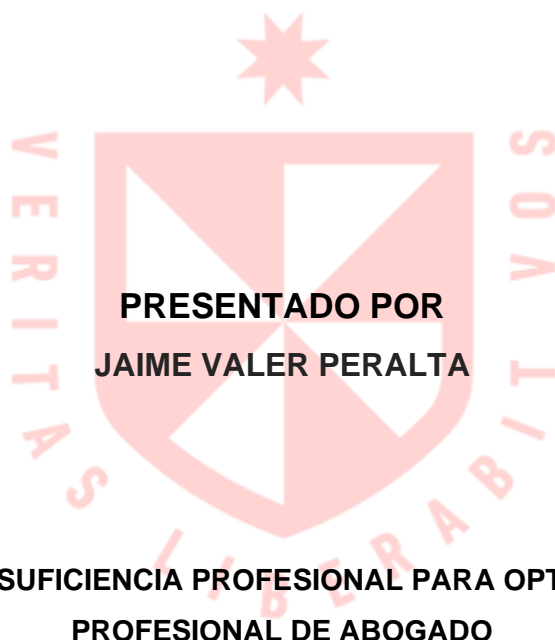




FACULTAD DE DERECHO

**INFORME JURÍDICO SOBRE EXPEDIENTE N° 0704-
2019/CC2**



**PRESENTADO POR
JAIME VALER PERALTA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE ABOGADO**

**LIMA – PERÚ
2023**



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad
de Derecho

Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título de Abogado

Informe Jurídico sobre Expediente N° 0704-2019/CC2

Materia : PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

Entidad : INDECOPI

Bachiller : JAIME VALER PERALTA

Código : 2011146540

LIMA – PERÚ

2023

El presente Informe Jurídico trata sobre un procedimiento administrativo sancionador en materia de protección al consumidor, siendo las partes la señora FESC (la denunciante) y ACPR S.A.C. (la empresa).

La denunciante señala que adquirió un seguro de viaje con la empresa para las fechas del 09/12/2018 al 22/01/2019. La denunciante estando en la ciudad de Alicante, España, presentó un dolor agudo en el pecho por lo cual se comunicó con la empresa; respondiendo que acuda al centro médico más cercano. Cuando le dieron de alta, el referido hospital le entregó un recibo por 8,912 euros, situación que fue comunicada a la empresa y esta respondió que cancelara el monto, que guardara la factura y que en 45 días se le haría el reembolso. Posteriormente la denunciante envió la documentación de todos los gastos. Transcurrido el plazo la empresa le informa a la denunciante que no se le podrá reembolsar el dinero; toda vez que dicho monto no está dentro de su cobertura.

Por su parte, la Comisión resolvió declarar infundada la denuncia por infracción a los artículos 18 y 19 del Código, en razón a que ha quedado acreditado que la negativa de la empresa de realizar el reembolso se encuentra justificada de acuerdo a las Condiciones Generales del Plan de Asistencia; declaró infundada la denuncia, en tanto ha quedado acreditado que la empresa informó a la denunciante a qué hospital debía atenderse e infundada la denuncia por presunta infracción a dichos artículos, en el extremo a que la empresa no se comunicó con la denunciante para verificar su permanencia en el hospital.

Al respecto, la denunciante apeló señalando que sufría de enfermedades preexistentes como la diabetes y que la empresa le indicó que no era necesario estipular en el contrato acerca de la enfermedad, toda vez que se podrían generar observaciones en el futuro. Asimismo, resulta contradictorio que la empresa le señale a la denunciante que en 45 días le devolverían el dinero cuando en la realidad eso nunca sucedió.

La Sala Especializada en Protección al Consumidor confirma la resolución de primera instancia en relación a la infracción a los artículos 18 y 19 del Código por declarar infundada la denuncia en razón a que quedó acreditado que la negativa de la empresa a efectuar el reembolso se encontraba justificada debido a que la diabetes era una enfermedad preexistente; revoca la resolución impugnada; toda vez que corresponde declarar fundada al haberse acreditado que la empresa no informó a la denunciante sobre a qué hospital atenderse y confirma dicha resolución debido a que la empresa no se encontraba obligada a comunicarse con la denunciante para verificar su permanencia en el hospital.

Los problemas jurídicos identificados son: 1) ¿La empresa infringió el deber de información?; y, 2) ¿Lo ofertado por la empresa incumplió con el deber de idoneidad?

NOMBRE DEL TRABAJO

VALER PERALTA.doc

RECUENTO DE PALABRAS

7396 Words

RECUENTO DE PÁGINAS

22 Pages

FECHA DE ENTREGA

Oct 18, 2023 4:20 PM GMT-5

RECUENTO DE CARACTERES

38593 Characters

TAMAÑO DEL ARCHIVO

191.0KB

FECHA DEL INFORME

Oct 18, 2023 4:21 PM GMT-5**● 8% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



USMP FACULTAD DE DERECHO
Dr. GINO RIOS PATIO
Director del Instituto de Investigación Jurídica

GRP/
REB

ÍNDICE

RELACIÓN DE HECHOS PRINCIPALES EXPUESTOS POR LAS PARTES INTERVINIENTES EN EL PROCEDIMIENTO.....	1
IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS DEL EXPEDIENTE.....	08
POSICIÓN FUNDAMENTADA SOBRE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS IDENTIFICADOS.....	11
POSICIÓN FUNDAMENTADA SOBRE LAS RESOLUCIONES EMITIDAS.....	14
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18

RELACIÓN DE HECHOS PRINCIPALES EXPUESTOS POR LAS PARTES INTERVINIENTES EN EL PROCEDIMIENTO

Denuncia

Con escrito de fecha 15 de mayo de 2019, la señora FESC (en adelante, “la denunciante”) interpuso denuncia ante el INDECOPI contra la ACPR S.A.C. (en adelante, “la empresa”) por presunta infracción a los artículos 18 y 19 de la Ley N.º 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor (en adelante “El Código”).

Fundamentos de hecho

- La denunciante adquirió un seguro de viaje con la empresa para las fechas del 09/12/2018 al 22/01/2019.
- El martes 18 de diciembre de 2018, la denunciante estando en la ciudad de Alicante, España, presentó un dolor agudo en el pecho por lo cual se comunicó con la empresa; respondiendo que acuda al centro médico más cercano.
- La denunciante acudió al Hospital General Universitario de Alicante donde permaneció para realizarle una serie de pruebas y procedimientos.
- Cuando le dieron de alta, el referido hospital le entregó un recibo por 8,912 euros, situación que fue comunicada a la empresa y esta respondió que cancelara el monto y que guardara la factura para el reembolso respectivo.
- Debido a que el hospital le dio la oportunidad a la denunciante de fraccionar la deuda en partes, la denunciante, con la esperanza de recibir el reembolso, tuvo que solicitar un préstamo para poder pagar el íntegro de la deuda.
- Posteriormente la denunciante envió la documentación de todos los gastos realizados de manera presencial en la oficina de Lima, en donde le dijeron que en determinados días le reembolsarían el dinero.
- Mediante correo electrónico la empresa le respondió que la documentación tenía que ser enviada mediante vía electrónica, por lo cual la denunciante envió dicha documentación tal cual se le indicó.
- Transcurridos los 45 días, la empresa le informa a la denunciante que no se le podrá reembolsar el dinero; toda vez que dicho monto no está dentro de su cobertura.
- La denunciante le solicitó que la respuesta se lo brinden en un documento formal, pero se negaron a realizarlo.

Medios probatorios

- Póliza adquirida de segura de viajes con Alliance Assist.
- Informe médico y facturas pagadas
- Detalle de las conversaciones vía WhatsApp con la empresa
- Respuesta vía correo electrónico por parte de la empresa, manifestando su negativa de reconocer los gastos.

Admisión a trámite y formulación de cargos

Mediante Resolución N.º 1 del 26 de junio de 2019, la Secretaría Técnica de la Comisión admitió a trámite la denuncia por la presunta infracción de los artículos 18 y 19 del Código, en la medida que: i) habría negado de manera injustificada cubrir los gastos a la atención médica, pese a que se le habría indicado que se le realizaría el reembolso en 45 días; ii) no habría brindado orientación ni asistencia adecuada durante su estadía en España y además, no habría comunicado a la denunciante a qué hospital debía acudir ni acerca de las pruebas que se le iban a realizar y si estas estaban cubiertas por las pólizas.

Descargos de la empresa

Mediante escrito de fecha 12 de julio de 2019, la empresa formuló los siguientes descargos:

- Las condiciones generales del servicio son informadas y puestas en conocimiento de los adquirentes de las tarjetas de asistencia al momento de su compra, ya sea de forma directa por la empresa o por las agencias de viajes.
- El producto fue adquirido por la denunciante en una agencia de viajes, donde le brindaron toda la información necesaria de los beneficios, restricciones y exclusiones del plan.
- La solicitud de la denunciante no se ajusta a las condiciones de la tarjeta de asistencia; toda vez que en las condiciones generales de la tarjeta se explica los beneficios, la cobertura, restricciones y exclusiones del plan.
- La naturaleza de la empresa no es de ser un seguro médico convencional de ninguna índole, sino, su función radica en solo ofrece tarjetas de asistencia al viajero.
- En relación con el informe del hospital, los diagnósticos de su hospitalización fueron: angina inestable, hipertensión arterial, dislipemia,

diabetes, entre otros; las cuales constituyen dolencias relacionadas al corazón y son prestaciones excluidas de los servicios que ofrece la empresa.

- Asimismo, la denunciante cuenta con un historial médico con antecedentes por hipertensión arterial y medicamentos para tratar la referida enfermedad, así como la diabetes. Al respecto, hay evidencia bibliográfica que el pronóstico del síndrome coronario o angina en pacientes diabéticos es más alto que en las personas no diabéticas.

- En esa línea, en el contrato de adhesión celebrada con la denunciante, el punto C.4.12.1 señala expresamente que quedan excluidos los exámenes, estudios y/ o tratamientos relacionados con enfermedades crónicas, preexistentes o congénitas reconocida o no por el titular que se hayan padecido con anterioridad al inicio de la vigencia de la señalada tarjeta.

- Por su parte, en el punto C.1, se deja constancia que el servicio adquirido no constituyen un servicio médico ni una extensión de algún programa social; toda vez que la empresa está orientada a la asistencia en viaje de eventos súbitos e impredecibles.

- En relación con lo que la denunciante afirmó sobre la falta de comunicación; la central de asistencia no tenía conocimiento que la denunciante se encontraba hospitalizada puesto que después de su primer contacto de fecha 18 de diciembre de 2018, la denunciante no se volvió a comunicar hasta el 06 de enero de 2019 cuando adjuntó los documentos para el respectivo reembolso.

- Por último, es falso que no se le haya informado sobre la posibilidad de no aprobar el reembolso; toda vez que desde el momento que contrató el servicio fue informada sobre los beneficios, restricciones y demás.

