

Los datos personales e información sensible contenidos en el presente documento han sido anonimizados y reservados en cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos personales.

PODER JUDICIAL DE TUCUMÁN

CENTRO JUDICIAL CAPITAL

Oficina de Gestión Asociada Civil y Comercial N° 1

Juzgado Civil y Comercial Común X° Nominación

ACTUACIONES N°: 2875/23

JUICIO: D.A.M.E. c/ P.S. S.A. s/ SUMARIO (RESIDUAL) ACCION DE CONSUMO
(Expte. n° XXX – Ingreso: 14/06/2023).

San Miguel de Tucumán, diciembre de 2025.

Y VISTO:

Para dictar sentencia en el presente juicio, del cual;

RESULTA:

1. En fecha 14/10/2024 se presentó el Sr. E.D.A.M. DNI n.º XXX, mediante su letrada apoderada, M.E.M., e inició acción de consumo en contra de P.S. S.A., demanda que fue rectificadora el 05/02/2025. El actor acciona por incumplimiento del contrato y de las disposiciones de la ley 24.240, y además reclama un resarcimiento por daños y perjuicios por la suma de \$XXX con más sus intereses.

Relató que su mandante era afiliado de O. hasta septiembre del año 2020, perteneciendo el grupo médico familiar a dicha obra social, y que debido a las complicaciones económicas derivadas de la pandemia, con la necesidad de disminuir gastos, ambos hijos de la familia contrataron los servicios de P.S. S.A., del grupo de S.S., los que fueron gestionados por el representante de S.S., Sr. S.A. y M.S.C. .

Explicó que la afiliación por cuestiones de la pandemia no se hizo de forma presencial, siendo toda la gestión de manera virtual, poniendo a disposición el procedimiento de las afiliaciones por mensajes de WhatsApp, consistiendo las mismas en un simple mensaje de aceptación de condiciones generales, las que no fueron brindadas al afiliado, violando el deber de información del art. 4 Ley 24.240 y la colocación de los datos personales de los mismos (nombre, apellido y dni), enviando lo redactado por ellos mismos en un formato de copie y pegue.

Señaló que la relación contractual se llevó a cabo de forma normal, incluso los servicios de salud casi no fueron ni utilizados por su representado, hasta que en fecha 09/03/2023 su

mandante fue trasladado por su hermano, por fuertes dolores de cabeza, a la guardia del (...), donde fue ingresado y atendido por el Dr. O.E.I. M.P. XXX, a fin de determinar la causal del intenso dolor. Agregó que en dicho nosocomio se ordenó la realización de una tomografía computarizada, con la cual se diagnosticó que el Sr. D.A. estaba con una hidrocefalia aguda, provocada por tumor cerebral, quedando internado. Refirió que al día siguiente se ordenó realizar una resonancia magnética, que indicó el contorno, ubicación y medida del tumor, y a partir de ese momento tomó intervención el equipo de neurocirujanos del sanatorio, integrado por los Dres. C.A.A.I., M.P. XXX y el Dr. J.F.V., M.P. XXX, los que decidieron en carácter urgente realizar una tercer ventriculostomía endoscópica más la colocación de una derivación ventricular externa, internación que se llevó a cabo ese mismo día (10/03/2023).

Continuó relatando que su mandante quedó internado en terapia intensiva, posterior a la intervención durante seis días, a fin de continuar con los pasos a seguir para salvar su vida. Luego explicó que el día 17/03/2023 fue intervenido nuevamente, esta vez para intentar extirpar el tumor, lo cual no se logró en su totalidad, en virtud del grave peligro que corría su vida si se profundizaban las incisiones.

Sostuvo que luego de ello se comenzaron con los estudios y biopsias, y así es que el informe de la patóloga Dra. S.R.P. M.P. XXX, determinó que el tumor era un germinoma de la región pineal, diagnóstico que fue confirmado por una segunda biopsia, aprobada por la demandada, y solicitada por el jefe del departamento de neurología del Instituto A.H.R., Dr. I.F.C.P. M.N. XXX, quien derivó a su representado con el Dr. A.A.T., M.N. XXX, en el centro médico M., dependiente del H.I., quien finalmente determinó el tipo de tratamiento y la duración (26 aplicaciones de radioterapia modulada). Agregó que todo lo detallado fue cubierto por la demandada, teniendo pleno conocimiento del diagnóstico otorgado al actor.

Refirió que el día 17/04/2023 a través de un llamado del C.M.M., su mandante se dio con la sorpresa que estaban teniendo problemas con la autorización por parte de P.S. S.A., razón por la cual, el padre de su mandante se comunicó con la demandada para saber que estaba sucediendo. Explicó que en primer lugar se comunicó con el Sr. M.S.C., quien no supo darle respuesta sobre su consulta de la falta de autorización, y ante esa situación se comunicó con la Dra. L.C., médica dependiente de la demandada, quien realizó autorizaciones durante las intervenciones del actor, pero tampoco supo darle información alguna, ni aun teniendo en cuenta la situación gravemente desesperante que estaba viviendo la familia. Dijo que al intentar comunicarse con el Sr. A.R., también de P.S., simplemente no atendió el teléfono, y es a través del 0800 que el padre de su mandante se anotició de que el número del actor no pertenecía a un afiliado activo.

Por último resaltó que ante tal desesperación y hasta con la ilusión que sea una confusión, logró comunicarse con la Sra. C.H., quien le dio la desafortunada noticia, que P.S. S.A. había decidido dar de baja a su hijo, diciéndole que ya les llegaría un documento con los motivos de la baja. Relató que al día siguiente el hermano de su mandante recibió una carta documento, notificándole sobre la baja en forma inmediata, haciéndolo con absoluta mala fe, debido al conocimiento sobre el tratamiento que en ese momento estaba por llevar a cabo el actor, no encontrándose en la provincia y en el estado de salud de gravedad por el que estaba atravesando.

Expresó que el contenido de la carta documento, totalmente arbitrario y hasta doloso, comunicaba la decisión que fuera tomada por el solo hecho de haberse visto ante la situación de tener que afrontar la enfermedad de su representado, situación de cumplimiento para la que fue contratada ante cualquier eventualidad de estas características. Transcribió la carta documento, la que fue respondida por su parte.

Consideró que la demandada resolvió el contrato de forma arbitraria, ya que es claro el decreto reglamentario 1993/2011 de la ley 26.682, en su art. 9 B) alegados por ellos mismos en su misiva. Señaló que la presente normativa estipula como requisito esencial para poder resolver el contrato con justa causa, la carga por parte de la empresa de salud, de acreditar acabadamente que el usuario/afiliado no obró de buena fe, carga que fue absolutamente incumplida por la demandada, dejando en absoluto estado de vulnerabilidad a su mandante y toda su familia, incurriendo en una maniobra estafatoria y de mala fe, para escapar de las obligaciones que por ley le corresponde afrontar.

Sostuvo que jamás se le dio la oportunidad a su representado de oponer las defensas que considerara convenientes, peor aún, lo abandonaron en medio de una sorpresiva enfermedad que fue un torbellino de un día para el otro, encontrándose en las instalaciones del H.I. ante una grave posibilidad de no ganar la batalla, se trató de un claro abandono de persona, y de un trato indigno, agravando su estado de vulnerabilidad.

Meritó que fue tan marcada y acreditada la mala fe de la demandada, que en su carta documento hace mención que por tener facturación automática, que si le llegara la factura, no la abonara para evitar molestias, a sabiendas que dichas facturas ya se encontraban abonadas, como todas las demás, en tiempo y forma.

Aclaró que su representado hoy tiene 29 años de edad, fue diagnosticado de la enfermedad de S.A.C. a los 8 años de edad, habiendo sido dado de alta a los 9 años de edad, el 30/11/2005, como consta en el certificado que adjunta, realizado por el médico que otorgó su alta, alta de un síndrome que padeció hace 21 años aproximadamente y del cual nunca más tuvo inconvenientes. Explicó que el S.A.C., es como la apendicitis, una vez que lo extirpan no hay posibilidades que vuelva a molestar, en este caso, una vez concluido su tratamiento.

Indicó que pretender mencionar una patología diagnosticada hace 20 años, por la que se dio de alta hace 19 años y de la cual no se tuvo consecuencia alguna, sumado al contexto y la modalidad en que se realizó la afiliación, resulta ser totalmente arbitrario y antojadizo no dar cumplimiento con lo que hoy es su obligación. Entendió que no se trató de una enfermedad preexistente ni mucho menos una falsedad, ya que la misma no se encontraba en el cuerpo de su mandante al momento de contratar, incluso ya ni en la memoria del mismo, ante el transcurso del tiempo tan extendido desde su diagnóstico. Mencionó que informes de la A.A.N. avalan que la patología por la que hoy se encuentra transitando su mandante, no tiene vínculo alguno con la que tuvo a sus 8 años de edad, ya que como se dijo, es una enfermedad que concluyó en su infancia, sin posibilidad de reingreso alguno.

Señaló que a pesar de haber intimado a la demandada para la reafiliación, como asimismo al cumplimiento de las prestaciones para poder realizar el tratamiento, no se obtuvo respuesta alguna, dejando desamparado al actor, razón por la cual, y ante la gravedad de la situación que se encontraba atravesando, la familia tuvo que utilizar sus ahorros para intentar salvar la vida

de su mandante, ya que con sus propios ahorros no llegaba a cubrir lo suficiente para salvar su vida, uniéndose todos ellos para que cualquier ingreso sea destinado a la salud del mismo, habiendo concluido con las sesiones de radioterapia, debiendo ser controlado para continuar con lo que los médicos requieran, y apenas volvieron a Tucumán, realizaron de manera urgente las gestiones necesarias para continuar, esta vez por vía judicial a fin de hacer valer sus derechos, ante la injusticia vivida y en tanto la enfermedad oncológica de su mandante aun no había terminado.

Expuso que por estas razones y ante la negativa de cumplimiento por parte de la demandada, se realizó el reclamo judicial por medio de un amparo con medida cautelar, que hoy cuenta con sentencia de fondo firme, de fecha 30/10/2023, que se tramitó en el Juzgado Federal de Tucumán n.º 2, expediente caratulado “D.A.M.E. VS P.S. S.A. S/AMPARO LEY 16.986” expte n.º XXX.

En dicha sentencia se ordenó hacer lugar a la acción de amparo deducida por el Sr. E.D.A.M., y a P.S. S.A. reincorporar en forma definitiva como afiliado a E.D.A.M., DNI N° XXX en las mismas condiciones que al momento de su contratación, debiendo el actor continuar abonando los aportes correspondientes y brindar la cobertura integral (100%) de las prestaciones médico asistenciales, incluidos los tratamientos, prácticas, intervenciones, medicamentos y todo lo atinente a la atención que demande el actor debido a la enfermedad que padece y que fueran necesarios para su evolución, sin preexistencias, sin plazo de carencia y sin cuota diferencial, siempre en el marco del plan de salud con que contaba el actor titular de la obra social.

Advirtió la maliciosidad y mala fe de la demandada, y el trato indigno vivido por la familia de su representado, obligándolos a buscar respuestas a un incumplimiento gravísimo que puso en riesgo la vida de su mandante, habiéndolo desamparado de forma arbitraria e ilegal y en condiciones vejatorias de vulnerabilidad, quedando demostradas todas las violaciones a la Constitución Nacional realizadas por la demandada, y a la Ley de Defensa del Consumidor.

Puntualizó que se trata de una relación de consumo, en tanto su mandante contrató un servicio de salud, el que abonó en tiempo y forma, contratación que se realizó con la empresa prestadora de tal servicio, la cual es proveedora.

Detalló las infracciones a la ley de defensa del consumidor. Señaló en primer lugar el trato indigno hacia el consumidor, en tanto rescindió el contrato de manera arbitraria e inhumana justo en el preciso momento en el que comenzaba el tratamiento en el H.I. de la Ciudad de Buenos Aires, cortando todo tipo de cobertura en medio del comienzo de un urgente tratamiento. Citó el art. 42 de la Constitución Nacional, y el 8 bis de la LDC.

Relató que el proceso afectó en gran manera los sentimientos más profundos de su mandante y de toda su familia, su tranquilidad física y espiritual, a la vez que se generaron serias mortificaciones que exceden lo que se entiende por mínimas molestias, más aún con la impotencia exacerbada por la falta de respuestas a lo que estaba sucediendo, ya que la negativa del cumplimiento se inició ante la falta de autorización del tratamiento oncológico, cuando se encontraban en el Hospital, sin explicación alguna, nadie le informó en ese momento las razones de la negativa, sino que se enteraron por una carta documento enviada a la Provincia de Santiago del Estero, domicilio de sus padres, quienes se encontraban con su

mandante en la Ciudad de Buenos Aires en el momento del hecho, teniendo pleno conocimiento el demandado de tal situación.

Consideró que la disposición legal debe ser vista como una concreción del principio de la buena fe que debe primar en todo negocio, máxime cuando estamos en presencia de un contrato de consumo en el cual existe un débil jurídico, el que se encontraba en riesgo su vida, que necesita la tutela del derecho para que se restablezca el equilibrio entre las partes.

Luego señaló el incumplimiento al deber de información. Al respecto dijo que jamás la empresa demandada informó previo a cortar el servicio, simplemente se negaron a la autorización de los mismos, manteniendo en una gran incertidumbre a su mandante y a toda su familia.

Rubros reclamados.

Daño material. Reclamó por este rubro la suma de \$XXX. Fundamentó que conforme surge de la documentación que se adjuntó, el Sr. D.A. sufrió un grave menoscabo en su patrimonio y el de sus familiares al tener que recurrir a los ahorros de toda su vida y los de sus padres para poder afrontar la situación de salud que se encontraba atravesando. Añadió que los gastos erogados por la falta de cumplimiento en las prestaciones contratadas, deben ser restituidos en su totalidad.

Daño moral. Reclamó por este rubro la suma de \$XXX, aclarando que es el mismo monto peticionado como daño material. Fundamentó el mismo en que en el caso estamos ante importantes incumplimientos que afectaron la vida misma, la tranquilidad y estabilidad física y emocional de su mandante y agregó que la actitud de haberlo dejado totalmente vulnerado, abandonando su persona, han provocado alteraciones disvaliosas en él, que deben ser reparadas sin más. Puntualizó que le denegaron cobertura exactamente el mismo día del comienzo de una nueva etapa en el tratamiento médico agravándose en consecuencia el estado de salud, aún más, por la preocupación de poder afrontar los gastos de los tratamientos. Citó doctrina y jurisprudencia. Advirtió que la demandada recién reincorporó al actor a sus prestaciones después de haber transitado por un juicio de amparo con sentencia de medida cautelar y luego de fondo.

Daño punitivo. Solicitó la aplicación de una multa por daño punitivo en la suma estimada de \$XXX.

