



EXPEDIENTE : 00206-2012-0-0701-JR-CI-05

DEMANDANTE : [REDACTED]

DEMANDADO : [REDACTED]

MATERIA : OBLIGACIÓN DE DAR SUMA DE DINERO

PONENTE : HUGO GARRIDO CABRERA

VISTA DE LA CAUSA: 10 DE NOVIEMBRE DE 2022

SENTENCIA DE VISTA

RESOLUCIÓN NÚMERO 56

Callao, veinticinco de mayo de dos mil veintitrés. -

VISTOS, los autos, en audiencia pública; y, dejada la causa al voto.

I. MATERIA DE APELACIÓN:

Viene en grado de apelación la siguiente resolución:

La **resolución número Cuarenta y Seis**, que contiene la Sentencia de fecha 21 de junio de 2021 (folios 983-988), que declara Fundada en parte la demanda sobre Obligación de Dar Suma de Dinero interpuesta por Administradora [REDACTED] contra [REDACTED] sin costos ni costas del proceso y ordena que la demandada pague a la demandante la suma de S/ 9,065.00, más los intereses legales.

II. ANTECEDENTES: Resulta del presente proceso:

2.1. Mediante escrito de fecha 31 de enero de 2012, la parte demandante **ADMINISTRADORA** [REDACTED] interpone demanda de **Obligación de Dar Suma De Dinero** contra [REDACTED] [REDACTED], a fin de que cumpla con pagarle la suma de



DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS CON 62/100 SOLES (fojas 22-26).

- 2.2. Como fundamento de hecho de la demanda, se afirma que la señora [REDACTED] madre del demandado, ingresó a las instalaciones de la [REDACTED] el 24 de agosto del 2011, para ser hospitalizada con la finalidad de brindarle los servicios médicos correspondientes.
- 2.3. Al momento de ser hospitalizada el demandado firmó como garante la tarjeta de admisión respectiva. Como consecuencia de los servicios médicos brindados a la paciente [REDACTED], se generaron una serie de gastos que ascendieron a la suma de S/.211,632.62 por los servicios de Clínica, habitación, farmacia, imágenes, unidad de cuidados intensivos, honorarios médicos y quirúrgicos, honorarios por servicios auxiliares, que el Sr. [REDACTED] dada su condición de garante, debía cancelar.
- 2.4. Indica que el Sr. [REDACTED] hizo caso omiso a sus requerimientos de pago, solicitando el 22 de diciembre de 2011, la celebración de una conciliación extrajudicial, motivo por el cual el 11 de enero de 2012, se emitió el acta de conciliación por inasistencia de una de las partes; y dado que no ha cumplido hasta la fecha con pago de los servicios médicos brindados a su madre, es que interponen la presente acción judicial.
- 2.5. Calificada la demanda se admitió a trámite mediante resolución N° Uno, en la Vía del Proceso Abreviado, haciéndose el traslado respectivo al demandado [REDACTED] (hoja 27-28), quien con fecha 29 de marzo del año 2012, contestó la demanda y formuló excepciones, siendo sus argumentos los siguientes:
 - a) Indica que su madre ingresó a las instalaciones de la [REDACTED] [REDACTED] el día 24 de agosto del año 2011 para ser operada por una dificultad en el habla.
 - b) Efectivamente como hijo de la paciente cumplió con firmar como garante la tarjeta de admisión respectiva siendo el caso que la Clínica fijó como honorarios profesionales y otros conceptos la



suma de S/. 18,140.00 y para lo cual cumplió con abonar el 50% de dicho monto, como se desprende del recibo de pago N°001749 expedido por la [REDACTED] de fecha 24 de agosto del año 2011.

c) Sostiene que ambas partes, tanto la [REDACTED] como el recurrente llegaron a un acuerdo económico, que el monto total por concepto de Honorarios profesionales y otros, quedaban establecidos en la suma de S/.18,140.00 Soles. Con su carta de fecha 29 de diciembre de 2011 cursada a la demandante, rechaza el monto de S/.211,632.62, suma que no autorizaron y que tampoco se encuentra en su realidad económica, las otras operaciones a que se refiere la accionante, se han producido como consecuencia de la negligencia médica ocasionada por los Médicos de la parte demandante. Entre otros argumentos.