Medios probatorios

- Brochure informativo.
- Condiciones Generales del servicio.
- Informes médicos detallando los estudios y procedimientos realizados,
- Ficha Ruc
- Vigencia de poderes
- DNI

Resolución final N.º 2474-2019/CC2

Mediante Resolución Final N.º 2474-2019/CC2 de fecha 27 de diciembre de 2019, la Comisión resolvió en relación a la presunta infracción a los artículos

18 y 19 del Código: (i) declarar infundada la denuncia, en razón a que ha quedado acreditado que la negativa de la empresa de realizar el reembolso se encuentra justificada de acuerdo a las Condiciones Generales del Plan de Asistencia y (ii) declarar infundada la denuncia, en tanto ha quedado acreditado que la empresa informó a la denunciante a qué hospital debía acudir; (iii) declarar infundada la denuncia, en el extremo a que la empresa no se comunicó con la denunciante para verificar su permanencia en el hospital.

Los fundamentos de dicha Resolución fueron los siguientes:

Con relación a la negativa injustificada de cubrir los gastos correspondientes a la atención

- De conformidad con lo señalado por BIOMED Central que es una reconocida editorial científica que publica investigaciones de la práctica clínica, señala que la angina es una complicación crónica de la diabetes.
- Al respecto según los informes del hospital la denunciante sufría de diabetes a la fecha que ingresó al área de emergencias y que durante 20 años era dependiente a la insulina.
- Por su parte, de acuerdo con las Condiciones Generales del Plan de Asistencia, se verifica que la negativa de efectuar el reembolso se encuentra justificada.

En relación con la falta de orientación y asistencia adecuada a la denunciante durante su estadía en España

- De la revisión de la cláusula C.3.1 se evidencia que la empresa puso en conocimiento a la denunciante sus centrales de asistencia e informó que para proceder a las atenciones médicas era necesario requerir la autorización previa de la empresa.
- Sin perjuicio de ello, también se evidencia que en la misma cláusula se dispone que en caso de urgencia podría acercarse al establecimiento médico mas cercano; por tal razón, resulta lógico que la denunciante haya acudido al establecimiento de salud más cercano.
- Mediante las conversaciones de WhatsApp se puede verificar que la empresa cumplió con informar a la denunciante sobre el centro médico que debía acudir.
- Asimismo, de las cláusulas antes señaladas se verifica que le correspondía a la denunciante informar a la empresa todo acontecimiento referido a su hospitalización a efectos de obtener la autorización correspondiente, situación que no se llevó a cabo porque la denunciante solo informó cuando solicitó el respectivo reembolso.

Síntesis del escrito de apelación interpuesto por la denunciante

Con fecha 19 de febrero de 2020, la denunciante interpuso recurso de apelación por los siguientes fundamentos:

Respecto a la negativa injustificada de cubrir los gastos correspondientes a la atención médica

- En todo momento la denunciante señaló a la empresa que sufría de enfermedades preexistentes como la diabetes; por tal razón, era necesario que contratara un servicio que cubra alguna emergencia relacionada a su enfermedad.
- La empresa le indicó a la denunciante que no era necesario estipular en el contrato acerca de la enfermedad preexistente; toda vez que se podrían generar observaciones en el futuro.
- Ahora bien, resulta ilógico que la denunciante a sabiendas de padecer de una enfermedad, firme un contrato que no estipule esa cobertura; razón por la cual, procedió a pagar porque consideró que le estaban ofreciendo una asistencia completa.
- Por su parte, la Comisión realiza un análisis discriminatorio hacia la denunciante por que en todo momento hacen referencia a su historial médico, destacando la enfermedad que padece.
- Resulta contradictorio que la empresa le señale a la denunciante que en 45 días le devolverían el dinero cuando en la realidad eso nunca sucedió; siendo, además que la empresa en ningún momento presenta algún medio probatorio que acredite que se le informó correctamente sobre las condiciones del servicio.
- En relación con el contrato de adhesión, resulta cuestionable que posea 50 páginas y que no haya sido explicado ni informado a la denunciante; toda vez que la denunciante es una persona de 74 años con visión limitada producto de su avanzada edad: por tal razón, la empresa incumplió con lo estipulado en el artículo 3 del Código al inducirla a error para adquirir sus servicios.

En relación con no haber comunicado a la denunciante a qué hospital acudir

- Cuando la denunciante sufrió la emergencia médica, la empresa no le informó donde debía dirigirse, simplemente le indicaron que acuda al centro de salud más cercano; toda vez que se trataba de una emergencia.
- Ahora bien, en el contrato de adhesión solo se indica que la denunciante debió pedir autorización de ingresar al establecimiento en todo momento, sin embargo, ello no colinda con lo conversado por WhatsApp con la empresa, donde se puede verificar que le señalaron que acuda a un centro médico y asuma los gastos de su asistencia.
- En el escrito de denuncia se puede corroborar que la denunciante iba

a cancelar la totalidad de la deuda a pesar de que el centro de salud le permitió a acceder a un fraccionamiento y esto responde a que fue la empresa que le prometió el reembolso de todo lo gastado una vez que la denunciante haya completado el pago de la última cuota.

- Por último, la acción de no ser informada sobre el contenido del contrato de adhesión, esta constituye una práctica abusiva de conformidad con el artículo 57 del Código, toda vez que la empresa se aprovechó del estado de vulnerabilidad de la denunciante al ser una persona adulta mayor.

Resolución N° 2103 – 2020/SPC-INDECOPI emitida por la Sala Especializada en Protección al Consumidor

Mediante Resolución N.º 2103 – 2020/SPC-INDECOPI de fecha 12 de noviembre de 2020, la Sala Especializada en Protección al Consumidor (en adelante “la Sala”), en razón a la infracción de los artículos 18 y 19 del Código, procedió a: i) confirmar la resolución de primera instancia, toda vez que quedó acreditado que la negativa de la empresa a efectuar el reembolso se encontraba justificada debido a que la diabetes era una enfermedad preexistente de acuerdo a las Condiciones Generales del Plan de Asistencia; ii) revocar la resolución impugnada debido a que corresponde declarar fundada al haberse acreditado que la empresa no informó a la denunciante sobre a qué hospital acudir y iii) confirmar dicha resolución en razón a que la empresa no se encontraba obligada a comunicarse con la denunciante para verificar su permanencia en el hospital; por el contrario, era la denunciante quien tenía la obligación de comunicarse para consultar la cobertura de cada procedimiento médico.

Los fundamentos de dicha Resolución fueron los siguientes:

Sobre la negativa de cubrir los gastos de la atención médica de la denunciante

- De acuerdo con lo verificado en los medios probatorios, en el documento denominado “Condiciones Generales del Plan de Asistencia”, donde se detallan las exclusiones del servicio como el padecimiento de enfermedades como la diabetes.
- Ahora bien, en el escrito de apelación de la denunciante esta refiere que comunicó a la empresa que padecía la enfermedad de diabetes; sin embargo, no obra en el expediente un medio probatorio que acredite tal alusión.
- Por su parte, de las conversaciones que mantuvo la denunciante con la empresa no se aprecia que la empresa se haya comprometido en devolverle los gastos médicos, por el contrario, solo se aprecia que el

personal de la empresa le requirió la remisión de los documentos para su posterior evaluación y verificación del reembolso.

- Adicionalmente, la propia consumidora adjuntó en su escrito de denuncia las condiciones generales del plan de asistencia, esto es, se verifica que la denunciante suscribió y recepcionó el contrato sin ninguna negativa.
- Ahora bien, en relación con lo descrito por la denunciante acerca de la falta de capacitación del personal de la empresa en la entrega de información, cabe resaltar, que ello no es competencia de esta Despacho.

Respecto a no haber comunicado a la denunciante a qué hospital acudir

- En virtud del documento denominado Condiciones Generales del Plan de Asistencia, se aprecia que la denunciante debía comunicarse telefónicamente con la denunciada para todo caso de enfermedad, accidente o emergencia y la empresa le otorgaría las condiciones para la oportuna atención.
- Al respecto, la denunciante sostiene en reiteradas oportunidades que ella se comunicó con la empresa para comunicarle sobre su malestar y que acudiría a un centro de salud; sin embargo, ello no es relevante para el caso porque ha sido reconocido por ambas partes en el proceso.
- Sin perjuicio de ello, lo que realmente es controversial es si la empresa estaba obligada a remitirle información acerca de los centros de salud establecidos en su oferta conforme se encuentra plasmado en su contrato de adhesión; situación que no se evidencia haberse cumplido en el expediente.
- Por otro lado, si bien la denunciante señaló que los hechos suscitados por la empresa hacían alusión a prácticas abusivas en virtud del artículo 57 del Código, corresponde indicar que dicha pretensión no es materia del análisis en el procedimiento.

En relación con la falta de comunicación con la denunciante para la verificación de su permanencia en el hospital

- Conforme se verifica en el contrato de adhesión, era obligación de la denunciante informar cada procedimiento médico que se realizaría, no teniendo la empresa la obligación de comunicarse con la denunciante.
- Por su parte, corresponde señalar que el hecho que la empresa haya realizado propuesta conciliatoria en la primera instancia, en la cual propuso asumir US\$ 500,00 por atención médica y US\$ 200,00 adicionales, tampoco acredita la responsabilidad de la denunciada dado que las partes pueden realizar propuestas conciliatorias que crean convenientes.

IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS DEL EXPEDIENTE

Los principales problemas jurídicos identificados son: 1) ¿La empresa infringió el deber de información?; y, 2) ¿Lo ofertado por la empresa incumplió con el deber de idoneidad?

¿La empresa infringió el deber de información?

En virtud de lo establecido en el artículo 65 de la Constitución Política del Perú:

“El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Asimismo, vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población”.

En relación con el derecho a la información, se establece en el literal b) del numeral 1 del artículo 1º, del Código que:

Artículo 1.- Derechos de los consumidores

“En los términos establecidos por el presente Código, los consumidores tienen los siguientes derechos: b. Derecho a acceder a información oportuna, suficiente, veraz y fácilmente accesible, relevante para tomar una decisión o realizar una elección de consumo que se ajuste a sus intereses, así como para efectuar un uso o consumo adecuado de los productos o servicios (...)”.

Al respecto, Vilela (2010) señala que:

“El derecho a la información exige que los bienes, productos y servicios que se encuentran a disposición de los consumidores y usuarios en el mercado deben incorporar, llevar consigo o permitir de manera cierta y objetiva, una información veraz, eficaz y eficiente respecto a sus características esenciales (Pág. 121)”.

Del mismo modo, Muñoz (2012) opina que:

“Así, se habla de la existencia de un derecho en cabeza del consumidor a recibir información por parte del productor para que su libertad negocial no se vea menguada, por tanto, se debe decir en primer término que dicha información debe ser veraz, es decir, no puede ser contraria a la verdad, y suficiente en el entendido de que le debe permitir al consumidor adquirir un criterio suficiente sobre el negocio en el que participa (Pág. 5)”.