Privación de uso. Cuantificó el mismo en la suma de \$XXX. Explicó que la privación del servicio adquirido, consiste en la imposibilidad material de utilizar el servicio y el consecuente daño que se infiere al titular del mismo, impidiendo su utilización con el efecto de una obvia reducción de las posibilidades para la que estaba destinada, cobertura para toda contingencia de salud, como ser postoperatorio, tratamiento oncológico y demás condiciones físicas a las que se debía sobrellevar, en vez de transitarlo de forma tranquila y cómoda, su representado se vió obligado a luchar por el cumplimiento de un servicio que fue adquirido precisamente para aminorar los riesgos de una posible contingencia de salud, lo que genera un daño que no necesita demostración.

Daño psicológico. Reclamó por este concepto la suma de \$XXX. Ofreció prueba documental.

Solicitó beneficio para litigar sin gastos.

2. Por decreto de fecha 17/02/2025 se ordenó correr traslado de la demanda y se citó a la demandada a la primera audiencia oral prevista para el trámite del juicio sumario, la cual se celebró el 30/04/2025.

2.1. En ese acto se apersonó el letrado L.Q. en representación de P.S. S.A., quien ratificó la contestación de demanda presentada por escrito (SAE, 23/04/2025) y procedió a ampliarla.

En cuanto al rubro daño material negó la documentación adjuntada por la parte actora, porque no fue corroborada por su parte y negó que se le adeude seis millones a la parte actora, los que no condicen con gastos dentro de la cobertura de P.S., por lo que no corresponde el pago de los mismos.

En la presentación realizada por escrito (SAE, 23/04/2025) solicitó el rechazo de la demanda, con imposición de costas

En primer lugar efectuó negativa de manera general y particular de todos y cada uno de los hechos y el derecho invocados por el actor que no sean expresamente reconocidos por su parte.

Relató que el actor al afiliarse a su mandante presentaba antecedentes médicos graves, habiéndosele practicado una intervención quirúrgica por S.A.C., previo al tiempo de su afiliación, situación que no denunció en la declaración jurada (documento obligatorio y requisito básico para afiliarse).

Explicó que dicho antecedente, conocido por el actor y que dolosamente no lo consignó en su declaración jurada en la admisión de fecha 30/10/2020, fue lo que provocó que al descubrirse, su mandante lo desafiliara.

Indicó que la desafiliación fue a causa de su propio accionar, por la ocultación dolosa de información vital y obligatoria para la prepaga y la superintendencia de salud, lo que se produjo al tiempo de contratar, violando su reglamento. Alegó que por ello se procedió a la nulidad del contrato celebrado en los términos del art. 9, 2) B) del Dto. Reglamentario 1993/2011 de la Ley 26.682, siendo dicha desafiliación notificada por carta documento.

Expresó que ante ello, en fecha 23/06/2023, el actor interpuso amparo en los tribunales federales exigiendo reafiliación, en donde se dictó una medida cautelar en fecha 12/07/2023, ordenando reafiliar al actor bajo la misma cobertura médica y otorgarle la cobertura íntegra (100%), lo que se cumplió inmediatamente. Mencionó que por ello, todo el tratamiento en el H.I., y la cobertura de estudios médicos, intervenciones quirúrgicas, rayos y todo lo prescripto por sus profesionales tratantes, viáticos por traslados a la Ciudad de Buenos Aires, alojamientos y alimentos para el Sr. D.A.M. y un acompañante, fue pagado por su mandante.

Advirtió que inmediatamente luego de la cautelar se realizó la reafiliación del actor y su grupo familiar junto con la cobertura íntegra del tratamiento, por ello el actor solo estuvo sin cobertura 2 meses, pero al reasumir afiliación su mandante pagó todos los insumos, honorarios e internación por ese período.

Mencionó además que en el referido amparo, acotado proceso en el cual no se cuenta con amplitud probatoria, fueron condenados. Por su parte, refirió que en el mismo nunca se obtuvo dictamen del Médico Forense Dr. A. a fin de que se expida sobre la preexistencia de la enfermedad/dolencia y si por el diagnóstico del Sr. D.A.M.E., la conveniencia y urgencia de

realizar el tratamiento en el H.I. en la Ciudad de Buenos Aires, a pesar de que fue ordenada por el Sr Juez Federal. Por último, mencionó que en dicho amparo se resolvió en fecha 30/10/2023 hacer lugar al amparo deducido por el actor y se ordenó a su parte reincorporar en forma definitiva como afiliado a E.D.A.M., en las mismas condiciones al momento de su contratación, y brindar la cobertura integral (100%) de las prestaciones médico-asistenciales, incluidos los tratamientos, prácticas, intervenciones, medicamentos y todo lo atinente a la atención que demande el actor debido a la enfermedad que padece y que fueran necesarios para su evolución, sin preexistencias, sin plazo de carencia y sin cuota diferencial.

Señaló que esta injusta sentencia hizo que el actor recibiera todas las prestaciones médicas correspondientes.

Consideró que en el presente juicio se peticionan exorbitantes sumas, en un intento de enriquecerse sin causa, por una situación en la que el actor actuó de mala fe.

Solicitó se tenga en cuenta que para ingresar a P.S., se debe prestar juramento mediante una declaración jurada de estado de salud, la cual es obligatoria y de carácter personal ya que se debe informar sobre los padecimientos que anteceden a su afiliación, y si esta declaración no se firma, no se puede ingresar a una prepaga.

Puntualizó que en el caso, la misma fue completada y aceptada por un medio digital, medio autorizado luego de la pandemia por la Superintendencia de Salud.

Expuso que en este caso, la parte actora aceptó y dio conformidad y completó la declaración jurada de estado de salud y posteriormente, cumplido este requisito indispensable y excluyente, su mandante procede de buena fe a dar de alta al afiliado por haberla falseado.

Destacó que en la declaración jurada aceptada y completada electrónicamente por el actor declaró que no padecía ninguna patología/dolencia/enfermedad/embarazo, falseando su declaración y faltando al deber de buena fe, teniendo una enfermedad/dolencia/operación previa.

Señaló que ante esta situación, su mandante solicitó un informe al sector de Auditoría Médica y determinó en base a los estudios que la propia actora presentó para autorizar, que la parte actora ingresó a la prepaga falseando la declaración.

Explicó que en razón que la actora incurrió en falseamiento de la siguiente cláusula de la DDJJ dispuesta por la prepaga: "Declaro bajo juramento que los datos que aquí consigno son exactos y coinciden absoluta y plenamente con mi estado de salud y el de los miembros de mi grupo familiar asociado, reiterando que no tengo conocimiento sobre alguna enfermedad y/o situación preexistente mía o de mi grupo familiar asociado que no haya sido declarada en el formulario. Estoy en pleno conocimiento de que, si en esta declaración he ingresado datos falsos u omitido brindar información verdadera, P.S. se encuentra facultada de rescindir el presente contrato en los términos del Art. 9° Ley 26.682".

Dijo que para cumplir con los requisitos formales indispensables, el titular suscribió la documentación obligatoria de ingreso, la cual tiene el carácter de declaración jurada. Como parte de los formularios obligatorios, la actora completó y firmó electrónicamente un formulario de declaración de estado de salud (DDJ) y las condiciones de ingreso.

Alegó que este es un requisito indispensable para ingresar a P.S., y si el mismo afiliado no completa la declaración jurada de estado de salud no puede ingresar y ser afiliado de la misma,

por lo cual, al desconocer la declaración jurada de estado de salud también desconoce su condición de afiliado. Resaltó que la misma fue completada y aceptada por la parte actora, y además reconocida en la propia demanda.

Transcribió el artículo 4 de la res. 2400/2023.

Merituó que el actor obró con total ausencia de buena fe durante toda la relación jurídica con su mandante, siendo la primera actividad realizada con mala fe el momento de solicitar su ingreso y confeccionar su declaración jurada de salud, conociendo que tiene una enfermedad/patología/dolencia y no declararla, pues específicamente en la pregunta dónde surge el antecedente de la misma declaración y no lo hizo.

Añadió que este falseamiento de los datos obligatorios, fue advertido por su mandante recién ante la presentación de los estudios.

Consideró que se violaron los requisitos del contrato de afiliación, los que son impuestos por el Ministerio de Salud de la Nación.

Mencionó que P.S. no es un agente del Seguro Nacional de Salud de las leyes 23.660 y 23.661, encontrándose facultada a dar de baja a un afiliado que hubiera falseado la declaración jurada en los términos del art. 9 de la Ley 26.682 y que por ello, no corresponde efectuar aplicaciones analógicas de la normativa aplicable a las obras sociales en su calidad de Agentes del Seguro de Salud a las entidades privadas de medicina prepaga.

Relató que el ingreso del actor se ha efectuado con un vicio en la voluntad por parte de su mandante y luego de afiliarse a una persona es necesario para que exista vínculo el concurso de voluntades, donde la Asociación procede a evaluar la solicitud con el antecedente de la declaración jurada, y si la misma es falseada, estamos frente a un contrato nulo, toda vez que existió un vicio en la voluntad.

Dijo que en el caso de la medicina prepaga la ley vigente que la regula decidió respecto a las enfermedades/embarazos preexistentes su declaración obligatoria por el afiliado por medio de una declaración jurada de salud, con la obligación de no falsearla, permitiendo el cobro de una cuota más alta en caso de existir y también la rescisión unilateral en caso de falseamiento.

Merituó que el actor no acreditó pago de suma alguna ni daño alguno. Impugnó los rubros indemnizatorios. Citó doctrina y jurisprudencia.

Planteó pluspetición inexcusable y formuló reserva del caso federal. Ofreció prueba.

2.2. En el marco de la primera audiencia se dispuso la apertura a pruebas, se proveyeron las pruebas ofrecidas por las partes y se fijó fecha de celebración de la segunda audiencia de este proceso sumario.

Asimismo se corrió traslado a la parte actora de la documentación presentada por el demandado, quien desconoció el print de pantalla y su autenticidad, ya que alegó que en el mismo se hace referencia a un grupo familiar que no existe.

3. La segunda audiencia se celebró el 19/08/2025. En la misma el perito médico J.C.P. respondió las cuestiones planteadas, asimismo se produjo la prueba testimonial, donde declararon los Sres. P.D.A. y C.F.M. . Por último, se dispuso la ampliación del plazo probatorio por 10 días a los fines de la producción de pruebas pendientes.

El 04/09/2025 emitió dictamen la Sra. Fiscal de la Fiscalía Civil, Comercial y del Trabajo de la IIª Nominación. Luego, el 10/09/2025, se clausuró el período probatorio y en misma fecha los autos fueron llamados a despacho para dictar sentencia.

CONSIDERANDO:

1. Hechos conducentes. El actor solicita por medio de este juicio la declaración de incumplimiento contractual, y de la obligación legal de trato digno en el marco de la relación de consumo entablada con la demandada, derivada de un contrato de medicina prepaga. La controversia central en este proceso radica en la rescisión unilateral e inmediata del contrato por parte de la demandada, ocurrida en un momento crítico de la salud del actor, mientras se preparaba para iniciar un tratamiento oncológico urgente por un tumor cerebral. P.S. justificó la baja alegando la presunta falsedad de la declaración jurada al momento de la afiliación, omitiendo la mención de una patología (S.A.C.) de la que el actor había sido dado de alta en su infancia. En consecuencia, el actor reclama el cumplimiento forzoso del contrato, el resarcimiento de los daños y perjuicios sufridos y la aplicación de una multa por daño punitivo por la conducta que considera maliciosa de la demandada.

1.1. La parte demandada aduce la nulidad del contrato suscripto con el Sr. D.A., y la ausencia de daño debido al cumplimiento posterior de la cobertura. Refiere que el actor ocultó dolosamente en la declaración jurada de salud, la patología preexistente del S.A.C., por la que fue intervenido quirúrgicamente en su niñez, omisión que es calificada como ocultación dolosa de información vital y constituye un falseamiento de la declaración jurada, por lo que sostiene que se encontraba facultada para rescindir el contrato en los términos del art. 9 inc 2 b del decreto reglamentario 1993/2011, y menciona que la desafiliación se produjo, por tanto, al descubrirse este falseamiento.

Asimismo refiere que luego de que el actor interpusiera el amparo en los tribunales federales, cumplió íntegra e inmediatamente con la medida cautelar y se reafilió al actor otorgando el 100% de la cobertura integral, y afirma haber pagado todos los costos del tratamiento oncológico, e incluso viáticos, alojamiento y alimentos. Concluye entonces que las sumas reclamadas son un intento de enriquecimiento sin causa, porque su parte cubrió todos los costos, a la vez que impugna los rubros indemnizatorios.

1.2. En razón de ello, cabe señalar que no se encuentra controvertido que el Sr. D.A.M. era afiliado de P.S. S.A.; que a la edad de ocho años padeció el S.A.C., patología por la cual fue sometido a una intervención quirúrgica por ello; y que, posteriormente, encontrándose en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para someterse a un tratamiento de radioterapia destinado a tratar un germinoma de la región pineal, fue dado de baja como afiliado por parte de la referida empresa de medicina prepaga.

Los hechos controvertidos en la presente causa giran en torno a determinar la legitimidad o legalidad de la desafiliación dispuesta por P.S., o si por el contrario, dicha decisión constituyó un acto antijurídico, arbitrario y de mala fe contractual. Asimismo, se discute si el actor omitió dolosamente en su declaración jurada de salud la existencia del S.A.C., o si por el contrario, tal patología se encontraba superada y sin relación causal con el germinoma que motivó el tratamiento conforme lo sostiene el actor. Se encuentra también controvertido si se suscribió

por parte del actor la declaración jurada de salud; si los gastos derivados del tratamiento médico fueron afrontados por el actor o por la demandada, y finalmente, determinar si corresponde atribuir responsabilidad a la demandada y, en su caso, la extensión de tal responsabilidad.

Estos son los hechos conducentes y de justificación necesaria sobre los cuales las partes debían producir prueba idónea a los fines de acreditar la procedencia de la pretensión esgrimida por la parte actora, o bien, si corresponde su rechazo.

2. Marco normativo.

De acuerdo a los hechos invocados y reconocidos por las partes se advierte que en el caso se encuentra configurada una relación de consumo, circunstancia que torna aplicables las normas del microsistema protectorio de los consumidores y usuarios. Esto es así en el marco previsto por el artículo 42 de la Constitución Nacional, los artículos 1, 2 y 3 de la Ley de Defensa del Consumidor n° 24.240 (en adelante LDC) y de los artículos 1092 y 1093 del Código Civil y Comercial de la Nación (en adelante CCCN), en virtud de que las partes en el presente caso suscribieron un contrato de medicina prepaga, el que conlleva la consecuente prestación del servicio de salud por parte de la proveedora, P.S. S.A., actividad que se encuentra normada por la Ley n.° 26.682, y sus decretos reglamentarios, que establecen el marco regulatorio de la medicina prepaga.