2.6. Mediante resolución N° Siete, se fijaron los puntos controvertidos, se admitieron los medios probatorios, y se dispuso el juzgamiento anticipado del proceso, decisión reiterada por resolución número treinta y tres, en la que además se admitieron medios probatorios extemporáneos (fojas 838).

2.7. La sentencia impugnada, se fundamenta en que si bien el demandado ha admitido tener la condición de garante de su señora madre, los gastos adicionales al monto inicialmente estimado de S/ 18.140.00, fueron generados como consecuencia de un actuar negligente de los médicos de la clínica demandante, lo cual estaría corroborado con la Resolución Final de fecha 10 de marzo del año 2015, emitida por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD – SUSALUD- MINSa, así como con la copia certificada de la Resolución Final de INDECOPI de primera y segunda instancia Administrativa, así como de la copia del contrato de programa médico N°9526-[REDACTED] de fecha 26 de mayo del año 2011; documentos mediante los cuales se aprecia que se dispuso que la Clínica demandante deberá reembolsarle la totalidad de los gastos médicos que se le han pagado, a partir de la realización de la Craneotomía y Resección tumoral (24.08.2011), hasta el fallecimiento de su madre [REDACTED].(fojas 723-826).



2.8. Sostiene asimismo, la sentencia apelada que la demandante no ha demostrado que se hubiese pactado la realización de la totalidad de los servicios por el importe de la suma total demandada, más allá de la primera obligación contratada, por S/ 18,140.00, de los cuales el demandado abonó la suma de S/ 9,075.00.

III. PRETENSIÓN IMPUGNATORIA Y FUNDAMENTOS DEL RECURSO:

3.1. Mediante escrito presentado con fecha 7 de octubre de 2021 (folios 994-1003), la demandante, Administradora [REDACTED], interpone recurso de apelación contra la sentencia. Sostiene básicamente lo siguiente:

3.2. Al momento de ingresar la madre del demandado y suscribir este la correspondiente Tarjeta de Admisión, en ella se consigna que "... el paciente reconoce que asumirá la totalidad de los gastos incurridos durante su internamiento." Nunca se brinda un precio determinado para las atenciones, sino que lo que se brinda inicialmente es un monto referencial, ya que durante el procedimiento de la atención pueden surgir hechos que no se encontraban previstos que requieran de atención inmediata, lo que finalmente genera que el monto referencial se vaya incrementando.

3.3. Es del modo indicado en el punto precedente que la suma puesta a cobro, se generó a partir de los gastos por los servicios de clínica, habitación, farmacia, imágenes, unidad de cuidados intensivos, honorarios médicos, quirúrgicos y por servicios auxiliares, lo cual se encuentra acreditado con las boletas de venta N° 000199, por la suma de S/ 157,5 48.00 N° 124-0000013, por la suma de S/ 188.87 y N° 021602 por S/ 53,895. 75, las que en conjunto suman el monto demandado.

3.4. Manifiesta la apelante que ya con la sentencia de vista emitida mediante Resolución Once del 16 de julio de 2013, se estableció que el demandado no acreditó con medio probatorio alguno, que se haya acordado un monto por la suma de S/18,140.00.

Si bien el demandado ha afirmado que la demanda debe declararse infundada por cuanto no existe un contrato suscrito por su persona reconociendo deuda



alguna por la suma de S/ 211,632.62; ello debe contrastarse con la Ley General de Salud N° 26842, la que en ninguna parte establece que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, tengan la obligación de hacerles firmar un contrato a los pacientes previo a las atenciones médicas que estos requieran, por lo que carece de sustento legal afirmar que no existe obligación de pagar por los servicios médicos prestados, aludiendo la inexistencia de un contrato suscrito por las partes.