En la misma línea, Supo y Bazán (2010) citan al Tribunal Constitucional, señalando:

“En esta línea, debemos señalar que son varias las ocasiones en las que el máximo intérprete de la Constitución, el Tribunal Constitucional, se ha referido a los derechos que les asisten a los consumidores. Al respecto, ha señalado que resulta claro que la Constitución impone dos obligaciones: (i) garantizar el derecho a la información sobre los bienes y servicios que están a su disposición en el mercado; y, (ii) velar por la salud y la seguridad de las personas en su condición de consumidores o usuarios”.

Sin perjuicio de ello, señala Sanz (2018) que:

“(…) se estima que la veracidad (o el carácter real) de la información es insuficiente, si esta no posee un atributo de utilidad para el consumidor. (...) se exige que esta información sea comprensible, es decir, con un contenido intelectualmente accesible a un consumidor medio, sin que deba realizar un esfuerzo intelectual extraordinario o requiera la asistencia de terceros o procurarse otra información adicional (...) (Pág. 34)”.

Asimismo, Vega Mere (2001) opina que:

“(…) a pesar de que los operadores suministran información al mercado, ella no siempre suele ser completa. El consumidor se encuentra en una situación desventajosa ya que, generalmente, solo recoge la información que la empresa arroja (Pág. 582)”.

¿Lo ofertado por la empresa incumplió con el deber de idoneidad?

En virtud de lo señalado en el artículo 18 del Código:

“Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso (...)”.

Al respecto, Bullard (2010) afirma que:

“La idoneidad es la falta de coincidencia entre lo que el consumidor espera y lo que recibe. Pero, a su vez, lo que el consumidor espera depende del nivel de información que ha recibido. Sin embargo, para efectos operativos, tanto la ley

como la jurisprudencia administrativa han hecho esfuerzos para ir forjando algunas diferencias (p. 14)”.

Asimismo, el Dr. Supo (2020) ha opinado que:

“(…) el artículo 18 del Código define a la idoneidad de los productos y servicios como la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso (Pág. 73)”.

Del mismo modo, la Sala Especializada en Protección al Consumidor (2013) ha señalado que:

“(…) este Colegiado considera que el deber de idoneidad contenido en los artículos 18° y 19° del Código deberá ser entendido como la obligación de brindar productos o servicios que correspondan a las características ofrecidas por el proveedor y esperadas por el consumidor, siendo que de no presentarse alguna de las causales de exclusión contempladas en el artículo 104° del Código, será el proveedor quien resulte responsable por haber infringido el deber de idoneidad (Fundamento 63)”.

Salas (2010) señala que:

“Por tanto, el deber de idoneidad consiste en que el proveedor es responsable por la correspondencia entre la calidad ofertada y la calidad que recibe el consumidor en su adquisición. Por tanto, existe un supuesto de falta de idoneidad cuando no existe coincidencia entre lo que el consumidor espera y lo que el consumidor recibe, naturalmente lo que el consumidor (razonable) espera depende de la información y la calidad que el proveedor le ha brindado (Pág. 189)”.

Rodríguez García (2014) señala que:

“La ahora Sala Especializada en Protección al Consumidor resolvió, en tal sentido, que: “(…) el deber de idoneidad se materializa en que los productos y servicios que el proveedor pone en circulación en el mercado respondan a las expectativas de un consumidor razonable”. Asimismo, se desarrolló que “el concepto que subyace a la protección de la idoneidad de los servicios consiste en garantizar la satisfacción de las expectativas del consumidor (...) sobre la base de esta expectativa, se presume que un producto es idóneo para los fines y usos previsibles para los cuales normalmente éstos se adquieren en el mercado (Pág. 304)”

Finalmente, es necesario conocer la posición de Northcote (2013):

“(…) Debe quedar claro que la idoneidad no implica que los proveedores deban entregar al consumidor todo lo que estos esperan del producto o servicio con independencia de los términos ofrecidos y contratados, sino que los límites de la obligación del proveedor se ajustan precisamente a lo ofrecido, negociado y contratado. Por lo tanto, no es obligación de los proveedores entregar la mejor calidad del producto o servicio disponible, sino aquel nivel de calidad ofrecido y contratado por el consumidor. Tampoco es obligación del proveedor cumplir con expectativas que el consumidor se haya formado y que no guarden relación con lo pactado y con lo que, en circunstancias razonables, se esperaría del producto o del servicio (Pág. 12)”.

POSICIÓN FUNDAMENTADA SOBRE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS IDENTIFICADOS

¿La empresa infringió el deber de información?

Conforme se ha señalado en los acápites anteriores, el derecho a la información es la potestad inherente a toda persona en especial cuando se encuentra frente a una relación de consumo; toda vez que la información otorgada por el proveedor permite a que el consumidor formule su decisión de consumo y con ello inicie su relación contractual.

Asimismo, la información que se otorga debe ser veraz, oportuna y suficiente para el consumidor, lo cual muchas veces resulta ser subjetivo; sin embargo, el mismo Código para evitar ello ha dispuesto que la información que se le brinde al consumidor debe ser completa para los usos correspondientes del bien o servicio a ofrecer.

Ahora bien, en el presente caso la denunciante en repetidas ocasiones ha señalado que no se le brindó información sobre las estipulaciones del contrato; toda vez que no conocía las exclusiones del servicio ni la naturaleza de este. Asimismo, la denunciante señaló que en el momento que surgió la emergencia, la empresa tampoco le informó acerca de los centros médicos que estaban disponibles dentro de su red de servicios.

Al respecto, de los medios probatorios no se puede decir con exactitud si es que la empresa le brindó la información sobre el tipo de servicio desde antes que se concretara la relación; toda vez que por un lado se tiene que la denunciante afirma que si hubiera sido informada sobre los supuestos excluyentes no hubiera contratado el servicio debido a su crítica salud y, por su lado, se tiene a la empresa que demuestra con medios probatorios, esto es el propio contrato de adhesión que en sus cláusulas se excluye enfermedades preexistentes o crónicas.

Como todo contrato de adhesión, la presencia de la asimetría de información en algunos casos es inminente, pues nos encontramos frente al poder fáctico del proveedor de contar con la libertad contractual como la libertad de contratar, situación que coloca al consumidor en desventaja.

El presente caso se trata de un contrato de adhesión, el cual, según la denunciante, contaba con 50 páginas que para ella eran difíciles de leer al ser una persona adulta mayor de 74 años.

Ahora bien, la asimetría de información no solo se refiere al ámbito contractual sino a la información previa a este; esto es que el personal de la empresa no solo debió entregarle el contrato completo sino toda la información pertinente para efectos que la denunciante pueda tomar su decisión de consumo.

Para conocer si la información otorgada fue veraz, oportuna y suficiente al denunciante, se debe tener medios probatorios conducentes que lleven a la autoridad a validar esa situación o al menos, mediante medios probatorios sucedáneos como los indicios o presunciones.

Sin perjuicio de ello, en el presente caso no obra medio probatorio que presuma que existió falta de información al momento de generarse la relación contractual, al contrario, se tiene medios probatorios como el contrato donde expresamente se dispone las exclusiones del servicio que brinda la empresa.

Sin embargo, considero que posteriormente al contrato, esto es cuando se generó la emergencia, la empresa no actuó debidamente en función a su deber de información y asistencia, toda vez que, de los medios probatorios presentados por las partes, es evidente que la empresa no le indicó a qué centro de atención médica acudir sabiendo la naturaleza de la emergencia.

En ese sentido, solo se puede señalar por la certeza que generan los medios probatorios que, la empresa no cumplió con brindar información veraz, oportuna y suficiente al denunciante con relación al centro médico que debía acudir para atender su emergencia.

¿Lo ofertado por la empresa incumplió con el deber de idoneidad?

Conforme se ha explicado líneas arriba, el deber de idoneidad se refiere a la correspondencia que existe entre lo que espera el consumidor y lo finalmente recibido, conforme a las características del bien o servicio, las circunstancias y a la información o publicidad brindada al consumidor.

El deber de idoneidad responde a la obligación de los proveedores de brindar los productos y servicios alineados a cómo estos se ofrecen en el mercado; por tal razón las expectativas del consumidor no corresponden a una realidad subjetiva;

por lo contrario, está blindada por la información veraz y suficiente que le ha podido entregar el proveedor con relación a todos los aspectos de lo ofertado para que, conforme a ello, el consumidor decida adquirirlo.

Ahora bien, en el presente caso la denunciante señala que ha existido infracción al deber de idoneidad al esperar que la empresa cumpla con hacerse cargo del gasto incurrido por la denunciante en relación con la emergencia médica; sin embargo, para conocer si dicha expectativa fue razonable, esto es basada en lo ofrecido por el proveedor, se tendría que analizar sobre la información entregada al consumidor para conocer si se cumplió o no con el deber de idoneidad.

Al respecto, conforme el análisis de los hechos y los medios probatorios aportados por las partes es evidente que en el presente caso no queda claro si se brindó información veraz, suficiente y oportuna al momento de celebrar el contrato de consumo; esto es si se le ofreció a la denunciante un servicio completo de seguro viaje por salud o simplemente era una tarjeta de asistencia conforme indica la empresa; toda vez que solo se tiene certeza del contrato de adhesión entregado a la denunciante y el intercambio de comunicación entre esta y el proveedor.

En relación con ello, se debe tomar en cuenta que el referido contrato es un documento suficiente para dar a conocer las características, naturaleza y alcance del servicio y fue entregado a la consumidora en el momento de la contratación. En consecuencia, la denunciante, como consumidora razonable, al tener el contrato en su poder, debió leerlo o pedir explicación sobre todo en relación con la cláusula que se refería a las exclusiones del servicio; toda vez que la denunciante al ser una persona con una enfermedad preexistente debió poner ahínco en informarle a la empresa de la enfermedad que padece ya que podría ponerla en indefensión en cualquier momento.

En ese sentido, en relación con el deber de idoneidad sobre si la empresa debió asumir los gastos incurridos por la denunciante en su atención e intervención médica, no se evidencia que el proveedor haya prometido un servicio distinto a la consumidora; toda vez que existe un documento fehaciente como es el contrato de adhesión que señala claramente en sus cláusulas cuales eran aquellas enfermedades excluidas para los efectos de la referida tarjeta de asistencia.

Sin perjuicio de ello, el otro aspecto relevante del caso es acerca de la infracción al deber de idoneidad en relación con la falta de comunicación sobre los centros médicos a los cuales la denunciante podía acudir; todo ello en razón a que al tratarse de una tarjeta de asistencia, era evidente que la persona que reciba dicha asistencia espere que la empresa establezca los centros médicos competentes para brindar dicho servicio; sin embargo dicha expectativa razonable no coincide con lo que finalmente recibió; toda vez que la empresa no le indicó a qué hospital

debía acudir y, por lo contrario, pretendía desligarse de responsabilidad al afirmar que no se le dio autorización para que acuda a dicho establecimiento.