En tal sentido, resulta importante destacar que la M. constatación de elementos aportados al proceso que permitan admitir la configuración de una relación de consumo impone –necesariamente y aun cuando las partes no la hayan invocado– que el magistrado interviniente acuda al sistema protectorio y aplique sus disposiciones. Precisamente por tratarse de un régimen legal, de orden público (arts. 36 y 65 de la LDC) establecido en cumplimiento de un principio protectorio de jerarquía constitucional (art. 42 de la CN), su aplicación resulta imperativa para el juez de la causa que está, por tanto, impuesto del deber de asumir un rol proactivo en el proceso que pueda eventualmente comprometer los derechos de un consumidor (Japaze, B. “Relación de consumo y calificación del consumidor inmobiliario”, en Derecho de Consumo Inmobiliario, Alterini I.E. - Aicega, M.V. -dirs.-, La Ley, Buenos Aires, 2021, T. I, p. 61).

El Sr. E.D.A.M. suscribió el contrato de medicina prepaga como destinatario final, en beneficio propio, mientras que la demandada reviste el carácter de proveedora en los términos del art. 2 de la LDC. En este orden de ideas, corresponde decir que el contrato de medicina prepaga es un contrato que se celebra por adhesión a cláusulas generales predispuestas (art. 984 CCCN). De ese modo, el usuario o beneficiario se adhiere a cláusulas generales predispuestas por la empresa y se erige en destinatario final de los servicios de medicina privada que provee la empresa demandada, por lo que resulta aplicable la protección acentuada que brinda el estatuto de defensa del consumidor. Cabe resaltar que en el caso concreto la contratación se llevó a cabo a través de medios electrónicos, concretamente a través de la aplicación Whatsapp del padre del actor, por lo que se configura un contrato a distancia en los términos del art. 1105 y cctes. del CCCN.

El contrato de medicina prepaga ha sido definido como el contrato "por el cual una persona (o una empresa) promete a otra, llamado asociado o beneficiario, una determinada asistencia médica y recibe como contraprestación, el pago generalmente periódico de una suma de dinero" (Gherzi, Carlos - Weingarten, Celia - Ippólito Silvia C., "Contrato de medicina prepaga", Ed. Astrea, Buenos Aires, Año 1999, p ág. 150).

El contrato formaliza la relación jurídica existente entre quien organiza y se compromete a la prestación del servicio de asistencia médica por un lado, y quien resultará destinatario del mismo asumiendo, a su vez, el pago del precio en la forma convenida. Pero tras esa fachada que formaliza el vínculo jurídico entre las partes, el llamado sistema de medicina prepaga es el que da el contexto. El sistema es el que define el modelo adoptado para ofrecer las prestaciones de salud. Es asimismo lo que explica la lógica de su funcionamiento. Así, se ha afirmado que la cobertura de prestaciones de salud en el sector privado puede asumir distintas modalidades y, entre ellas, una modalidad prepaga. Ésta implica la organización de las prestaciones médicas por parte de la empresa prestadora, que habrán de ser soportadas mediante la concentración anticipada de recursos y la captación del ahorro de los beneficiarios a fin de que, cuando se produzca el hecho condicionante, los servicios asistenciales prometidos se ejecuten por sí o por terceros, conforme a las condiciones establecidas por las partes (Cfr. Japaze, Belén, "Contrato de medicina prepaga y protección del consumidor" en: Picasso, Sebastián - Vázquez Ferreyra Roberto (dirs.), Ley de Defensa del Consumidor. Comentada y Anotada, La Ley, Buenos Aires, Año 2009, tomo II, págs. 125/126).

La captación de ahorro en forma anticipada y su particular destino -afrontar el eventual riesgo de afectación de la salud - constituyen rasgos definitorios del sistema. Como complemento necesario se engarza una estrategia de organización y gestión de la red que ejecutará, en concreto, las prestaciones que demande la cobertura de los servicios médicos asistenciales. El empresario es quien realiza esta labor de intermediación, asume el *management* y el gerenciamiento del servicio (Casares, Mónica - Alterini María José, "Contrato de medicina prepaga" en: López Cabana, Roberto M. (Coord.) Contratos especiales en el siglo XXI, Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, Año 1999, p. 241 y sigtes.).

En cuanto reúne los elementos que tipifican el contrato de consumo (art. 1093 CCCN), el contrato de medicina prepaga admite esta calificación. Ello determina la aplicación de la normativa tutelar especial consagrada en la LDC como así también las normas de los contratos de consumo previstas en los arts. 1092 a 1122 del CCCN.

La mención de esta nota característica es de gran relevancia pues numerosas situaciones de conflicto encuentran adecuada solución de la mano de la citada normativa. El reconocimiento de derechos al consumidor y la imposición de deberes al proveedor se trasladan al escenario del contrato de medicina prepaga. El adherente, beneficiario o usuario puede reclamar del proveedor (la empresa médica) el cumplimiento de los deberes jurídicos impuestos por la ley en resguardo de sus derechos (Cfr. Japaze, Belén, "Contrato de medicina prepaga y protección del consumidor", *ob. cit.*, tomo II, págs. 136/137).

A la luz del marco jurídico descripto se llevará a cabo el análisis del plexo probatorio producido en autos, como de la procedencia o improcedencia de la pretensión procesal esgrimida por la parte actora.

3. Pruebas.

3.1. *Documental ofrecida por la parte actora.* Con la demanda (SAE, 14/10/2024) el Sr. D.A. acompañó:

- acta de constatación de fecha 10/10/2024 de verificación y transcripción del contenido de los mensajes, tanto de voz como de texto, en el teléfono celular proporcionado por la Compañía Claro con número XXX, enviados desde el número XXX y fotografías certificadas de capturas de pantalla de una conversación con alguien agendado como “M.P.S.- M.S.C.”;
- credencial de P.S. a nombre de D.A.M.E. XXX válido desde 04/23 hasta 07/23;
- facturas de “M.C. S.A. (I.)” concepto/producto: Rmn Privado Rm Cerebro por \$XXX de fecha 15/04/2023; de “C.M.M.” de Intensidad modulada por \$XXX del 02/08/2023; de “M. SRL” por alquiler temporario desde 06/05/2023 al 08/05/2023 dos noches (...) CABA por \$XXX del 15/05/2023 y de alquiler de departamento temporario desde el 08/05/2023 al 13/05/2023 dos noches (...) por \$XXX del 15/05/2023, 90 comprobantes de pagos varios;
- nota de fecha 05/06/2023 dirigida al Sr. E.D.A.M. de A.A.N., firmada por Prof. Dr. J.J.M.M. y Dr. M.S.;
- carta documento de Oca, remitente P.S. S.A. y destinatario E.D.A.M.; y otra de Correo Argentino, remitente E.D.A.M. y destinatario P.S. S.A. de fecha 26/04/2023.
- Historia clínica n.º XXX; Informe de resonancia magnética de fecha 10/03/2023; informe de tomografía de fecha 09/03/2023, todos ellos de S.9.J. S.A, y referentes al paciente D.A.M.E.;
- Constancia emitida por la médica pediatra M.S.M. neuróloga infantil MN XXX de fecha 30/05/2023;
- Prescripción médica de fecha 17/04/2023 suscripta por Prof Dr. I.F.C.P., Jefe departamento neurología Instituto A.H.R. UBA MN XXX.

3.2. *Documental ofrecida por el demandado.* Con su contestación de demanda (SAE, 23/04/2025) el demandado acompañó:

- sentencia definitiva de octubre de 2023 del expte. n.º XXX “D.A. M.,E. c/ P.S. s/ amparo ley 16.986;
- captura de pantalla de “Consultar afiliado y/o grupo familiar”.

3.3. *Informativa.*

- Mesa de Entradas en lo Civil adjuntó (SAE, 09/05/2025) un listado de juicios donde P.S. S.A. es parte (en algunos actor, y en otros, demandado);
- La Dirección de Comercio interior informó (SAE, 09/05/2025) que P.S. S.A. cuenta hasta el presente con 19 denuncias y con antecedentes por infracciones a las leyes de su competencia (resoluciones sancionatorias firmes). Aclaró también que el sistema informático no registra ni discrimina el motivo de las denuncias;
- M. (SAE, 09/06/2025) informó que la factura acompañada por el actor es auténtica y acompañó una copia legible de la misma;

- La A.A.N. confirmó la autenticidad de la carta enviada el 05/06/2023 y de las firmas de los profesionales que la suscriben (SAE, 25/07/2025) acompañada como documentación por el actor;
- O. contestó oficio (SAE, 14/08/2025) e informó que en relación al Sr. D.A.M.E., los últimos diez (10) años, como usuario de los servicios de esa institución, no surge la existencia de autorizaciones de cirugías o prácticas médicas vinculadas a la patología de germinoma de la región pineal en el período requerido. Asimismo, indicó que respecto de las prestaciones a las que el afiliado accede de manera directa —tales como estudios por imágenes, análisis de laboratorio y otras prácticas—, las mismas se efectúan mediante la presentación de credencial y prescripción médica, sin intervención administrativa previa de esta Obra Social. Por tal motivo, indicó que no cuenta con información que permita precisar los diagnósticos consignados por los profesionales tratantes en tales pedidos;
- A.A. S.A. respondió oficio (SAE, 28/08/2025) y expresó que el celular número XXX tiene estado activo, cuyo titular es el Sr. P.D.A.;
- S.9.J. S.A. respondió oficio (SAE, 02/09/2025) y adjuntó historia clínica del paciente D.A.M.E., DNI n.º XXX, correspondiente a la internación de fecha 10/03/2023;
- Movistar contestó oficio (SAE, 02/09/2025) y expresó que las líneas XXX y XXX no corresponden a aquellas que el Ente Nacional de Comunicaciones otorga a su representada para asignar a sus clientes.

3.4. Pericial médica. A instancias de la parte demandada y del actor se produjo prueba pericial médica, la que estuvo a cargo del perito médico J.C.P. . En su informe (SAE, 02/06/2025) el perito en primer lugar aclaró que el mismo se realizó sobre los antecedentes obrantes en autos, sin necesidad de realizar un examen médico al actor. Luego dictaminó que según se desprende de los antecedentes obrantes en autos, el actor, previo a su afiliación a la obra social P.S., a la edad de 8 años fue intervenido quirúrgicamente por un S.A.C. . Informó que dicho síndrome, de etiología congénita, fue diagnosticado en la infancia y tratado a la edad de 8 años.

Asimismo concluyó que el cuadro de intensa cefalea con hidrocefalia aguda producido por el germinoma pineal, no fue consecuencia o complicación del S.A.C. diagnosticado a los 8 años, por lo cual se debieron brindar las prestaciones correspondientes, a cargo de la Obra social.

Mediante providencia del 27/06/2025 se hizo constar que el punto 3 de pericia no será tenido en cuenta.

3.4.1. Impugnación del informe.

El 17/06/2025 la parte demandada impugnó el informe pericial médico, cuestionando principalmente la omisión de examen médico directo del actor. Cuestionó que basó su dictamen exclusivamente en los antecedentes obrantes en autos, lo cual -según sostuvo- limita gravemente la profundidad del análisis médico-legal, especialmente en un caso donde se discute la relación entre patologías neurológicas complejas y su impacto funcional actual.

Asimismo argumentó que el informe carece de un estudio detallado de la historia clínica completa del actor, y que tampoco se mencionan informes médicos previos a la afiliación, los cuales considera esenciales para evaluar la supuesta “ocultación dolosa” alegada por su parte.

Añadió que el perito omitió analizar si el antecedente neurológico pudo haber influido en la evaluación de riesgo médico al momento de la afiliación.

Sostuvo, además, que el perito incurre en una simplificación excesiva al afirmar que las patologías son “totalmente diferentes” y, por ende, irrelevantes entre sí.

Finalmente, cuestionó la falta de imparcialidad técnica, señalando que adopta un tono marcadamente favorable al actor, sin sustento técnico suficiente ni análisis de la documentación aportada por la demandada.

3.4.2. Respuesta del perito. El perito respondió la impugnación por escrito (SAE, 19/08/2025) y también en forma oral en la segunda audiencia. En su presentación sostuvo que no era necesario realizar el examen médico al actor, por cuanto la cuestión central residía en determinar si existía o no correlación entre el S.A.C. diagnosticado a los 8 años y el germinoma pineal.

Explicó que, como médico, no le corresponde efectuar apreciaciones respecto a temas relacionados con las condiciones de la afiliación. En su exposición oral reiteró que el examen físico resultaba innecesario, dado que se trataba de una situación histórica referida a antecedentes médicos.

Enfaticó que no existe ninguna relación entre ambas patologías, señalando que son dos diferentes, una de origen congénito y la otra tumoral.

A requerimiento del suscripto, precisó en qué consiste la independencia entre ambas patologías. Explicó que el S.A.C. había sido resuelto quirúrgicamente hacía más de 20 años, sin dejar secuelas. Detalló que se hace mediante una neurocirugía descompresiva, consistente en la extracción de una formación embrionaria congénita, que puede causar compresión a nivel del cerebelo o la médula. Agregó que, tras dicha intervención, no se registraron consecuencias posteriores.

Aclaró que el actor posteriormente padeció una patología diferente, de carácter tumoral, concretamente un germinoma de glándula pineal, cuya aparición —dijo— fue por el destino y la desgracia. Indicó que esta enfermedad generó compresión con hidrocefalia, que requirió la práctica de una ventriculotomía con colocación de catéter, de drenaje, y posteriormente una segunda cirugía para la extracción del tumor. Como no se logró sacarlo completamente, se indicó radioterapia, tratamiento que —según el perito— la obra social no autorizó.

Consultado acerca de la etiología del germinoma, el perito señaló que las causas de los tumores cerebrales son, en general, desconocidas. Explicó que si bien de algunos tumores ya se sabe su origen, la mayoría son de etiología desconocida; en este caso, se trata de un tumor benigno, aunque en el cerebro actúa de manera maligna.

Finalmente, el suscripto le preguntó si, luego de los tratamientos realizados, el actor había superado las consecuencias del germinoma pineal. El perito manifestó que, según los antecedentes obrantes en autos, el paciente aparentemente se encuentra sin secuelas, destacando que no lo examinó personalmente, por considerar que el caso debía evaluarse a partir de la documentación médica y no requería examen físico directo, contrariamente a lo sostenido por el Dr. Q. .

