio de Salud de la Nación).

Contra ese pronunciamiento, F S interpuso recurso extraordinario (fs. 254/274), que fue sustanciado (fs. 251 y 275/276) y cuyo rechazo (fs. 277/278) motivó esta presentación directa (fs. 56/60 del cuaderno de queja).

–II–

En primer lugar, la recurrente reprocha que no se haya hecho lugar a su planteo de incompetencia. En este sentido, sostiene que por la naturaleza de la pretensión principal de la actora, cual es recuperar la condición de asociada, corresponde que la justicia ordinaria entienda en el caso.

En segundo lugar, la mutual afirma que la sentencia es arbitraria, por incongruente y por sustentarse en fundamentos aparentes. En lo que aquí interesa, alega que la Sra. M.V.M. fue expulsada en razón de que, conociendo el trastorno alimentario que la afectaba, omitió informarlo en su declaración jurada de ingreso.

Señala que si bien el tribunal reconoce que el comportamiento de la mutual no es ilegal, sin fundamentos hizo lugar al amparo.

En ese plano, aduce que la exclusión de la actora de la mutual con sustento en su conducta de mala fe al efectuar la declaración jurada en el marco de lo dispuesto por los artículos 10 inciso e) de la Ley Orgánica para las Asociaciones Mutuales n° 20.321, y 11, inciso d) del estatuto social, fue abordada erróneamente como si se tratase de una afiliación denegada por enfermedad preexistente. Asimismo, frente a la pretensión de que se mantenga la afiliación, el tribunal reconoció a F S la facultad de renegociar la cuota y, con ello, dice, resolvió un asunto diferente al que propuso la peticionaria.

Finalmente, argumenta que al no haberse ordenado la reincorporación, la Sra. M.V.M. no es una asociada. Por lo tanto, la condena a cubrir la cirugía bariátrica reclamada, carece de sustento.

-III-

Ante todo, cabe precisar que la sentencia no deniega el fuero de excepción, ni se ha demostrado que la intervención de la justicia federal coloque a la mutual en una situación de privación de justicia que afecte, en forma directa e inmediata, la garantía de defensa en juicio, o le produzca perjuicios de insuficiente o dificultosa reparación ulterior (Fallos: 311:2701 "Cabral"; 329:5648 "Paz Posse Limitada Ingenio San Juan"). Ello impide la habilitación de la instancia extraordinaria en relación a los agravios vinculados con la competencia.

Por lo demás, lo decidido en este punto se adecua a la doctrina de esa Corte, que asigna competencia al fuero federal cuando la materia del proceso compromete, con influencia decisiva, el examen de disposiciones referentes al sistema de salud organizado por el Estado Nacional, cuya estructura involucra a las prestadoras privadas de servicios médicos, como la mutual accionada (Fallos: 326:3535 "Wraage"; 328:4095 "Kogan"; 329:1693 "Joseph"; 329:2823 "Chacón"; 330:810 "Rossi"; 339:1760 "Coppens"; S.C. 1001, L. XLVIII, "Azambullo, Julio César c/Mutual Federada 25 de junio S.P.R. s/amparo",

sentencia del 19 de noviembre de 2013; y CSJ Comp. 321/2014 (50-C), “A., F. H. c/ O.A.M. s/ ley de discapacidad”, sentencia del 17 de marzo de 2015; entre otros)

En consecuencia, este planteo resulta inadmisibile.

-IV-

Sentado ello, corresponde señalar que la cuestión planteada en el recurso se vincula estrictamente con aspectos fácticos y probatorios, como así también alegados defectos y omisiones del pronunciamiento, sin que sean objeto de cuestionamiento normas de naturaleza federal, y así es reconocido por la mutual recurrente (v. fs. 254 vta./255). En ese estado, esas cuestiones resultan materia propia de los jueces de la causa y ajenas a la instancia del artículo 14 de la ley 48; máxime cuando la alzada expuso fundamentos no federales que resultan suficientes para excluir la tacha de arbitrariedad invocada (Fallos: 326:3485; 330:4770, entre muchos otros).

Entiendo que lo anterior es así, debido a que los agravios de los apelantes configuran una mera discrepancia respecto de la ponderación de la prueba y se dirigen a postular una interpretación alternativa a la realizada por el tribunal respecto de la improcedencia de la exclusión de la actora como afiliada.

En este sentido, es necesario precisar que M.V.M. fue admitida por F S en julio de 2013 y, meses más tarde, tras requerir la cobertura para la cirugía bariátrica, la mutual decidió su expulsión, invocando los artículos 10, inciso e), de la ley 20.321, y 11, inciso d) del estatuto social, por haber incurrido en falsedad al manifestar su peso real y al consignar “no” en el casillero correspondiente a “Trastornos alimentarios” en la declaración jurada (v. fs. 66, 160 y 221 vta.).