Ante ello, es lógico que en una situación de emergencia se acuda al centro de salud más cercano tal cual hizo la denunciante, y, asimismo, esta informó que acudiría a tal hospital porque la empresa mediante conversación vía WhatsApp le señale que acuda a dicho hospital pero que guarde la información y documentación correspondiente a efectos del respectivo reembolso.

Por su parte, en el documento de condiciones del servicio se disponía que no solo los centros de salud establecidos por la empresa eran los únicos establecimientos para que la consumidora pueda atenderse, sino también aquellos que se encontraran fuera de dicha lista; razón por la cual la propia empresa ofrecía un servicio distinto al que finalmente fue entregado a la denunciante.

Finalmente, se puede concluir que, en relación con la falta de comunicación sobre los centros de salud, la empresa si infringió el deber de idoneidad; toda vez que, al ofrecer una tarjeta de asistencia de viaje, el mismo debía indicar de manera clara e indubitable cuáles eran aquellos establecimientos de salud autorizados para que los consumidores hagan uso de dicha asistencia; situación que no se llevó a cabo en el presente caso.

POSICIÓN FUNDAMENTADA SOBRE LAS RESOLUCIONES EMITIDAS

Sobre la resolución de primera instancia

Comparto de manera parcial lo resuelto por la Comisión en cuanto a declarar infundada la denuncia por la infracción de los artículos 18 y 19, conforme a los motivos que desarrollo a continuación.

En primer lugar, cabe indicar que estoy de acuerdo con que la Comisión haya analizado de manera minuciosa los resultados de la evaluación médica realizada a la denunciante; toda vez que el caso gira en torno a una emergencia que debía ser sostenida, presuntamente por un seguro que previamente había adquirido la denunciante, cuando, conforme a los descargos del proveedor, se trataba solo de una tarjeta de asistencia.

A pesar de que la denunciante en su escrito de apelación indica que la Comisión hizo un análisis discriminatorio porque en todo momento hizo referencia a que la denunciante tenía una enfermedad preexistente, el meollo del asunto era saber cuál era su padecimiento para efectos de conocer la aplicación o no de la tarjeta de asistencia.

Por su parte, hubiera sido pertinente que al igual que la Comisión analizó la enfermedad preexistente de la denunciante, también analice cuál es la naturaleza de las Condiciones Generales del Plan de Asistencia porque también este punto es fundamental en el presente caso.

Sin perjuicio de ello, del análisis del referido Plan, se indica expresamente en los supuestos de exclusión que las dolencias crónicas o enfermedades preexistentes quedan fuera de los servicios asistenciales de la empresa; siendo así, la angina inestable de la denunciante respondía a complicaciones existentes en su salud.

En ese sentido, la Comisión hizo bien al determinar primero que el supuesto de análisis estaba excluido de lo señalado en las referidas condiciones; por tanto, si correspondía que se declare infundado en dicho extremo.

Por otro lado, otro supuesto que se evidencia en todo el caso es acerca del deber de idoneidad en razón a la falta de información que la denunciante indica no haber recibido en todo el caso.

Al respecto, es evidente que la Comisión no ha evaluado correctamente los medios de prueba en relación con conocer si la empresa orientó a la denunciante para que se dirija al Centro de salud correspondiente; toda vez que solo se ha ceñido en el punto C.3.1 de las Condiciones del Plan de Asistencia, donde se señala que la empresa pondrá a disposición de la denunciante sus centrales de asistencia.

En esa línea, la Comisión declara infundado en razón a que se habría acreditado que la empresa le habría brindado información solo porque en una parte de las cláusulas del referido Plan se señala que también se puede acudir a otros centros médicos fuera de la jurisdicción de la empresa, sin embargo, no se evidencia que la empresa le haya brindado el nombre del Centro de Salud para que la denunciante se dirija debido a la gravedad de su situación.

Por otro lado, estoy de acuerdo que la Comisión haya declarado infundado la denuncia en el extremo de que la denunciante se encontraba obligada de informar todo acerca de sus procedimientos médicos para recibir autorización de la empresa; toda vez que ello estaba contenido en el contrato de adhesión y constituía una actividad solo de la denunciante.

Sobre la resolución de segunda instancia

Comparto de manera parcial lo resuelto por la Sala en relación con confirmar la resolución de primera instancia y revocar la misma en otro extremo de la denuncia, por los siguientes motivos que comparto a continuación:

En primer lugar, es necesario precisar que me encuentro en desacuerdo tanto con

la Comisión como con la Sala en razón a que considero que se debió analizar no solo el origen de la enfermedad, como muy bien lo realizó la primera instancia, sino también la naturaleza del referido Plan. En ese orden, la Sala, al observar que la Comisión no lo llevó a cabo pues debió analizar dicho extremo porque la referida controversia ha sido una constante variante para las partes de conocer si se tratase de un seguro completo de viaje o simplemente una tarjeta de viaje de asistencia tal cual lo indicó la empresa.

Por otro lado, sin perjuicio de lo antes mencionado, estoy conforme con el proceder de la Sala al analizar el documento contractual, esto es el contrato de adhesión firmado por las partes, y verificar que en sus estipulaciones mostraba claramente las exclusiones al servicio con relación a las enfermedades preexistentes; razón por la cual la Sala procediendo a confirmar de manera correcta lo resuelto por la primera instancia en dicho extremo.

Ahora bien, la denunciante afirma en su escrito de apelación que dicho contrato de adhesión es irrisorio al contener 50 páginas y que, debido a la avanzada edad de la denunciante, no ha podido analizar el contrato porque carece de visión.

Al respecto, conforme al artículo 196 del Código Procesal Civil, quien alega los hechos debe probarlos; razón por la cual, le correspondía a la denunciante presentar medios probatorios que acrediten los hechos; sin embargo, esta no presentó algún elemento contundente que acredite que la empresa trasgredió las normas en ese aspecto.

Por otro lado, coincido con la Sala en relación con que en los medios probatorios presentados por ambas partes no se aprecia que la empresa se haya comprometido con devolverle el íntegro de la deuda por gastos médicos, solo se evidencia que el personal de la empresa le solicita todos los documentos sustentatorios que validen los gastos realizados para su verificación.

Ahora bien, lo resaltante de la Resolución emitida por la Sala es que ésta sí evalúa todo el alcance de las condiciones de la tarjeta de viaje y de las comunicaciones existentes entre la empresa y la denunciante. Si bien la Comisión concluyó que la empresa si le había brindado información sobre los centros de salud autorizados, es evidente que la empresa no le comunicó a detalle la sede a la que debía dirigirse.

Por su parte, también estoy de acuerdo en confirmar el extremo que señala que la denunciante se encontraba obligada a comunicar a la empresa todo procedimiento médico al cual se iba a someter para que esta le brinde la debida autorización; situación que no sucedió en el presente caso porque la denunciante solo se comunicó al momento que sucedió la emergencia y cuando presentó los documentos sustentatorios para el reembolso.

Finalmente, en relación con la audiencia de conciliación la empresa realizó la propuesta conciliatoria de asumir US\$ 500,00 por atención médica y otorgar a la denunciante US\$ 200,00 adicionales; sin embargo, soy de la idea al igual que la Sala, que dicha propuesta conciliatoria no acredita que la empresa esté afirmando su responsabilidad.

CONCLUSIONES

- En la resolución de primera instancia, la Comisión no ha evaluado correctamente los medios de prueba en relación con conocer si la empresa orientó a la denunciante para que se dirija al Centro de salud correspondiente; toda vez que solo se ha ceñido en el punto C.3.1 de las Condiciones del Plan de Asistencia, donde se señala que la empresa pondrá a disposición de la denunciante sus centrales de asistencia.
- La Resolución emitida por la Sala, al igual que la Comisión, omitió pronunciarse sobre la naturaleza de la tarjeta de asistencia cuando era necesario a efectos de esclarecer dicho punto. Sin perjuicio de ello, cumple con analizar el contrato de adhesión y el alcance de las condiciones de la tarjeta de viaje, como de las comunicaciones existentes entre la empresa y la denunciante, por ello señala que no se aprecia que la empresa se haya comprometido con devolverle el íntegro de la deuda por gastos médicos. Por su parte, la Sala también analiza las conversaciones vía WhatsApp entre la denunciante y la empresa, concluyendo que esta última incumplió el deber de idoneidad al no informarle a qué establecimiento médico debía acudir.
- Para conocer si la información otorgada fue veraz, oportuna y suficiente al denunciante se debe tener medios probatorios conducentes que lleven a la autoridad a validar esa situación. Sin perjuicio de ello, en el presente caso no obra medio probatorio que presuma que existió falta de información al momento de generarse la relación contractual, Sin embargo, posteriormente al contrato, esto es cuando se generó la emergencia, la empresa no actuó debidamente en función a su deber de información y asistencia.
- En relación con la falta de información sobre los centros de salud, la empresa si infringió el deber de idoneidad; toda vez que en el documento de condiciones del servicio disponía que no solo se encontraba dentro de la jurisdicción los centros de salud establecidos por la empresa, sino aquellos que se encontrarán fuera de este; razón por la cual la propia empresa ofrecía un servicio distinto al que finalmente fue entregado a la denunciante.

BIBLIOGRAFÍA

Autores:

- Bullard, A. (2010) “¿Es el consumidor un idiota? El falso dilema entre el consumidor razonable y el consumidor ordinario”. En Revista de la Competencia la Propiedad Intelectual, núm. 10, P. 14.
- Muñoz, S. (2012). El derecho a la información en la esfera de protección del consumidor. Revista electrónica de la facultad de derecho de la Universidad San Martín de Porres, Pág. 5.
- Northcote, C. (2013). Criterios del Indecopi sobre el deber de idoneidad. Actualidad Empresarial N° 290, Págs. 11-12.
- Rodríguez, G. (2014). El apogeo y decadencia del deber de idoneidad en la peruana de protección al consumidor. Themis 65, Pág. 304.
- Salas, R. (2010). Algunos apuntes y reflexiones sobre la tutela de los derechos de los consumidores y la asimetría informativa en el mercado. Foro Jurídico, 189.
- Supo, D., & o Bazán, V. (2010). El deber de información y el estándar de razonabilidad en las garantías implícitas del consumidor. Forseti, Pág. 69.
- Vega Mere, Y. (2001). El Derecho del Consumidor y la Contratación Contemporánea. En A. A. Alterini, J. L. De los Mozos, & C. A. Soto, Contratación Contemporánea, Pág.582
- Vilela, J. (2010). El Derecho a la Información en la Protección del Consumidor. Especial Referencia a la Contratación Bancaria. [pdf]. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/download/13335/13962/>

Resoluciones de la autoridad administrativa:

- Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – Sala Especializada en Protección al Consumidor del Indecopi N.º 2 (2010). Resolución N.º 1008-2013/SPC-INDECOPI. Expediente N.º 1343-2011/PS3

Normativa aplicable:

- Constitución Política del Perú de 1993. (20 de diciembre de 1993).

constitucion1993-01.pdf (congreso.gob.pe)

- Congreso de la República (2001). Ley N.º 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Congreso de la República (2010). Ley N.º 29571 – Código de Protección y Defensa del Consumidor.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (1993). T.U.O. del Código Procesal Civil, aprobado por Resolución Ministerial N.º 010-93-JUS.