3.4.3. Preliminarmente, corresponde adelantar que se rechazará la impugnación. En términos generales es necesario recordar que, al tratarse de una rama del saber que el Juez no está obligado a conocer, el informe del perito, como la de cualquier otro experto, resulta de ponderación ineludible, de allí que no basta con expresar un disenso vago y general con la labor pericial, sino que es imprescindible impugnar específicamente y con el mismo rigor técnico o científico las razones que justifiquen que haya que apartarse de tales conclusiones (Cám. Civil y Comercial Común; Sala 2, Sent. 148 del 29/03/2022; Sala 3, Sent. 214 del 29/05/2014). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la prueba pericial no es vinculante para los magistrados, quienes están dotados de facultades para apreciarlas con los límites objetivos de las reglas de la sana crítica (cfr. Cám. del Trabajo, Sala 1, Sent. 165 del 23/09/2021; Cám. Civil en Documentos y Locaciones, Sala 1, Sent. 157 del 13/08/2021; Cám. Contencioso Administrativo, Sala 3, Sent. 675 del 15/12/2020, entre otras). En cualquier caso, la impugnación formulada a la pericia en este caso no logra desvirtuar el trabajo llevado a cabo por el perito ni las aclaraciones que realizó sobre el tema en la segunda audiencia.

A mayor abundamiento, advierto que el demandado no ha designado consultor técnico, y en este sentido, tengo presente que las impugnaciones realizadas a dos pericias científicas fundadas requieren ser realizadas por un profesional de la materia, o que éste respalde y avale con su firma el contenido de la impugnación, ya que esta debe estar a la altura de conocimientos de los informes respectivos, conocimientos que un abogado no posee. No surge de los cuadernos de prueba respectivos (CPDyC n°3 y n°4) que se haya designado consultor técnico para participar en las pericias, ni firmas de especialistas que avalen los planteos formulados a dichas pericias. (cfr. CCC Com. - Concepción; Sala 2; Sent. 340 del 30/09/2024). Por lo expuesto, cabe rechazar la impugnación de la pericia formulada por la parte demandada.

3.5. Testimonial.

En la segunda audiencia prestaron declaración testimonial los testigos ofrecidos por la parte actora.

En primer lugar, el Sr. P.D.A., DNI n.º XXX, dijo tener 57 años y ser comerciante y que E. es su hijo.

Expresó que la contratación fue a través de su teléfono, virtual, y se inició en octubre del 2020, que los trámites referidos a esa contratación los hizo junto a su hijo y el no firmó absolutamente nada en papel, nada físico, como así tampoco lo hizo él en representación suya. Refirió que el estado de salud de su hijo al momento de la contratación era excelente, un joven super sano, deportista, una persona sin ningún tipo de problemas físicos y de ningún tipo, excelente estado de salud.

Relató en relación a los primeros indicios del germinoma pineal que tuvo su hijo, que fue al principio de marzo, le empezó a doler la cabeza, y empezó a tomar tafirol, ibupirac, etc. Luego añadió que después de esa primera semana de marzo, un día se van con el hermano al H.P. y no lo atienden ahí porque tenía obra social, entonces se van al 9.J. donde le hacen una tomografía ese mismo día, y le aparece en el estudio una hidrocefalia aguda, en marzo de 2023.

Expresó que al momento de empezar el tratamiento en el H.I.: después de todo lo que pasaron, de las dos operaciones que tuvo, primero para menguar el cuadro de hidrocefalia hubo que hacerle una operación de ponerle un catéter de derivación, a través del cual descomprimen la zona cerebelosa, operación que fue el 10/03. Luego el día 17/3/2023 lo someten a una tercer ventriculostomía, operación donde le abren toda la cabeza, le extraen el tumor, y como corría riesgo de vida determinaron que no le iban a sacar el 100% del tumor. Dijo que había una patóloga presente que determinó que no era maligno, entonces quedó un 15% del tumor, considerando en esa operación que ese 15% que quedó se podía sacar a través de radioterapia, que es un método muy puntual con láser que va destruyendo el tejido que había quedado. Alegó que después de esta operación estuvo en terapia intensiva hasta los primeros días de abril, y para la segunda semana de abril, el 17/04 ya se estaban trasladando a Buenos Aires para iniciar las gestiones, había que ir al neuro oncólogo que atiende en el I.R., que es un instituto especializado en oncología, y allí le hicieron una punción para comprobar que no haya células malignas en el torrente cefalorraquídeo. Continuó relatando que al día siguiente ya se pusieron en contacto con el H.I., que tiene una unidad adjunta de tratamiento de radioterapia, hablaron con el Dr. A., quien les explicó cómo iba a ser el tratamiento, las consecuencias que podía tener, como podía influir en sus neuronas, y todas las secuelas que tiene ese tratamiento. Señaló que el día 18 de abril, lo llamó por teléfono uno de los secretarios de M. comunicándole que tenía un problema para la autorización del tratamiento, que estaba con algún problema sobre esa autorización.

Sostuvo que en ese momento a la primera persona que llamó, es a la persona que hizo la gestión de afiliación de E., ya que estaba en los contactos de su teléfono, quien le dijo que debía ser algún error de sistema ya que no estaba al tanto, luego llamó a un 0810 de P.S., donde le dijeron que los datos que él le daba no pertenecían a un afiliado. Luego se puso en contacto con una de las personas que los atendió en el S.9.J., que fue quien estuvo presente y les preguntaba cómo estaba todo, quien también le dijo que no sabía nada. Por último mencionó que se puso en contacto con la Sra. C.H., quien le dijo que por algún motivo E. había sido dado de baja de la obra social. Señaló que en ese momento insistió, volvió a llamar a la persona que lo afilió, intentó con el 0810 y por todos lados, y efectivamente a E. lo habían abandonado, así es cómo sucedió.

Refirió que los gastos causados después de ese abandono, es decir los gastos del tratamiento de radioterapia no fueron cubiertos por P.S., que no cubrió nada, que fue la familia la que cubrió todo. Relató que estaban en Buenos Aires por supuesto sin un peso y hablaron con familiares, parientes, con todo el mundo, para luego ir a M. a explicar qué es lo que estaba pasando, en donde le dijeron que no se podía postergar, porque están poniendo en riesgo la vida de una persona, entonces pidió presupuesto, para que le digan si es que la obra social no se hacía cargo, cómo hacían ellos para gestionarlo. Explicó que les dieron la chance de un plan de pagos y pudieron conseguir el dinero gracias a la familia, y así es que se llevó a cabo el tratamiento de E. .

Al ser interrogado el testigo respecto a cómo le comunicaron la baja, dijo que cuando se comunicó con la Sra. C.H. de P.S., ella es la que le dijo que por alguna razón lo habían dado de

baja a E., y que en algún momento les iba a llegar la comunicación a su domicilio, y al día siguiente llegó la comunicación al domicilio de E. .

Expresó que la comunicación que lo desvinculaba llegó al domicilio, cuando ellos se encontraban en el H.I. .

Cuando se le preguntó al testigo qué fue lo que le dijeron los médicos después de la cirugía practicada a los 8 años de edad, si el siguió con alguna patología después, aludió a que se hizo la cirugía del C., y el médico les dijo que vuelvan al año, el Dr. M., de la C.F., para un control y revisión, quien se tomó el tiempo para revisarlo, fueron con estudios, los que observó y fue medio gracioso, porque el Doctor dijo que no nos quería ver nunca más por ahí, y ellos le contaban que E. tenía alguna distracción, que era inquieto, y les dijo que esas son cosas de chicos, que él ahí no los quería ver nunca más, ya que tienen el alta definitiva, es decir que no tenía una patología, absolutamente nada.

Luego fue consultado si de acuerdo a las conversaciones que tuvo con los médicos si el germinoma tiene algún vínculo con la enfermedad de A.C. a lo que el testigo declaró que no, que no tiene absolutamente nada que ver, ya que lo que E. tuvo cuando era chico, se puede comparar con un apéndice, donde sabemos que si uno fue operado de apéndice, ese problema no lo va tener nunca más de por vida, y con el S.A.C. sucede exactamente lo mismo, E. ha tenido la mala suerte de tener las dos cosas, pero nada está vinculado con la otra.

Preguntas formuladas por el demandado:

1. Cómo fue el seguimiento luego de la primera operación, de la enfermedad que él tenía a los 8 años, de la patología: el testigo expresó que después del postoperatorio se fueron a su domicilio, y E. siguió con la vida normal, yendo a la escuela, después de un tiempo de cicatrización, y de la cura de la cicatriz, ya empezó a hacer deporte, siguió con su vida normal, hasta el año que volvieron a ver al cirujano que lo operó que ahí es cuando ya les dijo que tenía el alta definitiva, que no nos quería ver nunca más por ahí, un cirujano muy reconocido
2. Qué deportes realizaba: el testigo dijo que mucha bicicleta, fútbol, patineta, más todas las actividades de la escuela.
3. Se le pidió al testigo que diga el motivo por el que no declararon en la declaración jurada, y no manifestaron la patología, o sea la cirugía que tuvo a los 8 años: Declaró que justamente por la razón que dijo antes, una apendicitis no se la declara al momento de hacer la afiliación, porque es algo ya pasó y que nunca más va a pasar, gracias a Dios ya se olvidaron de todo eso.

Preguntas formuladas por el suscripto:

1. Al momento que esa afiliación tuvo lugar, se le pidió al testigo que explique cómo procedieron, cómo fue esa mecánica de la declaración jurada, y cómo fue la afiliación con P.S. . El testigo señaló que fue a través de whatsapp, bastante corta, no fue algo que se extendió, les mandó un mensaje que decía de toda conformidad firmo al pie y tenía que poner su número de documento y el nombre completo.
2. En esa contratación por Whatsapp que tuvo lugar cuando se afiliaron a Prevención, además de ese "firmo de conformidad", en qué consistían los mensajes de la empresa y las contestaciones de ustedes, más en detalle sobre esa mecánica: el testigo sostuvo que le

gustaría poder dar detalle pero fue desde el celular suyo, era en época de pandemia, así que estaban todos juntos, y no hay más detalle.

3. Se le consultó al testigo qué lo llevó a contratar con P.S., por qué esa compañía y no otra de medicina prepaga: dijo que era justamente la época de la pandemia, y era por un tema de costos, achicar el presupuesto.

4. Se pidió que aclare en qué sentido achicar presupuesto: el testigo adujo que fue porque le ofrecían una cuota mensual más baja respecto a la otra obra social, O. .

5. Respecto de las operaciones y patologías que tuvo su hijo, después de esta última patología, de germinoma pineal, tiene alguna consecuencia o secuela, se le consultó cómo lo observa a su hijo: el testigo refirió que si ha tenido un período de entre 6 u 8 meses, donde se olvidaba muchas cosas, por ahí tenían charlas, un ejemplo, mañana vamos al cine, y a las 3 horas venía y decía están dando una buena película en el cine estaría bueno que vayamos, y tuvo que tomar durante mucho tiempo una pastilla, para tratar de revertir eso, porque eso es lo que la radioterapia hace, mata al tumor pero también a las células.

6. ¿Esa pastilla no la toma ya?: dijo que no gracias a Dios, y no tiene más episodios de olvido.

7. Cuando usted se enteró de la baja de afiliación, se enteró estando en Buenos Aires en comunicación con Sra. H., ¿Por qué se comunicaban con C.H., qué rol cumplía dentro de P.S., o cómo tenían ustedes su contacto?: el testigo indicó que el contacto de C.H. se lo pasó la persona que en la época de internación en el S.9.J., que no sabe si está fija en el S.9.J. o anda por los sanatorios, preguntando a los pacientes como están, si necesitan algo, si hace falta alguna autorización, algo de eso, y esa persona le dio el teléfono de C.H., que parece que en definitiva era la persona a cargo.

8. Se le consultó también si cuando le dijo que ya no figuraba como afiliado, no le informaron ninguna causa: dijo que absolutamente nada.

9. Directamente recibieron la notificación, pero no a través de C.H. alguna información: el testigo señaló que ella desconocía los motivos pero que estaba dado de baja.

Luego, prestó declaración la testigo C.F.M., DNI n.º XXX, quien dijo tener 56 años y ser comerciante. Declaró que E. es su hijo.

Dijo que la contratación entre E. y P.S. fue a través de su esposo por Whatsapp, y no existió firma de declaración jurada, ya que no hubo firmas, y añadió que ella tampoco firmó alguna vez en representación de su hijo

En relación al estado de salud de su hijo al momento de la contratación expresó ser perfecta, que no tenía nada, y que por un cambio de edad, por su edad, estaban en pandemia, y se decidió cambiarlo de O., que fue la obra social toda su vida, a otra obra social que sea un poco más económica, y por eso se asociaron a P.S. .

Relató que los primeros indicios del germinoma pineal que padeció su hijo fueron una semana antes de ser operado, porque antes de eso no tuvo nada, nunca tuvo nada en su cuerpo, él solamente en esa semana anterior le dolía la cabeza, tomaba ibuprofeno, le pasaba, hasta que le dolió muchísimo y hubo que llevarlo de urgencia al médico.

Manifestó que lo que sucedió con su hijo en el H.I. fue que llegaron a Buenos Aires, donde fueron a ver al Dr. C.P., quien los derivó a M. donde iban a empezar a hacerle todos los preparativos para la radioterapia, ahí les informan una vez presentados los papeles, después

de hablar con el médico, que era quien iba a tomar las medidas y mediciones, para empezar a hacerle los rayos, los llaman por teléfono esa tarde, para decirles que había un problema con la autorización de los estudios. Añadió que entonces su marido se comunicó con una persona de P.S., quien les dijo que no sabía que estaba pasando, después se comunicó con una mujer, que no se acuerda el nombre, que les dijo exactamente lo mismo, y al otro día recibieron una carta documento que decía que su hijo ya no pertenecía a P.S., lo dieron de baja de inmediato, eso fue lo que les pasó.

Refirió que al tratamiento de su hijo, cuando estaba en el H.I. no lo cubrió P.S., ya que en primer instante negaron que su hijo era socio de la misma.

Relató que a su hijo lo operaron de A.C.U., y les dieron el alta diciéndoles que eso era como sacar un apéndice y que el nunca más iba a tener un problema porque eso se terminaba ahí, pero que ellos igualmente lo llevaron 2 años seguidos al Dr. M., que fue quien lo operó, para que lo siga controlando, porque ellos tenían miedo de que podía volver, hasta que les dijo que no vayan más porque no existía el C., ya que se saca y se termina.

Expresó que la enfermedad de A.C. no tiene absolutamente ninguna vinculación con la patología de germinoma, ya que ellos hicieron esa consulta a todos los médicos, porque tenían la duda, a pesar que les habían dicho que nunca más iba a tener problema con el C., y los médicos les dijeron que no tiene absolutamente nada que ver.

Preguntas formuladas por la parte demandada.