3.5. Resulta imposible que se pueda determinar un monto concreto en forma previa a la atención de cualquier paciente, pues los gastos se dan dependiendo de la gravedad y condición de cada atención médica.

3.6. De otro lado, según el punto 10 de la sentencia apelada, el demandado ha reconocido haber tenido la condición de garante de su señora madre, cuando solicitó un determinado servicio médico por la suma de S/ 18,140.00; no obstante afirma que los gastos adicionales al monto convenido, fueron generados como consecuencia de un actuar negligente por parte de los médicos de la clínica demandante, versión que estaría corroborada con la copia certificada del Informe N° 00162-2015/IPROT de fecha 10 de marzo de 2015, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, SUSALUD – MINSA, copia de la Resolución final de INDECOPI (N° 2138/2015/SPC-INDECOPI), así como de la copia del Contrato de Programa Médico N°9526- [REDACTED], de fecha 26 de mayo 2011, documentos conforme a los cuales se dispuso que la demandante deberá reembolsarle al demandado la totalidad de los gastos médicos que se le han pagado, a partir de la realización de la Craneotomía y Resección Tumoral (24/08/2011), hasta el fallecimiento de la madre del demandado; lo que debe llevarnos a establecer que en realidad el demandante actúa como garante de su señora madre hasta la fecha, por lo que resultaría errada la sentencia en el extremo que considera que el demandado ya no tiene la condición de garante de su madre.

3.7. En el punto 17, se hace referencia que el demandado presentó una serie de documentos que confirmarían la supuesta negligencia, cuando en realidad este es un proceso de obligación de dar suma de dinero en el que el demandante debe presentar los medios probatorios que determinen la



existencia de la obligación y si el demandado no prueba que no existe obligación, se debe declarar fundada la demanda. La sentencia apelada hace referencia a supuestas negligencias cuando el fondo del proceso no es ese.

IV. FUNDAMENTOS:

4.1. Mediante la presente demanda la parte demandante **ADMINISTRADORA** [REDACTED], persigue que don [REDACTED], cumpla con pagarle la suma de **DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS CON 62/100 SOLES**, por concepto de servicios brindados en la [REDACTED] a su madre, [REDACTED], respecto de quien el actuó como garante al momento de su admisión en la clínica que administra la demandante y donde se habrían pactado como honorarios médicos la suma de S/18,140.00, por lo que la sentencia apelada considera que la suma que se pretende cobrar, no cuenta con la autorización o conformidad del demandado; así, cualquier suma por encima del indicado límite no es parte de lo contratado por el demandado.

4.2. Lo expuesto en el punto precedente, que constituye un fundamento de la sentencia apelada, no guarda relación con la literalidad de la denominada “Tarjeta de Admisión”, (fojas 16) que fue suscrita por el demandado en calidad de garante y donde se consigna lo siguiente:

“Dejo constancia que como responsable me obligo a mantener sin variación la declaración efectuada, al producirse la salida del paciente de la clínica, con la orden de alta expedida.”

“Si el paciente tiene un Seguro Médico, será su responsabilidad presentar la Carta de Garantía y la Solicitud de Beneficios a la brevedad posible y siempre antes de su alta. En caso que la carta de Garantía fuera denegada por el asegurador, el paciente reconoce que asumirá la totalidad de los gastos incurridos durante su internamiento”.

Como se aprecia, la indicada la condición de garante del demandado, no se encuentra limitada al costo de una intervención o tratamiento médico específico, ni a una suma de dinero determinada, sino más bien a la **“totalidad de los gastos incurridos durante su internamiento”**.