Ahora bien, en lo que se refiere a la alegada prescindencia por parte de la Cámara del régimen jurídico aplicable, esta Procuración General dictaminó en la causa FRO 21012066/2012/3/RH1, “M.J.P.M. c/ Mutual Federada

25 de junio s/ amparó contra actos particulares", el 6 de junio de 2016 –la Corte Suprema, el 29 de agosto de 2017, declaró inadmisibile el recurso, cf. art. 280 del C.P.C.C.N.–. En esa oportunidad, este organismo señaló que, como aquí ocurre, la mutual había reconocido la inclusión de las mutuales en el artículo 1º de la ley 26.682, por lo que el reproche dirigido a la inaplicabilidad de esa norma y su decreto reglamentario resultaba inadmisibile. Es función de los jueces discurrir los conflictos y zanjarlos según el derecho vigente, calificando autónomamente la realidad fáctica y subsumiéndola en la preceptiva que la rigen (Fallos: 324:1590 "Saliot"; 326:3050 "Chiappe").

En ese contexto, la recurrente debió indicar las razones por las cuales pretende encuadrar la exclusión de la actora 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 9 y 10 de la ley 26.682 y 9 del decreto reglamentario 1993/11 (v. ap. IV del dictamen "M.J.P.M." cit.).

En ese estado, las alegaciones de la demandada en orden a la conducta deshonesta de la actora como causal de expulsión, no logran rebatir las premisas de las que parte la alzada, que tuvo en consideración que la mutual contaba con los elementos necesarios al momento de la afiliación para detectar tal evidente preexistencia (v. en particular fs. 238 vta./239 y 245 vta./246). Nótese que la amparista señaló que la diferencia de peso entre lo declarado a fojas 160 vta., mediante formulario presentado personalmente, y lo que surge del informe de fojas 9, se debe a un efecto rebote de la medicación –anorexígenos–, y declaró oportunamente hipotiroidismo (v. fs. 91 y 160 vta.).

A su vez, contrariamente a lo manifestado por la demandada, el formulario predispuesto por ella para la declaración jurada exigía pronunciarse puntualmente sobre "trastornos alimentarios", pero no sobre los antecedentes de tal patología. Obsérvese que el formulario referido requiere

información sobre antecedentes para algunas dolencias –ej. punto 1. “Antecedentes neurológicos y psiquiátricos; convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis, trastornos del habla” y punto 15. “Antecedentes quirúrgicos”– y en otros puntos refiere la situación al momento de la afiliación (ej. punto 19. “Adicciones ¿cuáles?”; punto 22. “¿Fuma?”)– (fs. 160 vta). En tales condiciones, y conforme dispone el artículo 9 del decreto 1993/11, para que la prestadora pueda tener por concluida la obligación de cobertura con justa causa, debió acreditar que la usuaria no obró de buena fe. Con mayor razón en el caso de autos, teniendo en cuenta los argumentos de la actora en orden a su estado de salud al momento de afiliarse y la declaración de hipotiroidismo, que, como señalan los jueces de la alzada, podría haber originado que la mutual inste la realización de estudios médicos adicionales.

En este punto, corresponde recordar que la doctrina de la arbitrariedad no tiene por objeto convertir a esa Corte en un tribunal de tercera instancia ordinaria, sino que procura cubrir supuestos excepcionales, en los que groseras deficiencias lógicas del razonamiento o una total ausencia de fundamento normativo, impiden considerar al fallo una sentencia fundada en ley (Fallos: 324:4321; 325:3265), situación que –insisto–, no se advierte en este caso.

Por lo demás, vale aclarar que se encuentra firme en esta instancia lo resuelto por el superior tribunal de la causa en relación con la facultad de la mutual de renegociar la cuota de acuerdo al valor legalmente autorizado.

La solución que se propicia, me exime de tratar el agravio relativo a la cobertura de la cirugía bariátrica, cuya inclusión en el Programa Médico Obligatorio por la ley 26.396 de Trastornos Alimentarios –art. 15– y la resolución 742/09 del Ministerio de Salud de la Nación, no se encuentra en debate para los afiliados a la Mutual F


-V-

En función de lo expuesto, opino que corresponde desestimar la presente queja.

Buenos Aires, 13 de marzo de 2018.

ES COPIA

VÍCTOR ABRAMOVICH



ADRIANA N. MARCHISIO
Subsecretaria Administrativa
Procuración General de la Nación