PERÚ

Presidencia del Consejo de Ministros

INDECOPI



Firmado digitalmente por VILLA GARCIA VARGAS Javier Eduardo Raymundo FAU 20133840533 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 13.11.2020 20:57:15 -05:00

00122

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

PROCEDENCIA : COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR - SEDE LIMA SUR N° 2
PROCEDIMIENTO : DE PARTE
DENUNCIANTE : FRANCISCA ELMENITA CHIMBES CAMPOS
DENUNCIADA : ATLAS CORP PERÚ S.R.L. S.A.
MATERIA : IDONEIDAD DEL SERVICIO
ACTIVIDAD : ACTIVIDADES DE AGENCIA DE VIAJES

SUMILLA: Se confirma la resolución venida en grado, en el extremo que declaró infundada la denuncia interpuesta contra [redacted] por presunta infracción a los artículos 18° y 19° de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, al haberse acreditado que la negativa del proveedor denunciado a efectuar el reembolso de los gastos médicos solicitados por la denunciante se encontraba justificada, en tanto la diabetes que padecía era una preexistencia, de acuerdo con las Condiciones Generales del Plan de Asistencia, las cuales ésta conoció desde su contratación.

Asimismo, se revoca la resolución impugnada, en el extremo que declaró infundada la denuncia interpuesta contra [redacted] por presunta infracción a los artículos 18° y 19° de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor; y, en consecuencia, corresponde declarar fundada la misma. Ello, al haberse acreditado que la denunciada no cumplió con informar a la denunciante a que hospital o centro asistencial podría dirigirse para su atención médica, cuando esta se comunicó telefónicamente.

Finalmente, se confirma la resolución apelada, en el extremo que declaró infundada la denuncia interpuesta contra [redacted] por presunta infracción a los artículos 18° y 19° de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, al haberse acreditado que la denunciada no se encontraba obligada a comunicarse con la denunciante para verificar su permanencia en el hospital o si habría alguna prueba no cubierta, siendo que por el contrario, era la denunciante la que tenía la obligación de consultar a la denunciada respecto de la cobertura de cada procedimiento médico al cual sería sometida. Ello, de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales del Plan de Asistencia.

SANCIÓN: 1 UIT

Lima, 12 de noviembre de 2020



ANTECEDENTES

1. El 15 de mayo de 2019, la señora **Francisca Elizabeth Chirinos Campos** (en adelante, la señora **Chirinos**) denunció a **Almas Corp. S.A.S. S.P.A.** (en adelante, **Almas Corp.**) por presuntas infracciones de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor (en adelante, el Código), en atención a los hechos que se describen a continuación:
 - (i) Adquirió un seguro de viajes, por el precio de US\$ 135.00, con vigencia desde el 9 de diciembre de 2018 hasta el 22 de enero de 2019;
 - (ii) el 18 de diciembre de 2018, encontrándose en la ciudad de Alicante – España, sufrió un dolor agudo en el pecho, por lo cual, contactó al número proporcionado por **Almas Corp.**, quienes le indicaron que debía acercarse al centro médico más cercano, sin precisar cual, además de informarle que debía guardar todos los comprobantes de pago que se emitan y remitirlos vía WhatsApp;
 - (iii) en la referida fecha ingresó por emergencia al Hospital General Universitario de Alicante, permaneciendo internada en el servicio de cardiología hasta el 20 de diciembre de 2018;
 - (iv) no recibió algún tipo de orientación, ni asistencia por parte de **Almas Corp.** durante su estadía en el hospital, toda vez que no recibió llamada alguna, a efectos de saber si permanecía internada en el hospital o si se le realizaría algún tipo de prueba que no estuviese cubierto por la póliza;
 - (v) habiendo sido dada de alta, el Hospital General Universitario de Alicante le brindó un comprobante de pago ascendente a € 8 912,00;
 - (vi) se contactó con representantes de **Almas Corp.** para que se proceda con el pago de los gastos; sin embargo, le indicaron que ésta debía asumir el costo y luego se le reembolsaría;
 - (vii) el efectuar el pago, **Almas Corp.** le indicó que se le haría el reembolso dentro de un plazo de cuarenta y cinco (45) días; y,
 - (viii) transcurrido el plazo, recibió un correo electrónico, en el que le indicaban que no le reembolsarían, en tanto el servicio no se encontraba dentro de la cobertura del seguro, pese a que cuando informó sobre el incidente no se lo advirtieron.
2. La señora **Chirinos** solicitó como medida correctiva que ordene a **Almas Corp.** le reembolse los gastos médicos incurridos ascendentes a € 8 912,00, así como el pago de las costas y costos del procedimiento.
3. En sus descargos, **Almas Corp.** manifestó que era representante de la marca **ALMAS CORP. S.A.S. S.P.A.**, no teniendo responsabilidad por los hechos denunciados, no habiendo trasgredido las normas de protección al

¹ R.U.C. 20603655398, con domicilio fiscal ubicado en Calle Libertad Nro. 114 Dpto. 206 Lima - Lima – Miraflores.
2/20



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

consumidor. Agregó que, cuando la denunciante se contactó con su representante señaló que ya se encontraba dirigiendo a un centro médico por cuenta propia, además que ante esta auto asistencia se le habría autorizado la modalidad de Evaluación de Reembolso.

4. Mediante Resolución 2474-2019/CC2 del 27 de diciembre de 2019, la Comisión de Protección al Consumidor - Sede Lima Sur N° 2 (en adelante, la Comisión), emitió el siguiente pronunciamiento:
 - (i) Declaró infundada la denuncia presentada contra **Alm. S.p.A.**, por presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código, al haberse acreditado que la negativa del proveedor denunciado a efectuar el reembolso de los gastos médicos de la denunciante se encuentra justificado de acuerdo con las Condiciones Generales del Plan de Asistencia, las cuales ésta conoció desde su contratación;
 - (ii) declaró infundada la denuncia presentada contra **Alm. S.p.A.**, por presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código, al haberse acreditado que informó a la denunciante a que hospital debía acudir ante el incidente ocurrido en la ciudad de Alicante, España;
 - (iii) declaró infundada la denuncia presentada contra **Alm. S.p.A.**, por presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código, al haberse acreditado que no se encontraba obligado a comunicarse con la denunciante para verificar su permanencia en el hospital o si realizaría alguna prueba no cubierta, siendo que por el contrario, la denunciante tenía la obligación de informar cada procedimiento médico al cual sería sometida, ello de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales del Plan de Asistencia; y,
 - (iv) denegó las medidas correctivas y la condena la pago de los costos y costas del procedimiento.

5. El 18 de febrero de 2020, la señora **Christina** apeló la Resolución 2474-2019/CC2, señalando lo siguiente:
 - (i) En relación a la negativa de cubrir los gastos por atención médica, al momento de solicitar el seguro de viaje a la denunciada, habría indicado que su persona sufría de enfermedades pre existentes específicamente "Diabetes" entre otros, por lo que, en la medida que le podría suceder algo, es que adquirió una asistencia de salud de viaje que cubriera una emergencia;
 - (ii) habría consultado a la denunciada si la cobertura por su enfermedad pre existente se estipularía en su contrato, respondiéndole que ello no sería necesario, ni conveniente, dado que iba a tener observaciones a futuro en el uso del seguro y que podía haber retrasos en las devoluciones si es que tuviera una emergencia en el país donde viajaría;



- (iii) en todo momento habría confiado en la denunciada quien le ofreció un seguro y/o asistencia total a pesar de tener una enfermedad pre existente, no habiéndosele señalado que solo ofrecían un plan de asistencia limitada con situaciones excluyentes;
- (iv) el pronunciamiento de la Comisión solo se habría basado en su historia de atención médica que sufrió en la ciudad de Alicante, destacando la enfermedad que tendría (Diabetes) y que la denunciada conocía, resultando contradictorio que, al momento de solicitar el reembolso de lo gastado, la denunciada le indique que, en cuarenta y cinco (45) días le devolverían lo gastado por la atención medica en la citada ciudad, lo cual no sucedió, ocasionándosele un agravio económico, afectando su salud;
- (v) si bien [REDACTED] alegó que en todo momento las condiciones del servicio habrían sido informadas y puestas en conocimiento de los adquirentes de las tarjetas de asistencia, no habría cumplido con presentar alguna prueba de lo indicado;
- (vi) el contrato de adhesión entregado a su persona, contendría mas de cincuenta (50) paginas, no habiéndosele explicado su contenido, mas aun cuando sería una persona de setenta y cuatro (74) años de edad, que sufriría de múltiples enfermedades incluso graves, conforme habría sido probado en el procedimiento, además de poseer visión limitada, siendo una persona vulnerable, habiendo sido sorprendida en la contratación, por tanto, se habría incumplido lo establecido en el artículo 3° del Código, al inducirla a error, al hacerla adquirir un producto que no sería el solicitado;
- (vii) solicitó que la autoridad administrativa fiscalizara la forma y modo en que la denunciada ofrecería sus servicios de asistencia médica por viaje dirigido al adulto mayor, dado que, la denunciada no tendría algún tipo de protocolo para brindar información veraz y correcta, antes de adquirir un servicio conforme a lo establecido en los artículos 1° y 2° del Código, además que no contaría con personal capacitado, ni especializado para el servicio que ofrece, por lo que, de oficio, se debería verificar si se cumpliría con el deber de información y lo estipulado en la Ley 30490, Ley del Adulto Mayor;
- (viii) sobre la falta de comunicación a que hospital debería haber acudido, en el momento en que sufrió la urgencia médica en la ciudad de Alicante, España, se comunicó con la denunciada; no obstante, este no le habría indicado a que hospital o clínica debía acercarse para su atención, solo indicándosele que acuda al centro mas cercano para ser atendida, guardando los informes, médicos, recetas, facturas y demás documentos, otorgándosele un numero de WhatsApp para enviar toda esta documentación;
- (ix) la Comisión solo se habría basado en el contrato de adhesión y fotos de las conversaciones por WhatsApp, limitándose a señalar que se debió