4.3. Asimismo, dada la especial naturaleza de los servicios médicos y de salud, resulta natural que no se pueda predecir con antelación, de modo preciso, que tipo de intervención, tratamiento, análisis, medicina o procedimiento será necesario utilizar, de acuerdo con la evolución del estado de salud de un paciente que se encuentra internado. Así, programada una intervención quirúrgica como en el caso de autos, no es posible anticipar si es que de ella surgirán complicaciones y por tanto la necesidad de realizar una nueva intervención o tratamiento, ni el costo que de ello se pueda derivar, o si por el contrario el paciente se recuperará de modo rápido sin generar gastos adicionales; en tal sentido, debe concluirse que el contrato celebrado entre la Administradora [REDACTED] y la Señora [REDACTED] en el que el demandado actuó como garante, obliga a este último a pagar la totalidad de los gastos incurridos durante el internamiento de su madre; mientras que para la demandante la obligación será la de proporcionar los servicios médicos que sean idóneos para la recuperación de la salud del paciente o en todo caso para la mejor evolución de su padecimiento de salud.

4.4. Lo que le otorga a la demandante la condición de acreedora es el cumplimiento por su parte de su obligación contractual de brindar los servicios médicos que resulten adecuados a las necesidades del paciente. Conforme con el artículo 1148° del Código Civil, que establece respecto de las obligaciones de hacer: *“El obligado a la ejecución de un hecho debe cumplir la prestación en el plazo y modo pactados o, en su defecto, en los exigidos por la naturaleza de la obligación o las circunstancias del caso.”* Como se aprecia, si la obligada a prestar los servicios de salud, no cumple o cumple deficientemente con la prestación a su a su cargo, entonces no se devengará la obligación de pago de la contraprestación.

4.5. Es importante distinguir que cuando se trata de servicios médicos, nos encontramos ante lo que la doctrina define como una obligación de medios y no de resultados; es decir que, aun el desempeño más cuidadoso y diligente durante una intervención quirúrgica (o cualquier otro tratamiento médico) no garantiza que el paciente recupere su salud, pues podrá ocurrir una evolución negativa de su estado de salud debido a la gravedad del cuadro previo, la edad



del paciente, una sensibilidad no conocida a algún medicamento o a las propias limitaciones de la ciencia médica. Así, no por el hecho de que la madre del demandado complicara su salud luego de la intervención quirúrgica a la que fue sometida y que finalmente falleciera, se deriva como conclusión necesaria que por lo tanto los servicios médicos que recibió no fueron los adecuados y que por lo tanto no se devengue para el demandado la obligación de pagar su valor, sino que la falta de idoneidad de tales servicios o su ejecución negligente por parte de la demandante es un extremo que debe ser probado por la parte que afirme tal circunstancia, para considerar que la demandante no cumplió debidamente con la prestación a su cargo y que por lo tanto no existe la obligación de pagar su valor.

4.6. En el caso de autos, la parte demandada ha presentado de fojas 724 a 791, copia certificada del Informe N° 00162-2015/IPROT, de fecha 10 de marzo de 2015, emitido por la Superintendencia Nacional de Salud, SUSALUD – MINSA y copia de la Resolución final de INDECOPI (N° 2138/2015/SPC-INDECOPI), documentos a partir de los cuales se determinan conclusiones como las siguientes:

Informe N°00162-2015/IPROT (énfasis agregado)

- En las evaluaciones realizadas por consultorio externo, no se observa una adecuada anamnesis y examen físico del síntoma de cefalea, **generando un riesgo de un diagnóstico y tratamiento no oportuno y no correspondiente por falta de una evaluación integral.**
- No se ha evidenciado registro de un adecuado manejo de la hipertensión endocraneana antes del tratamiento quirúrgico, **aumentando el riesgo de posibles complicaciones del cuadro clínico.**
- No se observa registro que evidencie que la paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos por médico anestesiólogo, **generando el riesgo de posibles complicaciones por falta de una adecuada vigilancia y control de una paciente en condición crítica.**
- Registro incompleto de la lista de verificación de cirugía segura en la primera intervención quirúrgica y falta del formato en mención en la segunda cirugía realizada.