1. Si me puede decir cómo fue el seguimiento luego de la primera operación de los 8 años: la testigo dijo que fueron dos años seguidos, volvieron al mismo neurocirujano, en Buenos Aires, con radiografías y cosas que ellos pensaban que podía volver a tener algo, y el Dr. la última vez les dijo que no volvieran nunca más, que no los quería ver nunca más.
2. El motivo por el que no declararon la patología o cirugía que tuvo a los 8 años: relató la testigo que no se firmó nada, que no le hicieron las preguntas.
3. Si tuvo conocimiento del Whatsapp que tuvo su esposo: la testigo refirió que si lo vio, y solamente pidieron el documento de E. y su nombre, eso nada mas, no pidieron datos de enfermedades, ni que padecía.
4. Para que diga cómo se enteraron de la desafiliación: la testigo declaró que su marido habló con 2 o 3 personas, la última persona el día 18 cree, y la última les dijo que estaba dado de baja en la obra social, y al otro día les llegó la carta documento, informándoles.
5. Esa fue la notificación que ustedes tienen, y ¿que decía la carta documento, usted la vio? Dijo no acordarse exactamente pero le habían dado de baja la obra social.

Preguntas formuladas por el suscripto:

1. Usted aludió a la afiliación con O., que en su momento tenía O. y que por razones de edad y de motivos económicos, decidieron cambiar su afiliación a Prevención, desde qué edad el tenía O.: la testigo señaló que de toda la vida, porque ella es socia desde hace 35 o 36 años,
2. Cuando el tuvo a la otra enfermedad, de A.C. él tenía O.: la testigo dijo que sí, que se operó con O. en el F. .

Tachas a los testigos:

La parte demandada tachó a los testigos tanto en sus personas como en sus dichos. Argumentó que carecen de conocimiento técnico para determinar ningún tipo de vínculo o relación entre una patología u otra, ya que ello es lo que entendieron de lo que les dijo el médico cuando lo consultaron, pero más allá de eso no tienen un conocimiento técnico. Además señaló que el vínculo parental que tienen, siendo madre y padre del actor.

Corrido el traslado de la tacha, el actor contestó manifestando que no se necesita ningún conocimiento técnico, sino que se trata de las situaciones de hecho que ellos han vivido, y precisamente son los únicos que podrían decir desde la contratación hasta lo sucedido en el H.I.. Añadió que se trata de testigos necesarios, sin mencionar además que están comprendidos dentro de los testigos especiales del 367.

Preliminarmente, corresponde señalar que ambas tachas deben ser rechazadas.

En efecto, el art. 367 del CPCCT establece que los parientes consanguíneos en línea directa de las partes pueden ser ofrecidos como testigos. En el caso, el Sr. D.A. y la Sra. M. son padre y madre del actor, es decir, parientes consanguíneos en línea directa, por lo que sus declaraciones no resultan inadmisibles por dicha circunstancia.

En cuanto al argumento de la demandada relativo a la falta de conocimiento técnico de los testigos para afirmar o negar un vínculo entre el S.A.C. y el germinoma pineal, cabe señalar que no le asiste razón. Los testigos no fueron ofrecidos en calidad de peritos, sino como tales, para relatar hechos de conocimiento personal y directo. La valoración de los aspectos médicos corresponde exclusivamente a los peritos designados en autos.

En este orden de ideas cabe tener presente que la eficacia de tales declaraciones habrá de juzgarse con mayor estrictez de acuerdo a las reglas de la sana crítica, atendiendo a las restantes circunstancias que corroboren o disminuyan su fuerza probatoria.

Por lo tanto, los testimonios de los Sres. D.A. y M. serán ponderados en cuanto a los hechos de la vida personal del actor y su familia, así como las circunstancias que rodearon la contratación con P.S., extremos que sólo pueden ser conocidos por personas pertenecientes a su círculo íntimo.

4. Cumplimiento forzoso del contrato. Incumplimiento de obligaciones

legales

En primer término, corresponde analizar el mecanismo a través del cual se produjo la contratación entre el Sr. D.A. M. y la empresa P.S. S.A., para luego examinar las circunstancias que rodearon la desafiliación del actor —ocurrida en el transcurso de un tratamiento médico— y, finalmente, determinar si la demandada incurrió en un incumplimiento contractual relevante en los términos del art. 10 bis de la LDC, habilitando al actor a ejercer la opción prevista en dicha norma, y en su caso si la demandada resulta responsable por los daños y perjuicios ocasionados con motivo de tal desvinculación. El cumplimiento del deber de

información deberá ser abordado, por tanto, en dos momentos: el de las tratativas previas a la contratación y el correspondiente a la desafiliación.

No se encuentra controvertido que la contratación se llevó a cabo mediante la aplicación WhatsApp, esto es, a través de medios electrónicos que permiten la celebración de contratos sin la presencia física simultánea de las partes. El art. 1105 del Código Civil y Comercial de la Nación define los contratos celebrados a distancia como aquellos concluidos entre un proveedor y un consumidor mediante el uso exclusivo de medios de comunicación a distancia.

La norma citada se refiere a los acuerdos que se celebren a través de medios que importen la incomparecencia simultánea de las partes al momento de su perfeccionamiento, lo que supone para el consumidor la asunción del riesgo de recibir una cosa o un servicio que no se adapta a lo esperado, mereciendo una atención especial por parte del régimen tuitivo (Wajntraub, Javier H., en Lorenzetti, Ricardo L., “Código Civil y Comercial de la Nación, Comentado”, Rubinzal Culzoni, Santa Fe, 2015, t. VI, p. 273).

En atención a la mayor vulnerabilidad del consumidor en entornos digitales, el art. 1107 del CCCN consagra un deber de información agravado al disponer que si las partes se valen de técnicas de comunicación electrónica o similares para la celebración de un contrato de consumo a distancia, el proveedor debe informar al consumidor, además del contenido mínimo del contrato y la facultad de revocar la aceptación, todos los datos necesarios para utilizar correctamente el medio elegido, para comprender los riesgos derivados de su empleo, y para tener absolutamente claro quién asume esos riesgos.

La norma del art. 1107 del CCCN incorpora un aspecto central relacionado con los elementos que debe conocer el consumidor para operar adecuadamente a través del medio seleccionado. El precepto pone su foco en tres aspectos: la información necesaria para operar adecuadamente el medio elegido, la indispensable para conocer sus riesgos y, finalmente, la comprensión de quien se hará cargo de estos. Es claro que la falta de conocimiento de los datos que posibiliten al consumidor obrar adecuadamente, así como de conocer los riesgos asumidos, importará que el proveedor responda, eventualmente, en los mismos términos del incumplimiento del deber de información (cfr. Wajntraub, Javier H., ob. cit., ps. 277 y 278).

En efecto, se pone foco en la vulnerabilidad del consumidor, en el marco de la contratación en entornos digitales, como se verifica en el caso. Los entornos digitales vuelven aún más vulnerables a los consumidores, cuyas decisiones son cada vez más automatizadas e irreflexivas, que suceden a gran velocidad. Se ha visto cómo el consumidor que contrata por medio electrónicos actúa en base a una apariencia de credibilidad generada a partir de una marca, un nombre, o de un sistema digital. Tal credibilidad genera expectativas, y quien actúa conforme a ella tiene derecho a que las mismas se vean satisfechas y a poner en marcha los mecanismos previstos por el ordenamiento jurídico para obtener su cumplimiento. (cfr. Weingarten, Celia, en Galdós, Jorge M., “Daños en los entornos digitales”, 1ª edición revisada, Rubinzal Culzoni, Santa Fe, 2023, t. II, pp. 45, 50 y 61).

Como señala la doctrina, la nota específica de la contratación electrónica, como fenómeno sociológico, es la inmaterialidad y la fugacidad de la información. Justamente son estos rasgos típicos los que pueden crear algunos conflictos específicos entre los proveedores de servicios y

los clientes. (cfr. Morea Adrián, en GALDÓS, Jorge M., “Daños en los entornos digitales”, 1ª edición revisada, Rubinzal Culzoni, Santa Fe, 2023, t. II, p. 263).

Esta fugacidad a la que se hace referencia, impone al proveedor un deber acentuado de información, especialmente en contratos de medicina prepaga, donde está en juego el derecho fundamental a la salud. En este contexto, la obligación de informar impuesta al proveedor por la ley de defensa del consumidor, es de singular relevancia. Viene impuesta por el art. 4º de la ley 24.240, aplicable al contrato de medicina prepaga, en tanto contrato de consumo. Podemos definir a la obligación de informar como el deber jurídicamente impuesto al sujeto poseedor de la misma, en virtud del cual está constreñido a transmitir a la otra parte de la relación la información respecto de aquello que resulte necesario y útil para la toma de decisión respecto del acto de consumo, para evaluar los riesgos propios de la contratación, para optimizar el aprovechamiento de los intereses en

juego, y para evitar los daños que, eventualmente, deriven del intercambio de bienes y servicios. Según la etapa por la que atraviesa el vínculo, dicho deber satisface finalidades específicas: en la etapa precontractual, procura un consentimiento reflexivo del consumidor y la previsión de los riesgos que involucra la contratación; y, durante la ejecución del contrato - y aún luego de la conclusión del mismo - tiende a asegurar la satisfacción del interés involucrado en el acto de consumo, optimizando los beneficios perseguidos por el consumidor o usuario. En todos los casos, tiende a evitar la afectación del interés de indemnidad (Cfr. Japaze, Belén, "Contrato de medicina prepaga y protección del consumidor" en: Picasso, Sebastián - Vázquez Ferreyra Roberto (dirs.), ob. cit., t. II, pp. 145 y 146).

En el caso, de la escritura n.º XXX - acta de constatación - surge que la escribana interviniente constató los mensajes intercambiados por el Sr. P.D.A. - padre del actor- con “M.P.S.”, desde su teléfono celular, XXX, cuya titularidad fue confirmada por oficio a A.A. S.A. (SAE, 28/08/2025). De dicha conversación surge claramente la contratación del Plan A2 para el actor. El vendedor remitió un folleto digital y solicitó que se copiara y pegara un texto de aceptación genérico con nombre y DNI, sin brindar mayor detalle sobre condiciones, exclusiones o revisiones médicas. El mensaje en cuestión decía: “En conformidad con la información brindada, acepto lo mencionado en cada uno de los puntos. Nombre y Apellido: , DNI:”.

De las constancias de autos no se desprende que la demandada haya proporcionado información veraz, clara y completa al adherente en el momento de la contratación sobre las particularidades de la cobertura médica contratada, como exige el art. 4 de la LDC. En particular, la empresa de medicina prepaga debe informar con certeza, calidad y suficiencia todas aquellas cuestiones que supongan una limitación o condicionamiento a su acceso al sistema. Si el ingreso al sistema debe superar instancias de admisión, entrevistas, una revisión médica, el dictamen de alguna junta médica, el dictado de una resolución favorable y su notificación, etc., son circunstancias que deben ser informadas al adherente. (cfr. Japaze, Belén, "Contrato de medicina prepaga y protección del consumidor" en: Picasso, Sebastián - Vázquez Ferreyra Roberto (dirs.), ob. cit., t. II, p. 152).

Asimismo, corresponde resaltar que en el caso de autos no se acreditó que el actor haya suscripto declaración jurada alguna. Tal circunstancia fue alegada por el actor y no desvirtuada

por la demandada, quien se encontraba en mejores condiciones de probar acerca de la eventual suscripción por parte del actora de una declaración jurada, conforme el art. 488 CPCCT. En este sentido, cabe enfatizar que la carga probatoria sobre el cumplimiento del deber de informar recaía sobre la empresa de medicina prepaga, más aún cuando la demandada invocó que actor falseó la declaración jurada y que por tal motivo procedió a rescindir el contrato en los términos del art. 9 de la ley 26.682. No caben dudas que correspondía a la accionada acompañar en autos la declaración jurada suscripta por el actor al momento de la celebración del contrato de medicina prepaga, lo que no aconteció en autos y, lógicamente, trae consecuencias negativas para la demandada puesto que no pudo probar el presupuesto fáctico sobre el cual construyó la teoría del caso que esgrimió al contestar demanda.

En este orden de ideas, es dable señalar que en este tipo de casos se impone informar acerca de las llamadas enfermedades preexistentes que determinan supuestos de exclusión en la cobertura. Debe precisar la empresa de medicina prepaga cuáles son los elementos que las tipifican, cómo deben ser denunciadas, cuáles son las consecuencias derivadas de la falsedad de la declaración jurada y de la omisión en que incurriera, qué responsabilidad asume el titular, etc. Al ingresar al sistema, el adherente debe ser informado respecto de todas aquellas circunstancias que comprometan su permanencia en él. No debe perderse de vista que se trata de un contrato de previsión de riesgos en donde están involucrados, de modo directo, derechos de rango constitucional prevalente, que la salud constituye un bien esencial; que el tiempo (la duración del contrato) juega un rol determinante en la reciprocidad y corresponsabilidad de las prestaciones. De ello se sigue que la permanencia en el sistema es un objetivo deseable para el usuario. Si la permanencia al sistema está en riesgo, el interesado debe saberlo. Si existen condicionamientos que determinan su expulsión, no puede ignorarlo. La empresa de medicina prepaga debe informar estos extremos con carácter previo, al inicio de la relación contractual. Sólo de ese modo el consumidor adherente podrá evaluar la conveniencia o inconveniencia de contratar con quien impone dichos condicionamientos. La omisión de tal información propicia la sorpresa y puede suponer la afectación de los derechos del usuario.

No se verifica en el caso que P.S. al momento de contratar haya puesto en conocimiento del actor ninguna condición limitante de la cobertura, ni siquiera ha podido acreditar que el actor haya suscripto una declaración jurada en oportunidad de contratar el servicio de medicina prepaga. Es posible advertir que pese a no haber firmado declaración jurada alguna, el vendedor ni siquiera indagó sobre los antecedentes de salud del Sr. D.A., ante su requerimiento procedió a darlo de alta sin más trámite. Es a la empresa de medicina prepaga, interesada en acreditar el cumplimiento de la obligación de informar y la existencia de la causa de rescisión (art. 9 ley 26.682), a quien le incumbe la carga de la prueba. Es el proveedor de servicios quien debe acreditar que desplegó el comportamiento informativo idóneo para alcanzar el objeto esperado. Tal carga probatoria resulta justificada en tanto es la empresa de medicina prepaga quien se encuentra en mejores condiciones para acreditar el hecho que exterioriza el cumplimiento de su deber de información. Atento a la importancia del deber legalmente impuesto a los proveedores de servicios, la prueba del cumplimiento no debe dejar dudas acerca de la eficacia del comportamiento informativo y la obtención de la finalidad

perseguida. (cfr. "Contrato de medicina prepaga y protección del consumidor" en: Picasso, Sebastián - Vázquez Ferreyra Roberto (dirs.), ob. cit., t. II, págs. 154, 157 y 159-160).