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

- pedir autorización antes de ingresar al establecimiento médico y no que el suceso haya sido por una real y absoluta emergencia,
- (x) de las conversaciones por vía WhatsApp, se verificaría que no le informaron algún centro médico al cual debía acudir, a pesar que habría informado que requería asistencia médica, informándose únicamente la posibilidad de reembolso de los gastos incurridos, evidenciándose nuevamente la falta de personal calificado, ni idóneo para este tipo de emergencias;
 - (xi) asimismo, de las citadas conversaciones, se observaría que iba a cancelar la deuda del establecimiento médico en varias cuotas, pues se le permitió fraccionar el monto adeudado, dado que la suma era considerable (€ 8 949,00); no obstante, debido a la promesa de reembolso de la denunciada y que la misma se daría al término de cancelar la última cuota, accedió a ello por culpa del personal de [REDACTED] cancelando en una sola cuota la referida deuda, ocasionándosele perjuicio económico, dado que esperaba que se le reembolsara lo cancelado;
 - (xii) no se le habría informado debidamente las limitaciones, ni exclusiones, ni los documentos, pues siempre habría solicitado una asistencia acorde a su edad (74 años) y a las consideraciones de su salud, lo cual habría informado al personal de la denunciada, configurándose ello como una presunta práctica abusiva, estipulada en el artículo 57° del Código;
 - (xiii) en lo referido a la falta de comunicación para verificar la permanencia en el hospital o si debía realizarse otra prueba no cubierta, se debería tener en cuenta que sería una persona adulto mayor con una enfermedad pre existente de Diabetes, habiendo tenido una emergencia inesperada que dio como resultado médico Angina inestable, por lo que, tuvo que estar internada por tres (3) días, no habiendo la denunciada informado que debía tener una autorización para cada atención y/o procedimiento adicional;
 - (xiv) la Comisión solo se basó en el contrato de adhesión, siendo que la denunciada la habría autorizado a utilizar la modalidad de reembolso, al tratarse de una situación grave, siempre habiendo seguido lo indicado por la denunciada, incluso adjuntó los documentos solicitados de la emergencia ocurrida; y,
 - (xv) en el acta de conciliación llevada a cabo en primera instancia, habría quedado sentado la propuesta conciliatoria ofrecido por la denunciada consistente en entregarle US\$ 500,00, mas un adicional de US\$ 200,00, lo cual probaría que los argumentos de la denunciada podrían ser cuestionables, no estando seguro de los mismos, los cuales serían erróneos, constituyendo una trasgresión a sus derechos como consumidor.



ANÁLISIS

Sobre el deber de idoneidad

6. El artículo 18° del Código² define a la idoneidad de los productos y servicios como la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a la naturaleza de los mismos, las condiciones acordadas, la publicidad e información transmitida, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso.
7. Asimismo, el artículo 19° del Código establece que los proveedores son responsables por la calidad e idoneidad de los productos y servicios que ofrecen en el mercado³. En aplicación de esta norma, los proveedores tienen el deber de entregar los productos y prestar los servicios al consumidor en las condiciones ofertadas o previsibles, atendiendo a la naturaleza de los mismos, la regulación que sobre el particular se haya establecido y, en general, a la información brindada por el proveedor o puesta a disposición.
8. El supuesto de responsabilidad administrativa en la actuación del proveedor impone a éste la carga de sustentar y acreditar que no es responsable por la falta de idoneidad del producto colocado en el mercado, sea porque actuó cumpliendo con las normas debidas o porque pudo acreditar la existencia de hechos ajenos que lo eximen de responsabilidad. Así, una vez acreditado el defecto por el consumidor, corresponde al proveedor acreditar que éste no le es imputable⁴.

² LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 18°.- Idoneidad.

Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso. La idoneidad es evaluada en función a la propia naturaleza del producto o servicio y a su aptitud para satisfacer la finalidad para la cual ha sido puesto en el mercado.

Las autorizaciones por parte de los organismos del Estado para la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, en los casos que sea necesario, no eximen de responsabilidad al proveedor frente al consumidor.

³ LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 19°.- Obligación de los proveedores.

El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y éstos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el envase, en lo que corresponda.

⁴ LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 104°.- Responsabilidad administrativa del proveedor.

El proveedor es administrativamente responsable por la falta de idoneidad o calidad, el riesgo injustificado o la omisión o defecto de información, o cualquier otra infracción a lo establecido en el presente Código y demás normas complementarias de protección al consumidor, sobre un producto o servicio determinado.

El proveedor es exonerado de responsabilidad administrativa si logra acreditar la existencia de una causa objetiva, justificada y no previsible que configure ruptura del nexo causal por caso fortuito o fuerza mayor, de hecho, determinante de un tercero o de la imprudencia del propio consumidor afectado.

En la prestación de servicios, la autoridad administrativa considera, para analizar la idoneidad del servicio, si la prestación asumida por el proveedor es de medios o de resultado, conforme al artículo 18.



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

(i) Respecto a la negativa de cubrir los gastos de la atención médica de la denunciante

9. La Comisión declaró infundada la denuncia contra [REDACTED] por presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código, al haberse acreditado que la negativa del proveedor denunciado a efectuar el reembolso de los gastos médicos de la denunciante se encontraba justificado en las Condiciones Generales del Plan de Asistencia, las cuales ésta conoció desde su contratación.
10. En su recurso de apelación, la señora [REDACTED] señaló que, al momento de solicitar el seguro de viajes a la denunciada, habría indicado que su persona sufría de enfermedades pre existentes específicamente "Diabetes" entre otros, por lo que, en la medida que le podría suceder algo, es que adquirió una asistencia de salud de viaje que cubriera una emergencia. Indicó que, habría consultado a la denunciada, si la cobertura por su enfermedad pre existente se estipularía en su contrato, respondiéndole que ello no sería necesario, ni conveniente, dado que iba a tener observaciones a futuro en el uso del seguro y que podía haber retrasos en las devoluciones si es que tuviera una emergencia en el país donde viajaría.
11. Asimismo, señaló que, en todo momento habría confiado en la denunciada quien le ofreció un seguro y/o asistencia total a pesar de tener una enfermedad pre existente, no habiéndosele señalado que solo ofrecían un plan de asistencia limitada con situaciones excluyentes. Agregó que, el pronunciamiento de la Comisión solo se habría basado en su historia de atención médica que sufrió en la ciudad de Alicante, destacando la enfermedad que tendría (Diabetes) que la denunciada conocía, resultando contradictorio que al momento de solicitar el reembolso de lo gastado, la denunciada le indique que, en cuarenta y cinco (45) días le devolverían lo gastado por la atención médica en la citada ciudad, lo cual no sucedió, ocasionándosele un agravio económico, afectando su salud.
12. Al respecto, obra en el expediente copia del documento denominado "Condiciones Generales del Plan de Asistencia", presentado por la propia señora [REDACTED], en el cual se detallan las obligaciones de titular y de la denunciada, estableciéndose una de las exclusiones, enfermedades como la diabetes, tal como se aprecia a continuación:

⁵ Cabe precisar que, si bien dicho contrato no se encuentra suscrito por la denunciante, esta no ha negado su firma y recepción, además de haberlo presentado junto con su escrito de denuncia.

⁶ Ver foja 5 a 16 del expediente.



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

"CONDICIONES GENERALES

(...)

C1.2. Se deja expresa, y así la acepta el Titular de la tarjeta, que los servicios [REDACTED] no constituyen un seguro médico, ni una extensión o sustituto de programas de seguridad social ni de medicina prepaga. **Los servicios y prestaciones de [REDACTED] están exclusivamente orientados a la asistencia en viaje de eventos súbitos e imprevisibles, no preexistentes o que estén incluidos en las exclusiones de las presentes condiciones generales y que realmente impidan la normal continuación del mismo.**

(...)

C.3.2. EXCLUSIONES DE DOLENCIAS PREEXISTENTES Y DOLENCIAS CRONICAS

Quedan expresamente excluidas de los servicios asistenciales de [REDACTED] todas las dolencias crónicas o preexistentes o congénitas o recurrentes, conocidas o no por el Titular, como también sus consecuencias y agudizaciones, aun cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje.

(...)

C.4.12.11. Algunas enfermedades o dolencias Excluidas, así como sus consecuencias y complicaciones; incluyendo, pero no limitadas a: Enfermedades cardiovasculares, tensión arterial (Hipertensión e hipotensión), ataque cardíaco, arteriosclerosis, infarto al miocardio, trombosis coronaria, oclusión coronaria, angina de pecho, espasmo de arterias coronarias, apoplejías, cualquiera fuera su etiología, así como sus complicaciones, agudizaciones y/o secuelas de cualquier tipo. **Enfermedades metabólicas y gastrointestinales: Diabetes,** hepatitis, pancreatitis, úlceras, apendicitis, cualquier tipo de sub-oclusión intestinal, divertículos, diverticulosis, dislipidemia. (...)" (subrayado y agregado es nuestro)

13. Ahora, corresponde señalar que, en su recurso de apelación, la denunciante no ha negado que, el malestar por el cual acudió al centro médico, cuando se encontraba en la ciudad de Alicante – España, se produjo como consecuencia de la Diabetes que tiene, por el contrario, su defensa ha consistido en que habría informado a la denunciada que sufría dicha enfermedad, siendo que pese a ello se le permitió contratar el seguro en cuestión, además de la falta de información en que habría incurrido [REDACTED]
14. Al respecto, corresponde indicar que, las Condiciones Generales del Plan de Asistencia, que la propia denunciante contrató con [REDACTED] establecía clara y taxativamente que enfermedades preexistentes como la diabetes, no



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

- se encontraban cubiertas por el servicio asistencial que ofrece, por lo cual, esta Sala no observa que la denunciada trasgredió las normas de protección al consumidor, al negar posteriormente a la denunciante la cobertura de los gastos médicos en que incurrió.
15. Si bien la denunciante ha señalado en su recurso de apelación que, habría informado al momento de contratar el seguro de viaje a **[REDACTED]** que sufría de Diabetes entre otras enfermedades, dado que le podría suceder algo, lo cual habría motivado a que decida adquirir el servicio que ofrecía la denunciada y que además habría consultado a la denunciada si la cobertura por su enfermedad pre existente se estipularía en su contrato, respondiéndosele que ello no sería necesario; cabe señalar que, la señora Shimizu no ha presentado algún medio de prueba que acredite lo alegado, constituyendo una declaración sin sustento probatorio.
 16. Por otro lado, la señora **[REDACTED]** alegó en su recurso impugnativo que en todo momento habría confiado en la denunciada quien le ofreció un seguro y/o asistencia total a pesar de tener una enfermedad pre existente, no habiéndosele señalado que solo ofrecían un plan de asistencia limitada con situaciones excluyentes. Agregó que, el pronunciamiento de la Comisión solo se habría basado en su historial de atención médica que sufrió en la ciudad de Alicante, destacando la enfermedad que tendría (Diabetes) la misma que era de conocimiento de la denunciada, resultando contradictorio que al momento de solicitar el reembolso de lo gastado, la denunciada le indique que, en cuarenta y cinco (45) días le devolverían lo gastado por la atención médica en la citada ciudad, lo cual no sucedió, ocasionándosele un agravio económico, afectando su salud.
 17. Al respecto, corresponde señalar que, las Condiciones Generales del Plan de Asistencia que la propia denunciante adjuntó en su escrito de denuncia, establecían claramente que la enfermedad que sufría la denunciante (Diabetes) no se encontraba cubierta por el servicio que ofrecía **[REDACTED]**, siendo que, dicha información se encontró siempre a disposición de la denunciante.
 18. En relación a que el pronunciamiento de la Comisión solo se habría basado en su historia de atención médica; corresponde indicar que, de la lectura de la resolución venida en grado, esta Sala aprecia que el órgano de primera instancia analizó los argumentos y pruebas presentadas por las partes, basando su decisión en los mismos y en las normas correspondientes, siendo que a su criterio correspondía declara infundada la presente denuncia en todos sus extremos, por tanto, esta Sala considera que corresponde desestimar el alegato formulado por la denunciante, en este punto, toda vez



que la Resolución 2474-2019/CC2, no contiene ningún vicio en la motivación que afecte su validez.