Resolución final de INDECOPI N° 2138/2015/SPC-INDEC OPI, donde se resuelve lo siguiente: (énfasis agregado)

- Confirmar la Resolución N° 862-2014/CCI que declaró fundada la denuncia interpuesta contra la Administradora Clínica Ricardo Palma S.A., por infracción de los artículo 18°, 19° y 67° .1 del Código de Protección y Defensa del Consumidor, en el extremo referido a la **falta de exámenes y evaluaciones a fin de determinar la gravedad de la enfermedad que aquejaba a la paciente.**
- Confirmar la Resolución N° 862-2014/CCI que declaró fundada la denuncia interpuesta contra la Administradora [REDACTED], por infracción de los artículo 18°, 19° y 67° .1 del Código de Protección y Defensa del Consumidor, en el extremo referido a la **falta de tratamiento a la hipertensión endocraneana que presentaba la paciente antes de someterla a una craneotomía y resección tumoral.**
- Confirmar la Resolución N° 862-2014/CCI que declaró fundada la denuncia interpuesta contra la Administradora [REDACTED], por infracción de los artículo 18°, 19° y 67° .1 del Código de Protección y Defensa del Consumidor, en el extremo referido a la **falta de cuidado necesario a la paciente durante la etapa postoperatoria.**
- Revocar la Resolución N° 862-2014/CCI que declaró infundada la denuncia interpuesta contra la Administradora [REDACTED], por infracción de los artículo 18° y 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor, en el extremo referido a la **inclusión de datos erróneos en la Historia Clínica de la paciente y reformándola, corresponde declarar fundada la misma.**
- Confirmar la Resolución N° 862-2014/CCI en el extremo que ordenó a Administradora [REDACTED] como medida correctiva, que en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles de notificada la presente resolución, **cumpla con reembolsar la totalidad de los gastos médicos incurridos a partir de la realización de la craneotomía y resección tumoral a la paciente hasta su fallecimiento**, los cuales deberán ser acreditados previamente por los miembros de la sucesión de la señora [REDACTED].



4.7. Como se aprecia, se trata de dos instituciones especializadas y técnicamente calificadas para pronunciarse respecto de la idoneidad de la actuación de la demandante, durante el internamiento de la paciente [REDACTED] [REDACTED], encontrando ambas serias deficiencias en los servicios de salud proporcionados por la demandante, al punto que el Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual de INDECOPI, dispuso que reembolse la totalidad de los gastos médicos incurridos a partir de la realización de la craneotomía y resección tumoral a la paciente hasta su fallecimiento, que constituye precisamente la mayor parte de los conceptos que son demandados en este proceso.

4.8. La razón por la que administrativamente se ha decidido que la demandante restituya la totalidad de los gastos médicos que se hubiesen pagado a partir de la craneotomía y resección tumoral, es evidentemente, porque se ha considerado que los servicios médicos que se prestaron, no resultaron idóneos, es decir no representan un cumplimiento cabal de las obligaciones contractuales de la demandante para con la paciente y en esa medida no generan la obligación de pago de la contraprestación por parte de la demandada.

4.9. La Resolución emitida por el Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual de INDECOPI, representa una prueba suficiente del efectivo incumplimiento de la demandante de las prestaciones a su cargo, no sólo a partir de sus propios fundamentos, sino esencialmente, porque la demandante no ha impugnado tal decisión en la vía contencioso administrativa; en tal medida no puede ampararse su pretensión dirigida a que se ordene el pago de la contraprestación correspondiente.

V. DECISIÓN:

Por los argumentos expuestos:

CONFIRMARON la **sentencia** contenida en la **resolución número Cuarenta y Seis** de fecha 21 de junio de 2021 (fs. 983-988) que declaró: **FUNDADA** en



parte la demanda interpuesta por **Administradora** [REDACTED] [REDACTED] contra [REDACTED], en consecuencia se ordena que el demandado [REDACTED] cumpla con pagar a la parte demandante **Administradora** [REDACTED] la suma de Nueve Mil Sesenta y Cinco Soles (S/ 9,065.00), más los intereses legales; sin costas ni costos. Notifíquese y Devuélvase.

SS.

BRETONECHE GUTIÉRREZ

GARRIDO CABRERA

MORALES CHUQUILLANQUI