En cuanto a la desafiliación, se encuentra acreditado que la demandada dio de baja al actor en medio de un tratamiento oncológico. De acuerdo con la carta documento de fecha 17/04/2023, P.S. comunicó la baja del contrato por presunta falsedad en la declaración jurada, al considerar que el actor omitió informar un antecedente de cirugía por S.A.C. Sin embargo, como se expuso, no existe en autos constancia alguna de que se hubiera requerido o firmado declaración jurada, lo cual torna infundada e ilegítima la causal invocada en los términos del art. 9 de la ley 26.682.

Además, resulta imperioso destacar que la medida de desafiliación se produjo cuando el actor se encontraba bajo tratamiento de radioterapia por un germinoma pineal, el que era impostergable por riesgo de vida, en palabras de su padre. La interrupción de la cobertura en tales condiciones reviste una gravedad particular, por cuanto compromete bienes esenciales y prevalentes, afectando el derecho constitucional a la salud. La doctrina ha señalado que dada la significación que tiene la cobertura de salud, la empresa debe extremar los recaudos a efectos de no comprometer la regular prestación de servicio. No se trata de un mero incumplimiento del plan prestacional sino de una práctica ilegítima, que compromete bienes esenciales y prevalentes, que pone en riesgo de exclusión y de vida a sujetos particularmente necesitados de tutela (Japaze, Belén, "Contrato de medicina prepaga y protección del consumidor" en: Picasso, Sebastián - Vázquez Ferreyra Roberto (dirs.), ob. cit., t. II, pp. 165 y 166).

En este caso particular cabe destacar las circunstancias personales del actor en el momento de la desafiliación, lo cual lo colocaba en una situación de especial vulnerabilidad por lo que el proceder del proveedor demandado implica también una infracción al deber de trato digno previsto en el art. 8 bis LDC y art. 1097 del CCCN, al dejar sin cobertura médica a un consumidor que se encontraba en una situación de vulnerabilidad agravada por su afección de salud. En tal sentido, cabe tener presente que en la doctrina se sostiene que son considerados consumidores en situación de "hipervulnerabilidad" las personas físicas que se encuentren con vulnerabilidad agravada, desfavorecidos o en desventaja debido a su edad, género, estado físico o mental, o circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, que provoquen especiales dificultades para ejercer con plenitud sus derechos como consumidores. Ello incluye –entre otros supuestos– a personas con discapacidad (cfr. Barocelli, S. "Hipervulnerabilidad en las relaciones de consumo y en las políticas públicas de protección de los consumidores. A propósito de la disposición 137/2024" La Ley, 06/08/2024, AR/DOC/1962/2024). Cabe señalar también que la Resolución n° 11/GMC/2021 del Mercosur (que define las causas e hipervulnerabilidad) fue internalizada e incorporada a su ordenamiento jurídico por Argentina mediante el art. 1 de la resolución 1015/2021 de la Secretaría de Comercio Interior de la Nación y constituye una normativa específica para la protección de los consumidores en situación de hipervulnerabilidad en nuestro derecho.

En este punto cabe señalar que las condiciones de trato equitativo y digno consagradas en los arts. 8 bis LDC y art. 1097 del CCCN buscan impedir que, en la relación de consumo, a través del avasallamiento a la dignidad del consumidor, se concreten prácticas comerciales de

aprovechamiento por parte del más fuerte (ofertantes o proveedores) en perjuicio de los más débiles (consumidores); que, por cierto, bien podrían subsumirse como supuestos del abuso de posición dominante, regulado en el art. 11 del CCCN. Así, se ha sostenido con claridad en la doctrina que la dignidad no puede afectarse en las relaciones patrimoniales, tanto como en las que carecen de ese particular contenido (Cfr. Sahián José H. y Stiglitz, Gabriel, "Derecho a un trato digno y equitativo" en: Sahián - Stiglitz, "El nuevo derecho del consumidor", La Ley, Buenos Aires, año 2020, págs. 81 y 88).

Resulta oportuno ponderar que la constitucionalización de todo el derecho privado ha logrado una inédita armonía legislativa, adecuando con suficiente precisión los textos normativos a los mandatos constitucionales. Como consecuencia se afianzó la interpretación jurídica en dirección de la efectiva vigencia de los derechos humanos, cumpliendo de esta manera con la integración de los tratados internacionales al sistema jurídico nacional (...) (en el caso) la garantía de incolumidad de la dignidad humana en sus aspectos relevantes en la relación de consumo (...) (Cfr. Barreiro, Rafael F. "La paciencia del consumidor, la dignidad humana y las prácticas abusivas" RCCyC, La Ley, Buenos Aires, 2016, págs. 151 y ss.). Algunos autores sostienen que la dignidad constituye un puente para el diálogo de fuentes entre derechos del consumidor y derechos humanos, visibilizándose aquí un solapamiento entre unos y otros, que licencia la extrapolación de la tutela reglada en los tratados de derechos humanos a los sujetos débiles de las relaciones de consumo, lo que implica que estos últimos pueden hallarse escudados por los principios y garantías provenientes del derecho de los derechos humanos (Sahián, José H. "Principios de progresividad y no regresividad en los derechos los consumidores", LL del 26/12/2017; LL 2018-A-1/7).

En relación con las enfermedades invocadas, el perito médico Perseguido informó que el S.A.C. y el germinoma pineal son patologías independientes entre sí, de distinto origen, congénita la primera y tumoral la segunda, encontrándose la primera completamente superada. Esta conclusión coincide con el informe de la A.A.N. dirigido al actor, acompañado con la demanda (SAE, 14/10/2024) cuya autenticidad, como la de las firmas insertas en el mismo fueron confirmadas mediante oficio enviado a tal asociación (SAE, 25/07/2025).

La Asociación, en primer lugar, explicó en qué consiste la malformación de C. I, para luego decir que la misma no está relacionada con los tumores de la región pineal. Al realizar una búsqueda bibliográfica en PubMed poniendo en el motor de búsqueda las palabras clave "C. I malformation & pineal tumors", no se registraron publicaciones que conecten ambas patologías (adjunto "link" utilizado: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=C.%20I%20malformation%20&pineal%20tumors&sort=date&acayes>).

Concluyó el informe en que el paciente operado en el año 2004 por el colega referido, teniendo un control post operatorio correcto al año, fue adecuadamente dado de alta de la enfermedad (al igual que otras afecciones frecuentes de resolución quirúrgica con curación y alta, como la apendicitis aguda entre otras), sin condicionar en el paciente profesiones o actividades deportivas a futuro. La aparición actual de un tumor en la región pineal es un evento nuevo, sin causa ni relación con el antecedente referido.

En cuanto a la validez de la rescisión, el art. 9 inc. 2) b) del decreto 1993/2011 reglamentario de la Ley 26.682 dispone que la falsedad de la declaración jurada puede justificar la resolución del contrato únicamente si la empresa acredita la mala fe del usuario. La falta de prueba de tal mala fe torna ilegítima la resolución. En el caso, la empresa demandada ni siquiera acreditó documentalmente la existencia de la declaración jurada, por lo que no puede alegar su falsedad. Ante esta situación, puede afirmarse que resulta sumamente reprochable y contrario a la buena fe contractual que la accionada, a sabiendas de la situación crítica de salud que atravesaba el actor, decidió deliberadamente dejarlo sin cobertura médica, no pudiendo luego siquiera acreditar sumariamente tener elementos que legalmente permitieran justificar tal proceder.

Cabe añadir que el examen previo a su admisión constituye una carga para la empresa: si se omitiere no podrá alegarse en el futuro la preexistencia de la enfermedad. (cfr. Conclusiones del tercer Congreso Internacional de Derecho de Daños. Comisión de debate: El traslado de los riesgos al consumidor. SAIJ: DACC930313). La doctrina y la jurisprudencia han sido uniformes en exigir a las empresas de medicina prepaga la carga de probar que el usuario actuó con dolo y que la enfermedad excluida guarda relación directa con la omitida, so pena de considerar abusivo el ejercicio de la potestad extintiva. Se ha dicho que si el usuario cumplió con la totalidad de los trámites impuestos al momento de su afiliación y la empresa no ejerció su facultad de contralor (porque no dispuso la revisión médica pertinente) o lo hizo en forma deficiente (porque el examen médico pudo eventualmente advertir sobre enfermedades preexistentes) no puede ésta alegar reticencia dolosa del adherente y justificar con ella, la facultad rescisoria. Se advirtió que: “para que las empresas de medicina prepaga se eximan de su deber de cumplir con las prestaciones a su cargo, sean de origen contractual o legal, en razón de existir falsedades u omisiones en la declaración de antecedentes realizada por el paciente en oportunamente de asociarse, éstas deben probar que el ocultamiento de la afección ha sido doloso y la práctica excluida de la cobertura debe tener una relación de causalidad que sea, con absoluta certeza inmediata y directa, consecuencia de la afección no declarada.” (cfr. Belén, “Contrato de medicina prepaga y protección del consumidor” en: Picasso, Sebastián - Vázquez Ferreyra Roberto (dirs.), ob. cit., t. II, pp. 170 y jurisprudencia allí citada).

Por lo tanto, la desafiliación dispuesta por P.S. S.A. carece de causa legítima y constituye un incumplimiento contractual grave y una evidente infracción al deber legal de trato digno (art. 8 bis LDC), tanto por el momento en que se produce —en medio de un tratamiento médico vital— como por la falta de acreditación de los presupuestos legales que la justificarían.

La pretensión formulada en la demanda se enmarca en los términos del artículo 10 bis de la LDC, en tanto el actor solicitó la ejecución forzada indirecta o acción de cumplimiento forzoso por equivalente dinerario, esto es, la restitución de los gastos erogados por la falta de cumplimiento de las prestaciones contratadas, y reclamó además los daños y perjuicios derivados de tal incumplimiento. Ello sin perjuicio de que en el punto 5

a. del escrito de demanda el actor encuadró la pretensión de la restitución de dichos gastos como “daño material”, reclamando por dicho concepto la suma de \$XXX.

La tutela del interés de prestación, también se concreta en el ejercicio de la acción de cumplimiento forzoso por contravalor dinerario (*id quod interest o estimatio rei*) como modalidad de la tutela satisfactiva, esto es persiguiendo el equivalente pecuniario de la prestación (ejecución forzada indirecta), posibilidad que contempla el artículo 10 bis del estatuto *in fine*, cuando hace referencia a las "acciones de daños y perjuicios que correspondan". En efecto, si bien la referencia a tales acciones indemnizatorias se corresponde con la tutela o protección resarcitoria del crédito del consumidor, también comprende el valor económico de la prestación (propio de la tutela satisfactiva), dado que en virtud del medio empleado (dinero), suelen asimilarse ambos conceptos, cuando su naturaleza es claramente distinta, en tanto el equivalente dinerario no es una prestación distinta de la debida en origen. (Cfr. Boragina, Juan C. y Meza, Jorge A., en "Ley n° 24240 de Defensa del Consumidor, Comentada y Concordada, Editorial Jusbares, Buenos Aires, 2024, págs. 275/276).

A los fines de cuantificar la pretensión, advierto que P.S., al contestar demanda, impugnó el monto reclamado afirmando haber brindado cobertura integral del tratamiento del actor en el H.I., incluyendo estudios médicos, intervenciones quirúrgicas, sesiones de radioterapia, viáticos, alojamientos y alimentos tanto para el Sr. D.A.M. como para un acompañante. Sin embargo, tales afirmaciones no fueron acreditadas mediante prueba documental ni de ninguna naturaleza.

Asimismo, cabe señalar que no obra en autos el contrato suscripto por las partes, lo cual impide conocer con precisión los alcances de la cobertura originalmente convenida. No obstante ello, se encuentra debidamente acreditado que el Sr. D.A.M. debió trasladarse a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para cursar su tratamiento de radioterapia, lo que generó gastos adicionales que no fueron asumidos por la demandada.

Debo destacar que la demandada tenía pleno conocimiento de que el actor se hallaba en la ciudad de Buenos Aires para iniciar dicho tratamiento. Tal conocimiento surge de las propias actuaciones, ya que la desafiliación se produjo en el contexto de la gestión de autorización de la terapia en la institución M., sita en esa ciudad. Por ende, P.S. no podía ignorar la situación del afiliado ni las consecuencias económicas previsibles derivadas de su decisión unilateral de rescindir el contrato.

Como se refirió *supra*, la propia demandada afirmó en su contestación de demanda que cubrió los gastos de viáticos, alojamiento y traslado para el actor y su acompañante, lo cual permite inferir que tales prestaciones formaban parte del contrato de afiliación que no fue acompañado en autos. Sin embargo, P.S. S.A. no acreditó haber brindado tal cobertura en los hechos, conforme prescribe el art. 322 del CPCCT, que dispone que aquel que afirma la existencia de un hecho controvertido es quien tiene la carga de probarlo. En igual sentido, incurrió en una conducta contradictoria con sus propios actos, lo que torna aplicable la doctrina de los actos propios, según la cual las partes no pueden contradecir en juicio sus propios actos anteriores, deliberados, jurídicamente relevantes y plenamente eficaces; y la sanción de la conducta contradictoria se funda en necesidad de guardar un comportamiento coherente, indispensable para el buen orden y desarrollo de las relaciones (CSJT, en "Ríos vs. Robert", Sent. 737 del 12/09/2000). Esta doctrina encuentra sustento legal en el artículo 1067 del CCCN según el cual la interpretación de los contratos "debe proteger la confianza y lealtad que las partes se deben

recíprocamente, siendo inadmisibile la contradicción con una conducta jurídicamente relevante, previa y propia del mismo sujeto". Se ha entendido en este sentido que tal disposición incluye una obligación de coherencia y no contradicción, de allí que para la doctrina y la jurisprudencia ha adquirido una gran importancia como principio general del derecho y especialmente como principio general en la contratación (Weingarten, C. El principio de confianza en el Código Civil y Comercial, Santa Fe: Rubinzal-Culzoni, 2020, pp. 153-154).

A mayor abundamiento, cabe referir lo preceptuado por el art. 961 del CCCN, en tanto establece que los contratos deben celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe. Obligan no sólo a lo que está formalmente expresado, sino a todas las consecuencias que puedan considerarse comprendidas en ellos, con los alcances en que razonablemente se habría obligado un contratante cuidadoso y previsor. Es decir, la conclusión a la que se arribó en el párrafo precedente se ve reforzada por lo prescripto en la norma citada. Una enfermedad que requería su tratamiento en la ciudad autónoma de Buenos Aires, importaba el traslado y permanencia del actor allí, lo que permite inferir que tal situación se encontraba prevista y contemplada en el contrato. Caso contrario, y de conformidad a lo previsto legalmente en el art. 961, se debió excluir tal situación expresamente en el contrato si así hubiera querido la demandada y recaía sobre ésta la carga de acreditar que dichos conceptos no se encontraban abarcados por la cobertura contratada Sin embargo, no acompañó el contrato, ni tampoco hizo mención de las condiciones generales de contratación que rigen la cobertura contratada por el actor pese a encontrarse en mejores condiciones de probar tales extremos.