19. Asimismo, de la revisión de los actuados, no se aprecia que [REDACTED] se haya comprometido con la denunciante en devolverle los gastos médicos que la denunciante realizó, por el contrario, de las conversaciones vía WhatsApp entre las partes⁷, solo se aprecia que personal de la denunciada le requirió la remisión de los documentos correspondientes de la atención médica, la cual debía encontrarse cancelada, para su posterior evaluación y verificación del reembolso, siendo que luego de ello, la denunciada le informó que su caso se encontraba exento de cobertura, por las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del Plan de Asistencia⁸.
20. La denunciada también señaló que [REDACTED] alegó que le habría informado las condiciones del servicio, no habiendo cumplido con presentar alguna prueba de lo indicado; no obstante, de la revisión de los actuados se observa que la propia consumidora adjuntó en su escrito de denuncia las Condiciones Generales del Plan de Asistencia, además de no haber negado su suscripción y recepción, por lo cual, se encuentra acreditado que se le informó y brindó las condiciones del servicio ofrecido, por tanto, corresponde desestimar lo alegado por la denunciante en este punto.
21. Por otro lado, si bien la señora [REDACTED] señaló que la denunciada habría incurrido en una presunta falta de información, dado que no se le explicó los términos contractuales y que el personal de la denunciada no se encontraría debidamente capacitado para brindar el servicio ofrecido, habiéndose vulnerado los artículos 1°, 2° y 3° del Código, debiéndose incluso realizar una inspección; corresponde indicar que, la presunta falta de información y capacitación del personal de la denunciada no es materia de análisis en el presente procedimiento administrativo, por lo cual, carece de objeto emitir un pronunciamiento al respecto.
22. Bajo tales consideraciones, corresponde confirmar la resolución venida en grado que declaró infundada la denuncia interpuesta contra [REDACTED] por presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código, al haberse acreditado que la negativa del proveedor denunciado a efectuar el reembolso de los gastos médicos solicitados por la denunciante se encontraba justificada, en tanto la diabetes que padecía era una preexistencia, de acuerdo con las Condiciones Generales del Plan de Asistencia, las cuales ésta conoció desde su contratación.

⁷ Ver foja 27 a 34 del expediente

⁸ Ver foja 36 y 37 del expediente.



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

Respecto al hecho de no haber comunicado a la denunciante a que hospital o centro asistencial debía acudir

23. La Comisión declaró infundada la denuncia interpuesta contra **Alicante Corp** en este extremo, por presunta infracción a los artículos 18° y 19° del Código, al haberse acreditado que informó a la denunciante a que hospital debía acudir ante el incidente ocurrido en la ciudad de Alicante, España.
24. Como parte de los fundamentos expuestos por la Comisión, esta señaló a su criterio, que **Alicante Corp** cumplió con informar a la denunciante, de acuerdo a las Condiciones Generales del Plan de Asistencia, sobre el centro médico al cual debía acudir ante una emergencia, como ocurrió en su caso.
25. En su recurso de apelación, la señora **Blanca** alegó que en el momento en que sufrió la urgencia médica en la ciudad de Alicante, España, se comunicó con la denunciada; no obstante, este no le habría indicado a que hospital o clínica debía acercarse para su atención, solo indicándosele que acuda al centro más cercano para ser atendida, guardando los informes, médicos, recetas, facturas y demás documentos, otorgándosele un número de WhatsApp para enviar toda esta documentación.
26. En su defensa, **Alicante Corp** ha señalado en el transcurso del procedimiento lo siguiente: *"(...) cuando la pasajera se contactó con nuestra central de asistencias nos indicó que ya se estaba dirigiendo a un centro médico por cuenta propia, además que ante esta auto-asistencia se autorizaba la modalidad de Evaluación de Reembolso."*
27. Del documento denominado Condiciones Generales del Plan de Asistencia, presentado por la propia señora **Blanca**, se aprecia que, en este se estableció que, el consumidor deberá comunicarse telefónicamente con la denunciada para todo caso de enfermedad, accidente o emergencia, siendo que **Alicante Corp** otorgaría las condiciones para la oportuna atención, remitiendo al profesional en cada caso o autorizando la atención en uno de los centros asistenciales u hospitales disponibles en el área de ocurrencia del evento cuya asistencia se requiere, tal como se aprecia continuación:

"CONDICIONES GENERALES*(...)***C.3.1. ASISTENCIA MÉDICA**

⁹ Ver foja 49 del expediente.



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

ALIANZA ASSIOT pone a disposición del Titular su red mundial de Asistencia a través de sus Centrales de Asistencia. El titular deberá comunicarse telefónicamente con una central [REDACTED] para todo caso de enfermedad, accidente o emergencia para el cual necesite asistencia. [REDACTED] brindará al Titular las condiciones para su oportuna atención, sea remitiendo al profesional en cada caso o autorizando la atención en uno de los Centros Asistenciales u hospitales disponibles en el área de ocurrencia del evento cuya asistencia se solicita. (...)

(subrayado y resaltado es nuestro)

28. Al respecto, no es un hecho controvertido que la señora **[REDACTED]** se comunicó con la denunciada el día en que sufrió una afectación en su salud el 18 de diciembre de 2018, dado que ello ha sido reconocido por las partes en el procedimiento¹⁰.
29. En ese sentido, en la medida que la señora **[REDACTED]** se comunicó con la denunciada, el día en que su salud se vio afectada, correspondía a **[REDACTED]** **[REDACTED]** le informe y/o proporcione la información respecto a en que hospitales o centros asistenciales se podía atender en el área de ocurrencia del evento, más allá de que la denunciante, según lo alegado por la denunciada, se haya comunicado cuando se encontraría dirigiéndose a algún centro médico fuera de su red hospitalaria.
30. En efecto, **[REDACTED]** tenía la obligación contractual de brindar a la señora **[REDACTED]**, en el momento en que se comunicó telefónicamente con ellos - sin perjuicio que la denunciante haya indicado que se encontraba dirigiendo a cierto lugar (lo cual tampoco ha quedado acreditado)- la información de sus centros asistenciales u hospitales disponibles más cercanos al área donde la denunciante se encontrara; sin embargo, la denunciada no ha alegado que informó ello, constituyendo una trasgresión a las normas de protección al consumidor.
31. De otra parte, si bien la denunciante señaló que la presunta aplicación de prácticas abusivas por parte de **[REDACTED]**, habiéndose trasgredido el artículo 57° del Código, corresponde señalar que, dicho hecho no es materia de análisis en el presente procedimiento administrativo, por tanto, carece de objeto emitir un pronunciamiento al respecto.
32. Por las consideraciones expuestas, corresponde revocar la resolución recurrida en este extremo, que declaró infundada la denuncia interpuesta contra **[REDACTED]** por presunta infracción a los artículos 18° y 19° del Código; y, en consecuencia, corresponde declarar fundada la misma. Ello, al haberse acreditado que la denunciada no cumplió con informar a la denunciante,

¹⁰ Ver foja 1 y 49 del expediente.



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

cuando esta se comunicó telefónicamente, a que hospital o centro asistencial podría dirigirse para su atención médica.

Respecto a la falta de comunicación con la denunciante para la verificación de su permanencia en el hospital o si debía realizar alguna prueba no cubierta

33. En el presente caso, la Comisión declaró infundada la denuncia interpuesta contra [REDACTED] en este extremo, por presunta infracción a los artículos 18° y 19° del Código, al haberse acreditado que la denunciada no se encontraba obligado a comunicarse con la denunciante para verificar su permanencia en el hospital o si realizaría alguna prueba no cubierta, siendo que por el contrario, la denunciante tenía la obligación de informar cada procedimiento médico al cual sería sometida, ello de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales del Plan de Asistencia
34. En su recurso de apelación, la señora [REDACTED] señaló que, se debería tener en cuenta que sería una persona adulto mayor con una enfermedad pre existente de Diabetes, habiendo tenido una emergencia inesperada que dio como resultado médico Angina inestable, por lo que, tuvo que estar internada por tres (3) días, no habiendo la denunciada informado que debía tener una autorización para cada atención y/o procedimiento adicional.
35. Al respecto, del documento denominado Condiciones Generales del Plan de Asistencia, presentado por la propia señora [REDACTED] se observa que en este se estipuló que el titular debía dar aviso a la denunciada tantas veces como asistencia requiera, siendo que, a partir de la primera asistencia o servicio prestado, el titular deberá siempre comunicarse con la denunciada para obtener la autorización de primera asistencia o nuevas asistencias o servicios originados en la misma causa que el primer evento, tal como se aprecia a continuación:

"CONDICIONES GENERALES

(...)

C.3.1. ASISTENCIA MÉDICA

(...)

El Titular se obliga a dar aviso a [REDACTED] tantas veces como asistencias requiera. A partir de la primera asistencia o servicio prestado, el Titular deberá siempre comunicarse con [REDACTED] para obtener la autorización de primera asistencia o nuevas asistencias o servicios originados en la misma causa que el primer evento. (el subrayado y resaltado es nuestro)



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

36. De los actuados se observa que, luego de la primera asistencia médica de la señora [REDACTED] (ocurrida el 18 de diciembre de 2018¹¹), correspondía a esta comunicarse con la denunciada, a efectos de solicitar la autorización debida para cada atención y/o procedimiento adicional que haya requerido; no obstante, la denunciante solo acreditó haber requerido a la denunciada el reembolso de los gastos médicos por hospitalización luego de que se le otorgó el alta médica correspondiente, ocurrida el 20 diciembre de 2018¹².
37. En ese sentido, y contrariamente a lo alegado por la denunciante en su recurso de apelación, era obligación de la señora [REDACTED] informar a la denunciada cada procedimiento médico al cual era sometida, no teniendo [REDACTED] la obligación de comunicarse con ella, habiendo sido informada del procedimiento correspondiente de asistencia médica en las Condiciones Generales del Plan de Asistencia.
38. Si bien la denunciada alegó en su recurso de apelación que, la Comisión solo se basó en el contrato de adhesión, siendo que la denunciada la habría autorizado a utilizar la modalidad de reembolso, al tratarse de una situación grave, siempre habiendo seguido lo indicado por la denunciada, incluso adjuntó los documentos solicitados de la emergencia ocurrida; cabe señalar que, correspondía a la autoridad administrativa tomar en cuenta el referido contrato, dado que, en ella se establecían las responsabilidades y obligaciones de las partes en la prestación del servicio, siendo que el hecho de que la denunciada le haya autorizado la remisión de documentación para la evaluación de un reembolso, no acredita la responsabilidad de [REDACTED] por le hecho denunciado.
39. Por otro parte, corresponde señalar que, el hecho que [REDACTED] en la audiencia de conciliación llevada a cabo en primera instancia el 7 de agosto de 2019¹³ haya realizado una propuesta conciliatoria –consistente en asumir el valor de US\$ 500,00 por atención médica de enfermedad preexistente sólo por emergencia, además como política comercial otorgar a la denunciante US\$ 200,00, adicionales–, dicho hecho tampoco acredita la responsabilidad de la denunciada, dado que, las partes en una audiencia de conciliación pueden realizar las propuestas conciliatorias que crean convenientes, sin que esto, acredite o no algún tipo de responsabilidad por los hechos denunciados en un procedimiento administrativo.