Finalmente, respecto del deber de información en la etapa de la desafiliación, cabe advertir que la comunicación de la baja se realizó mediante carta documento remitida al domicilio del actor, pese a que éste se encontraba en ese momento en Buenos Aires, enterándose de la desafiliación solo cuando intentó gestionar la autorización para su tratamiento de radioterapia. Tal proceder evidencia no solamente un incumplimiento del deber de información sino también un trato indigno contrario al principio de buena fe y a la obligación legal consagrada en el art. 8 bis de la LDC.

En suma, la conducta de la demandada configura una violación reiterada del deber de información, de trato digno y del principio de buena fe contractual, además del incumplimiento contractual sindicado y es por estos motivos que se hará lugar a la demanda y se condenará a su vez a la accionada a indemnizar al actor por los daños ocasionados.

Respecto a la cuantificación de la pretensión, cabe advertir que el actor no indicó la duración del tratamiento cursado en Buenos Aires, simplemente se limitó a acompañar comprobantes que permiten tener por acreditados gastos por un total de \$XXX, correspondientes a alquiler de alojamiento temporario, estudios médicos (RM de cerebro, tratamiento de intensidad modulada), farmacia y otros conceptos vinculados. De la documental surge que el actor permaneció alojado en Buenos Aires desde el 06/05/2023 hasta el 13/05/2023, lo que equivale a siete noches.

En consecuencia, corresponde hacer lugar a la acción contra P.S. S.A., en su carácter de proveedora del servicio de medicina prepaga contratado por el actor y condenarla a restituir al Sr. D.A.M. la suma de \$XXX, suma que será actualizada con intereses según la tasa activa

cartera general (préstamos) nominal anual vencida a 30 días del Banco de la Nación Argentina, desde el 06/05/2023 (fecha de inicio del alojamiento en Buenos Aires) y hasta su efectivo pago. Asimismo se condenará a la demandada a indemnizar al actor por los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia del incumplimiento contractual, conforme se analizará a continuación.

5. Rubros reclamados. Como consecuencia del incumplimiento el actor

reclama daño material, privación de uso, daño psicológico, una indemnización en concepto de daño moral y una multa en concepto de daño punitivo.

5.1. Daño material. El actor reclama la suma de \$XXX, en concepto de los gastos erogados a raíz del incumplimiento de las prestaciones contratadas por parte de la demandada.

En lo que respecta al presente rubro, cabe señalar que ya ha sido objeto de análisis previo en esta sentencia, en tanto constituye el núcleo del reclamo por incumplimiento contractual de la demandada. En efecto, se ha concluido que corresponde hacer lugar a la demanda, declarando la responsabilidad contractual de P.S. S.A. y su obligación de abonar al actor la suma de \$XXX. Por lo tanto, la pretensión por daño material debe entenderse comprendida, conforme lo expuesto precedentemente, dentro la pretensión esgrimida que constituye una pretensión de cumplimiento forzoso por equivalente dinerario.

5.2. Daño moral. Bajo este rubro el actor reclama la suma de \$XXX, como consecuencia de los padeceres que sufrió a raíz de incumplimiento. Puntualizó que le denegaron cobertura exactamente el mismo día del comienzo de una nueva etapa en el tratamiento médico agravándose en consecuencia el estado de salud, aún más, por la preocupación de poder afrontar los gastos de los tratamientos.

Según lo normado por el artículo 1738 del CCCN, es posible englobar a los daños no patrimoniales como aquellos que afectan la integridad psicofísica y social de las personas (diferenciándolos de aquellos que afectan la integridad patrimonial). Este rubro hace referencia al daño que provoca una modificación disvaliosa del espíritu, en el desenvolvimiento de su capacidad de entender, querer o sentir, consecuencia de una lesión a un interés no patrimonial, individual o colectivo, que habrá de traducirse en un modo de estar diferente de aquel al que se hallaba antes del hecho, como consecuencia de éste y anímicamente perjudicial (Pizarro, R. Daño moral, 3ª ed., Santa Fe: Rubinzal-Culzoni, 2021, T. I, p. 37).

La única prueba específica referida a estos perjuicios surge del relato hecho por los padres del actor, quienes en sus testimonios afirmaron la preocupación que se generó en torno al “abandono” en que habría incurrido la demandada, al desafiliarse al Sr. D.A.M. en el medio de un tratamiento de radioterapia, y el peregrinar que tuvieron al enterarse que había sido dado de baja.

Asimismo, debe recordarse que en estos casos donde resulta de aplicación la normativa protectoria de los consumidores y usuarios, no es necesaria prueba específica cuando concurren los elementos que autorizan a presumir el daño moral. La doctrina ha resaltado que, si bien en el ámbito contractual la procedencia del daño moral era más bien restrictiva, luego de generalizó en los incumplimientos de los contratos de consumo y no paritarios (cfr. Galdós, J. en Lorenzetti, R. -Dir.- “Código Civil y Comercial comentado”, Santa Fe: Rubinzal-Culzoni,

2015, T. VIII, p. 499). En este sentido, nuestros tribunales han entendido que, en el marco de una relación de consumo, no es necesaria prueba específica cuando existen elementos que autorizan a presumirlo, ponderando la relación de asimetría que media entre las partes, lo que acrecienta la frustración y la impotencia (Cám. CCC, Sala 1, Sent. 218 del 27/05/2021). Por ello se ha reconocido una tendencia de la jurisprudencia hacia la tesis amplia del resarcimiento del daño moral contractual en la defensa del consumidor, lo que merece una apreciación autónoma que no tiene por qué guardar relación con el daño patrimonial (cfr. Cám. CCC-Concepción, Sala 2, en "Montenegro vs. Flecha Turismo", Sent. 308 del 11/09/2024).

En efecto, ya nuestros tribunales han resaltado la procedencia de la indemnización por daño moral causado ante el incumplimiento de prestaciones de salud. Tanto la doctrina como la jurisprudencia de manera pacífica, coinciden en reconocer que, ante el incumplimiento de prestaciones de salud, el daño moral se presume por su propia naturaleza. En este caso, la demora injustificada de la demandada en organizar el traslado a Buenos Aires no solo vulneró el derecho a una atención oportuna, sino que expuso a la actora a un prolongado estado de angustia, incertidumbre y estrés emocional. La carencia de información precisa y la necesidad de que la paciente y su familia costearan por sus propios medios un servicio esencial intensifican el sufrimiento padecido, configurando un perjuicio moral que debe sin dudas ser indemnizado. En el supuesto bajo análisis, que además encuentra apoyo un amparo a la salud con sentencia favorable a la parte actora, los intercambios de correo electrónico adjuntados al iniciar demanda, denotan que la conducta de la demandada no es casual, sino que obedece a una verdadera estrategia de desgaste: dilaciones injustificadas, negativas arbitrarias y una actitud pasiva ante el reclamo, todo ello aprovechando el estado de vulnerabilidad y urgencia de la actora, quien se ve forzada a litigar. Esta maniobra generó inexorablemente una grave angustia y un desgaste psíquico injustificado en la actora que exige una indemnización ejemplar. La paciente, al límite de su supervivencia, vivió la incertidumbre de no saber si recibiría atención ni si podría salvar su vida, y en lugar de concentrarse en su recuperación, debió destinar esfuerzo y recursos a recibir escribanos, otorgar poderes y tramitar actas de constatación. Por ello, el sufrimiento moral padecido se presume *in re ipsa*. (Cám. CCC, Sala 3, "CATALAN MARIA SUSANA Vs. S.M.G. S.A.S/ SUMARIO (RESIDUAL)", Nro. Expte: 2235/20, Sent. 537 del 20/08/2025).

En el caso bajo análisis, es necesario hacer una distinción entre el daño moral sufrido por la propia enfermedad, de aquel daño moral derivado del incumplimiento contractual objeto de este juicio. Así, es posible asumir que la frustración de la expectativa del actor de obtener una cobertura que le permita costear su tratamiento es susceptible de causar padecimientos espirituales. Es que una cobertura de este tipo tendría la posibilidad de paliar los múltiples gastos que la familia debía solventar como consecuencia de la enfermedad que se encontraba cursando. Ello se dio además en un contexto de particular vulnerabilidad del Sr. D.A., quien se encontraba cursando el tratamiento en una jurisdicción ajena a su domicilio. En otras palabras, el incumplimiento no se limitó en este caso a una M. molestia, sino que ocasionó la frustración de las expectativas generadas en torno al contrato celebrado, provocando una notoria

repercusión y alteración de la vida cotidiana del actor y de su grupo familiar, circunstancias que indudablemente han repercutido en forma negativa en su estado de ánimo general, razón por la cual resulta procedente el reclamo efectuado por este rubro resarcitorio.

La determinación de la existencia del daño moral, esto es, su valoración, transita por senderos más flexibles que los del daño patrimonial. Cabe aquí acudir a presunciones hominis, y también a la regla *res ipsa loquitur* ("las cosas hablan por sí mismas"), ahora consagrada expresamente en el art. 1744 del CCyC. Es que por las reglas de la experiencia es más o menos sencillo concluir que ciertos padecimientos y afecciones naturalmente se derivan de determinados hechos acreditados. El daño moral constituye un rubro autónomo, que no guarda relación ni cualitativa ni cuantitativa con el daño patrimonial, y, por ende, no puede ser derivado de este ni viceversa. Así las cosas, cuando existe este daño *in re ipsa*, que surge de manera indudable de las circunstancias ya apuntadas, constituye un "piso" o un punto de partida (a la hora de valorar el daño) que podrá acrecentarse o incluso disminuirse, si se acreditan las concretas repercusiones que el acto ilícito haya tenido respecto de la víctima de la acción lesiva. No cabe dudar de que ciertas situaciones razonablemente causan daño moral, como las recién apuntadas (la muerte de un ser querido, o la incapacidad). En otros supuestos, la cuestión resulta algo dificultosa, pero no cabe dudar de que la constatación de la situación de hecho, en cada caso en concreto, podrá llevar a concluir la existencia de un daño moral que surja como "notorio" '. Ello no obsta, sino que por el contrario aconseja, la producción de prueba al respecto, pero es claro que una prueba acabada, concluyente y definitiva no es requerible (Ossola, Federico Alejandro, Derecho Civil y Comercial. Responsabilidad civil, Dirigido por Julio César Rivera; Graciela Medina - 2a ed. -, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Abeledo Perrot, 2024, págs. 265/266).

A los fines de la cuantificación, se sigue la pauta fijada en términos generales en el artículo 1741 CCCN donde se precisa que el monto de la indemnización debe fijarse ponderando las satisfacciones sustitutivas y compensatorias que pueden procurar las sumas reconocidas. Al respecto, calificada doctrina afirma que el legislador ha establecido una directiva para los jueces que está lejos de ser una M. recomendación o sugerencia. Importa un mandato claro y preciso respecto de la cuantificación del monto indemnizatorio, cuya inobservancia afecta la motivación del decisorio (cfr. Pizarro, R.D. - Vallespinos Carlos G., "Tratado de Responsabilidad Civil", 2da. edición, Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2024, T. II, pp. 588-589). En sentido coincidente se ha afirmado que lo que hay que medir en números no es el daño espiritual sino el "precio del consuelo", en procura de la mitigación del dolor de la víctima a través de cosas o distracciones que le permitan restablecer el equilibrio en los bienes extrapatrimoniales (Galdós, Jorge M. en: Lorenzetti, R. Código Civil y Comercial de la Nación comentado, Santa Fe: Rubinzal-Culzoni, 2015, T. VIII, pp. 502-503).

Ante la falta concreta de datos que permitan determinar las satisfacciones sustitutivas prescriptas por la ley, de acuerdo a las condiciones personales del actor, estimo prudente tomar el valor de una paquete de estadía y vuelo con todo incluido en un hotel cinco estrellas de Punta Cana, República Dominicana, por siete noches, para dos personas (por ejemplo https://www.despegar.com.ar/trip/accommodations/detail/PC0cc6f3270d274afea546d88f29818a8929422789?tripItem=H0&hotel_product_id=H0&flow=FH&searchParams=RkgvQ0lUXzc1Nzkv

Q0lUXzU5NjMvMjAyNi0wMS0wMS8yMDI2LTAxLTA4L0NJVF81OTYzLzlwMjYtMDEtMDEvMjAyNi0wMS0wOC8yfEgwOkgsRjE6RixYUzpYUw%3D%3D&stepNum=0&throughResults=true&searchId=43f61ec7-256e-41af-b87c-10dc2d1c1c62&fromViewMode=list&isMapCommanding=false).

En definitiva,estimo prudente condenar a la demandada a indemnizar al actor por las consecuencias no patrimoniales en la suma de **\$XXX**, a lo que corresponde agregarle un interés moratorio de 8% (cfr. art. 1748, CCCN) anual desde la fecha de la carta documento que comunicaba la desafiliación (17/04/2023) y hasta la fecha de la presente sentencia y, a partir de allí y hasta el efectivo pago, se aplicará la tasa activa de la cartera general (préstamos) nominal anual vencida a treinta días del Banco de la Nación Argentina.

Debe recordarse que, tratándose la indemnización de una deuda de valor, la cuantificación debe referirse al valor real al momento de la evaluación de la deuda (art. 772, CCCN).

5.3. Daño punitivo.

El actor reclamó también la aplicación de una multa en concepto de daños punitivos en los términos del artículo 52 bis de la LDC. Esta disposición normativa prevé que el juez podrá aplicar una multa a favor del consumidor, la que se graduará en función de la gravedad del hecho y demás circunstancias del caso, independientemente de otras indemnizaciones que correspondan.

Los daños punitivos han sido definidos por la doctrina como sanciones de carácter civil y de origen legal, que pueden implicar no sólo una obligación de dar sino también de otra índole, disuasiva, accesorio, de aplicación excepcional, que se impone al condenado en ciertos casos en los cuales el mismo ha actuado con dolo o culpa grave,generalmente con el fin de evitar que el mismo conserve ganancias (económicas, políticas o de otra especie) derivadas de su accionar ilícito, no obstante haber pagado las indemnizaciones correspondientes, aunque también su aplicación procede en otros supuestos en los cuales puede justificarse para castigar y prevenir conductas que merezcan un grado muy alto de reprochabilidad por parte de la sociedad” (Chamatropulos, D.A., “Estatuto del Consumidor Comentado”, La Ley, 2016, Buenos Aires, T. II, pp. 257-258). En lo que respecta a la procedencia de la multa, nuestra Corte Suprema ha distinguido una doble función del instituto: la disuasión de daños conforme con los niveles de precaución deseables socialmente y la sanción del dañador (CSJT en “Nuñez”, Sent. 513 del 11/05/2016). Se entendió también que los daños punitivos son excepcionales, pues proceden únicamente frente a un grave reproche en el accionar del responsable, en supuestos de particular gravedad, por lo que no cualquier incumplimiento puede hacer dar lugar a la fijación del concepto (CSJT, en “Rodríguez”, Sent. 1399 del 22/12/2015). Desde el punto de vista subjetivo –también según los conceptos receptados por el Máximo Tribunal local– la conducta del proveedor debe ser gravemente indignante,recalcitrante, desaprensiva o antisocial, requiriendo una particular subjetividad en la conducta del dañador que va más allá de la M. negligencia (CSJT en “Ávila”, Sent. 1932 del 13/12/2017).

De lo señalado puede extraerse que los daños punitivos juegan un rol preventivo, disuasivo, ejemplificador y sancionatorio, diferente en cuanto a sus reglas de determinación y finalidad de otras herramientas o esferas de responsabilidad del ordenamiento jurídico, como la

responsabilidad penal, administrativa sancionadora o de las facultades sancionatorias del juez en el proceso ante supuestos de temeridad y malicia. En consecuencia, nada obsta a que, en un supuesto particular, coexistan responsabilidad penal, administrativa, civil y sanciones en el marco del proceso, toda vez que estas constituyen esferas de responsabilidad autónomas, regidas por diferentes normas, principios y bienes jurídicos tutelados (Cfr. Barocelli, Sebastián, "Seguros, derecho del consumidor y daños punitivos", en DCCyE, febrero de 2014, 03/02/2014, p. 80). Por consiguiente, los daños punitivos constituyen una herramienta eficaz en manos de la autoridad jurisdiccional a efectos, además de sancionar una conducta reprochable, de disuadir la conducta del sujeto dañador y de otros competidores en el mercado, ejemplificar escenarios de particular gravedad y prevenir eventuales situaciones análogas en el futuro (Barocelli, Sebastián, en: Ley N° 24.240 de defensa del consumidor, comentada y anotada, Ed. Jusbaire, CABA, 2024, págs. 669 y 670).

En lo que respecta a la procedencia del rubro en este caso concreto, es importante tener en cuenta la situación crítica en que se encontraba el actor, cursando un tratamiento oncológico en una ciudad ajena a su domicilio, el cual no se podía postergar, y la desaprensión con que la demandada procedió a desafiliarlo.

Además de esa circunstancia debe tenerse en cuenta la entidad de los incumplimientos legales y contractuales. Tal como fuera señalado, la demora o reticencia en la cobertura de una enfermedad como la que padecía el actor significa una clara transgresión al deber de trato digno que se debe al consumidor (arts. 8 bis de la LDC y 1097 del CCCN). Este deber de trato digno y equitativo surge en primer lugar del artículo 42 de la CN y del artículo 51 del CCCN en tanto define que "la persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad". En relación con el artículo 8 bis de la LDC se ha entendido que trata de caracterizar la obligación de trato digno resaltando que es aquello que "no se puede hacer", y no hace falta que la conducta en cuestión produzca efectivamente la colocación del consumidor en esa situación, bastará su aptitud para producir tal resultado, aun cuando, por distintas circunstancias, ello afortunadamente no se consiga (Chamatropulos, D.A., Estatuto del Consumidor Comentado, ob. cit., T. I, p. 351).

Así lo tiene dicho reciente jurisprudencia: "La empresa de medicina prepaga demandada, procedió con total desaprensión de la situación crítica en la que se encontraba la actora, que necesitaba atención médica urgente por su delicado estado de salud tal como fuera oportunamente referenciado por los médicos tratantes, quien ante la conducta asumida por S.M. debió procurarse los fondos económicos para su atención y tratamiento. No debe perderse de vista que las prestaciones asumidas por la demandada son de carácter asistencial, y si bien, no se soslaya que involucran una actividad comercial, tampoco ha de desatender que también involucran derechos vinculados íntimamente con la persona humana. Lo expuesto evidencia una situación de extrema abusividad. Sentado ello y de manera coincidente con la revisión de lo acontecido en autos, el conjunto de hechos acredita una conducta desaprensiva por parte de la empresa de medicina prepaga respecto de su afiliada..., constituyendo la conducta desplegada por ésta, una grave omisión en el cumplimiento de su deber legal de garantizar un trato digno (art. 8 bis LDC). La pasividad y falta de cumplimiento de las obligaciones a su cargo que registran como precedente un amparo con sentencia firme

desfavorable a su parte, configura un comportamiento negligente grave, que supera el simple incumplimiento contractual y que merece la imposición de la multa civil." (Cám. CCC, Sala 3, "CATALAN MARIA SUSANA Vs. SWISS MEDICAL GROUP S.A. S/ SUMARIO (RESIDUAL)", Nro. Expte: 2235/20, Sent. 537 del 20/08/2025)

Es por estos motivos que se hará lugar al reclamo y se impondrá también en este caso una multa civil a la parte demandada, cuya graduación será en función de la conducta desaprensiva exteriorizada por el proveedor, y particularmente, por la situación de vulnerabilidad agravada que presentaba el actor en autos al momento en que se verificaron los incumplimientos de la demandada, lo que motivó que tenga que ser asistido por su familiar para poder continuar con el tratamiento médico que resultaba indispensable para salvar su vida.

En términos de cuantificación del daño punitivo, nuestros tribunales suelen recurrir a diferentes pautas de graduación tales como (a) la gravedad de la falta; (b) la situación particular del dañador, especialmente en lo atinente a su fortuna personal; (c) los beneficios procurados u obtenidos con el ilícito; (d) la posición de mercado o de mayor poder del punido; (e) el carácter antisocial de la conducta; (f) la finalidad disuasiva futura perseguida; (g) la actitud ulterior del demandado, una vez descubierta su falta; (h) el número y nivel de empleados comprometidos en la conducta de mercado; (i) los sentimientos heridos de la víctima, entre otros (cfr. CSJT, en "Esteban", Sent. 590 del 25/04/2019 y doctrina allí citada).

En base a las circunstancias del caso arriba desarrolladas –acudiendo a criterios de prudencia y razonabilidad– teniendo en cuenta que se trata de una infracción legal y contractual reiterada y grave y que en este caso fue cometida en perjuicio de una persona que presentaba un estado de vulnerabilidad acentuado por su enfermedad, la multa civil se cuantificará en una suma equivalente a **10 (diez) canastas básicas total para un hogar 3** que publica el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC). El monto total de esas canastas básicas equivale al día de la fecha a **\$XXX** sin perjuicio del valor que corresponda al momento de la liquidación de la sentencia, puesto que el monto de la condena por este rubro se establece como deuda de valor en los términos del artículo 772 CCCN. Sigo en este punto la pauta incorporada al artículo 47 inciso "b" de la LDC mediante Ley n.º 27.701 de 2022 en virtud de que los daños punitivos no tienen su origen a partir del momento en que se produjeron los incumplimientos de obligaciones legales o contractuales, —que por su gravedad o grado de desaprensión resultan merecedores de la sanción regulada por el art. 52 bis de la LDC—, sino desde que el Juez los impone en su sentencia y con carácter de sanción disuasoria de determinadas conductas disvaliosas. Por lo tanto, a los fines de la cuantificación debe estarse a la aplicación del art. 47 inciso "b" de la LDC en su redacción vigente conforme modificación introducida por Ley 27.701 que se encontraba vigente a la fecha de inicio de esta acción judicial. Cabe destacar en este sentido que existen fallos recientes que han receptado favorablemente este criterio (cfr. Cám. CCC, Sala 1, en "Catán Rivero vs. Telecom", Sent. 250 del 27/05/2024).

Entiendo que en el caso concreto, el importe de la multa civil cumplirá la finalidad de la norma de desaconsejar la ecuación económica perversa que aconseja dejar que se produzca un perjuicio cuando resulte más redituable en términos económicos repararlo en los casos singulares, que prevenirlo en la generalidad.

De acuerdo a la especial característica de la multa cuya obligación de pago recién nace con la decisión judicial que la impone y que fue determinada como deuda de valor (art. 772 CCCN), al monto por el que se liquide este rubro se agregará un interés moratorio de 8% anual desde la fecha de esta sentencia y hasta su efectivo pago.

5.4. Privación de uso. El actor reclama la suma de \$XXX en concepto de privación de uso, sosteniendo que se vio materialmente imposibilitado de utilizar el servicio contratado, y que debió desplegar diversas gestiones para obtener el cumplimiento de una prestación que precisamente había adquirido para afrontar los riesgos derivados de una eventual contingencia de salud. Argumenta que tal situación le habría generado un daño que no requiere demostración.

Sin embargo, del análisis de la demanda y de la prueba producida surge que lo que el actor denomina “privación de uso” se traduce, en realidad, en los gastos y erogaciones en los que debió incurrir a raíz del incumplimiento contractual de la demandada, extremos que ya fueron ponderados y resarcidos bajo el concepto de reintegro por cumplimiento forzoso de contrato.

En términos generales, debe recordarse que la privación de uso - tradicionalmente reconocida en materia de daños a bienes, especialmente vehículos- produce por sí misma una pérdida susceptible de apreciación pecuniaria, que debe ser resarcida como tal y sin necesidad de prueba específica (CSJT en “Usandivaras vs. Noacam”, Sent. 366 del 26/05/2010). Se trata de un daño emergente que deriva de la objetiva ausencia del vehículo o de su falta de disponibilidad. La indisponibilidad del vehículo determina la producción de un daño emergente, lo que se verifica cuando se demuestra o es presumible (este camino presuncional es el generalmente aceptado) que el damnificado ha debido recurrir a medios de transporte sustitutivos para reemplazar la función que desempeñaba el vehículo propio) (Cám. CCC-Concepción, Sala 1, Sent. 76 del 18/04/2023 y doctrina y jurisprudencia allí citada). En el caso concreto, se encuentra trasladado el concepto a la privación de uso del servicio de medicina prepaga.

Bajo este rubro el actor pretende la cobertura de los gastos asumidos durante el incumplimiento o la “privación”, lo que -como se dijo- ya fue objeto de análisis *ut supra*. Por lo tanto, no se configura un daño autónomo y distinto bajo la denominación “privación de uso”, sino que el perjuicio alegado ya se encuentra comprendido dentro del cumplimiento forzoso de contrato en los términos del art. 10 bis LDC. En consecuencia, corresponde rechazar el presente rubro.

5.5. Daño psicológico. Reclamó por este concepto la suma de \$XXX. Debe recordarse que a partir de los artículos 1738 y 1741 del Código Civil y

Comercial (CCCN), el daño resarcible sólo puede subdividirse en dos especies: daño patrimonial y daño no patrimonial (o moral); y fuera de esas dos divisiones no hay terceros géneros (Pizarro, R. Daño moral. Rubinzal-Culzoni, 2021, T. I, p. 103; López Herrera, E. Teoría de la responsabilidad civil, Buenos Aires: Lexis Nexis, 2006, p. 122; entre muchos otros).

En el caso no se ha acreditado que el actor padezca de una incapacidad de origen psíquico o psicológico, de carácter autónomo susceptible de constituir un daño patrimonial. Debe recordarse que el daño futuro es una categoría de los perjuicios ciertos que tienen la particularidad de que aún no existen, no se han generado ni verificado en el presente, pero que habrán de ocurrir con certeza en el futuro; no son daños hipotéticos o eventuales sino ciertos y

por ende, resarcibles; y el “ejemplo típico de ellos son los gastos médicos por tratamientos, intervenciones quirúrgicas y demás erogaciones que irroga una lesión de largo tratamiento o que implica sucesivas cirugías que no pueden llevarse a cabo de una sola vez” (Cám. CCC, Sala 3, Sent. 311 del 27/05/2015). Mutatis mutandis estas consideraciones son aplicables al reclamo en concepto de daño psicológico.

Por tales motivos, el presente rubro se rechazará.

6. Pluspetición inexcusable. En relación al planteo de pluspetición inexcusable efectuado por el demandado, corresponde aclarar que el art. 65 *in fine* del CPCCT, indica que no se entenderá que hay pluspetición cuando el valor de la condena dependa del arbitrio judicial, del dictamen de peritos o de árbitros, de rendiciones de cuenta o cuando la diferencia no exceda del 20% (veinte por ciento).

En consecuencia, no puede considerarse plus petitio del actor, teniendo en cuenta que los rubros reclamados dependían en su determinación del arbitrio judicial, lo que otorga un carácter estimativo y provisorio al importe consignado como pretensión en la demanda. Por lo expuesto, corresponde el rechazo del planteo de pluspetición inexcusable formulado por la accionada al contestar la demanda.

7. Costas. Sin perjuicio de que la demanda no prosperó en su totalidad por haberse rechazado dos de los rubros reclamados, considero que corresponde imponer las costas a la demandada P.S. S.A. por ser la parte vencida (arts. 61, 490 CPCCT).

8. Honorarios. Al no ser posible determinar la base sobre la cual deben ser calculados los honorarios, en razón de lo resuelto en el considerando 5.2. y 5.3., procederé a diferir el auto regulatorio para su oportunidad (art. 20 Ley n.º 5480). Circunstancia que se encuentra así prevista en la excepción normada por el artículo 214 inciso 7 del CPCCT

Por todo ello:

RESUELVO:

I. HACER LUGAR PARCIALMENTE a la demanda deducida por el Sr. E.M. D.A., DNI n.º XXX, en contra de P.S. S.A. . En consecuencia, se procede a:

1) CONDENAR a P.S. S.A. a abonar a la parte actora, en el plazo de diez días de quedar firme la presente sentencia, la suma de **\$XXX (...)** en concepto de cumplimiento forzoso del contrato por su equivalente dinerario en los términos del art. 10 bis LDC, y la suma de **\$XXX (...)** en concepto de resarcimiento de daño moral. Todo ello más el interés en la forma considerada en cada rubro.

2) IMPONER a P.S. S.A. una multa en concepto de daños punitivos (art. 52 bis, LDC) a favor del actor y, CONDENAR a P.S. al pago de una suma equivalente a **10 (diez) canastas básicas total para un hogar 3** que publica el INDEC de acuerdo a su valor definitivo al momento de liquidación de la sentencia, más el interés en la forma considerada.

II. COSTAS a la demandada, conforme a lo considerado.

III. DIFERIR el pronunciamiento sobre honorarios para ulterior oportunidad.

HÁGASE SABER.-

DR. SANTIAGO JOSE PERAL JUEZ
JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL COMÚN X° NOM.

NRO.SENT: 1781 - FECHA SENT: 10/12/2025

FIRMADO DIGITALMENTE

Certificado Digital:

CN=PERAL Santiago Jose,

C=AR,

SERIALNUMBER=CUIL 20341863571,

Fecha:10/12/2025;