¹¹ Ver foja 18 del expediente.

¹² Ver foja 20 del expediente.

¹³ Ver foja 74 del expediente.



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

40. Por las consideraciones expuestas, corresponde confirmar la resolución venida en grado, en el extremo que declaró infundada la denuncia interpuesta por [REDACTED] por presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código, al haberse acreditado que no se encontraba obligada a comunicarse con la denunciante para verificar su permanencia en el hospital o si realizaría alguna prueba no cubierta, siendo que por el contrario, la denunciante tenía la obligación de informar cada procedimiento médico al cual sería sometida, ello de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales del Plan de Asistencia.

Sobre la medida correctiva

41. El artículo 114° del Código establece la facultad que tiene el Indecopi para ordenar a los proveedores la imposición de medidas correctivas reparadoras y complementarias a favor de los consumidores¹⁴.
42. La finalidad de las medidas correctivas reparadoras, establecidas en el artículo 115° del Código, es resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa, mientras que las complementarias, señaladas en el artículo 116° del Código, tienen por objeto revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que, en el futuro, esta se produzca nuevamente¹⁵.
43. En el presente caso, la señora [REDACTED] solicitó como medida correctiva que se ordene a [REDACTED] la devolución de los gastos médicos incurridos ascendentes a € 8 912,00.
44. Al respecto, si bien se ha determinado la responsabilidad administrativa de [REDACTED] por no brindar información a la denunciante respecto a que hospitales o centros asistenciales podría dirigirse para su atención médica,

¹⁴ LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 114°.- Medidas correctivas. Sin perjuicio de la sanción administrativa que corresponda al proveedor por una infracción al presente Código, el Indecopi puede dictar, en calidad de mandatos, medidas correctivas reparadoras y complementarias. Las medidas correctivas reparadoras pueden dictarse a pedido de parte o de oficio, siempre y cuando sean expresamente informadas sobre esa posibilidad en la notificación de cargo al proveedor por la autoridad encargada del procedimiento. Las medidas correctivas complementarias pueden dictarse de oficio o a pedido de parte.

¹⁵ LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 115°.- Medidas correctivas reparadoras.
115.1 Las medidas correctivas reparadoras tienen el objeto de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior. (...).
115.2 (...) Cuando los órganos competentes del Indecopi se pronuncian respecto de una medida correctiva reparadora, aplican el principio de congruencia procesal.

Artículo 116°.- Medidas correctivas complementarias. - Las medidas correctivas complementarias tienen el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro y pueden ser, entre otras, las siguientes:

- Que el proveedor cumpla con atender la solicitud de información requerida por el consumidor, siempre que dicho requerimiento guarde relación con el producto adquirido o servicio contratado.
 - Declarar inexigibles las cláusulas que han sido identificadas como abusivas en el procedimiento.
 - El decomiso y destrucción de la mercadería, envases, envolturas o etiquetas.
- (...).



esta Sala considera que no corresponde acceder a la medida correctiva solicitada por la señora **[REDACTED]**. Ello, en la medida que, si bien existía una obligación contractual de la denunciada en proporcionar a la denunciante información referida a los centros médicos a los que se podría dirigir, cuando la señora **[REDACTED]** se comunicó telefónicamente, cabe recordar que, el malestar que sufrió la denunciante, por el cual acudió a un centro de salud, se produjo como consecuencia de la Diabetes que tenía, enfermedad preexistente, la cual no se encontraba cubierta por el servicio asistencial que ofrece la denunciada, habiéndose incluso declarado infundada la denuncia en el extremo consistente en la negativa a la cobertura de los gastos médicos.

45. Sin perjuicio de lo expuesto, a efectos de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro, este Colegiado considera que, corresponde ordenar a **[REDACTED]** en calidad de medida correctiva de oficio, que desde el día siguiente de notificada la presente resolución, en aquellos casos en los que un consumidor se comunique con ellos solicitando atención médica, debe informar sus centros asistenciales u hospitales disponibles más cercano en el área de ocurrencia del evento cuya asistencia se solicita.

Sobre la graduación de la sanción

46. Las sanciones de tipo administrativo tienen por principal objeto disuadir o desincentivar la realización de infracciones por parte de los administrados, teniendo como fin último adecuar las conductas al cumplimiento de determinadas normas. Así, a efectos de graduar la sanción a imponer por una infracción detectada, el Texto Único Ordenado de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General (TUO de la LPAG) recoge dentro de los principios de la potestad sancionadora administrativa el de razonabilidad¹⁶.
47. El artículo 112^o del Código establece que, al momento de aplicar y graduar la sanción, la Comisión debe atender al beneficio ilícito esperado con la realización de la infracción, la probabilidad de detección de la misma, el daño

¹⁶ TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY 27444 - LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, aprobado por el DECRETO SUPREMO 004-2019-JUS. Artículo 248^o.- Principios de la potestad sancionadora administrativa. La potestad sancionadora de todas las entidades está regida adicionalmente por los siguientes principios especiales:

(...)

3. **Razonabilidad.** - Las autoridades deben prever que la comisión de la conducta sancionable no resulte más ventajosa para el infractor que cumplir las normas infringidas o asumir la sanción. Sin embargo, las sanciones a ser aplicadas deben ser proporcionales al incumplimiento calificado como infracción, observando los siguientes criterios que se señalan a efectos de su graduación:

- a) El beneficio ilícito resultante por la comisión de la infracción;
- b) La probabilidad de detección de la infracción;
- c) La gravedad del daño al interés público y/o bien jurídico protegido;
- d) El perjuicio económico causado;
- e) La reincidencia, por la comisión de la misma infracción dentro del plazo de un (1) año desde que quedó firme la resolución que sancionó la primera infracción.
- f) Las circunstancias de la comisión de la infracción; y
- g) La existencia o no de intencionalidad en la conducta del infractor.



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

resultante de la infracción, la conducta del infractor a lo largo del procedimiento, los efectos que se pudiesen ocasionar en el mercado, la reincidencia o el incumplimiento reiterado y otros criterios que considere adecuado adoptar¹⁷.

48. Conforme se ha señalado en párrafos precedentes, mediante la presente resolución, se ha revocado el extremo de la denuncia que declaró infundada la misma contra **Almundo** por la falta de información a la denunciante a que hospital podría dirigirse para su atención médica; y, en consecuencia, se declaró fundada la misma, por lo cual corresponde efectuar la graduación de la sanción correspondiente.
- **Daño resultante:** configurado por el perjuicio generado al denunciante, toda vez que cuando llamó telefónicamente no se le informó los centros asistenciales u hospitales disponibles más cercanos al área donde su salud se vio afectada, para poderse atender o trasladar posteriormente.
 - **Daño al mercado:** genera un efecto negativo en el mercado, pues menoscababa su imagen frente a los usuarios de dichos servicios, dado que los consumidores esperan que cuando se comuniquen con el proveedor ante una emergencia médica, se les informe los centros médicos u hospitales más cercanos al área donde se produce el evento, a efectos de poder acudir; y,
 - **Principio de Razonabilidad:** prever que el ejercicio de la conducta infractora no resulte más favorable al administrado que el cumplimiento del ordenamiento legal vigente.
49. En atención a los criterios de graduación de la sanción desarrollados en el anterior párrafo, corresponde sancionar a **Almundo** con una multa de 1 UIT por la conducta verificada en la presente instancia.
50. Finalmente, de conformidad con lo establecido en el numeral 4 del artículo 205° del TUO de la LPAG, se requiere a la denunciada el cumplimiento espontáneo de la multa impuesta, sin perjuicio de lo cual se le informa que la presente resolución será puesta en conocimiento de la Sub Gerencia de Ejecución Coactiva del Indecopi a efectos de que ejerza las funciones que la Ley le otorga.

¹⁷ LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 112°.- Criterios de graduación de las sanciones administrativas.

Al graduar la sanción, el Indecopi puede tener en consideración los siguientes criterios:

1. El beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción.
 2. La probabilidad de detección de la infracción.
 3. El daño resultante de la infracción.
 4. Los efectos que la conducta infractora pueda haber generado en el mercado.
 5. La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida, salud, integridad o patrimonio de los consumidores.
 6. Otros criterios que, dependiendo del caso particular, se considere adecuado adoptar.
- (...)



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

Sobre las costas y costos del procedimiento

51. De conformidad con lo establecido por el artículo 7° del Decreto Legislativo 807, Ley Sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, la Comisión y la Sala pueden ordenar al infractor que asuma el pago de las costas y costos del procedimiento en que haya incurrido el denunciante¹⁸.
52. El reembolso de las costas¹⁹ y costos²⁰ en favor de la parte denunciante tiene por objeto devolverle los gastos que se vio obligada a realizar al acudir ante la Administración para denunciar un incumplimiento de la ley.
53. En el presente caso, esta Sala ha declarado la responsabilidad administrativa de **[REDACTED]** por la infracción de los artículos 18° y 19° del Código, respecto a la falta de información a la denunciante a que hospital o centro asistencial podría dirigirse para su atención médica. Por lo tanto, corresponde condenar a la denunciada al pago de las costas y los costos del procedimiento a favor de la señora **[REDACTED]**.

Sobre la inscripción de la denunciada en el Registro de Infracciones y Sanciones (en adelante, RIS) del Indecopi

54. Según el artículo 119° del Código, los proveedores que sean sancionados mediante resolución firme en sede administrativa quedan automáticamente registrados en el RIS por el lapso de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de dicha resolución²¹.

¹⁸ **DECRETO LEGISLATIVO 807. LEY SOBRE FACULTADES, NORMAS Y ORGANIZACIÓN DEL INDECOPI. Artículo 7°.-** En cualquier procedimiento contencioso seguido ante el Indecopi, la comisión o dirección competente, además de imponer la sanción que corresponda, puede ordenar que el infractor asuma el pago de las costas y costos del proceso en que haya incurrido el denunciante o el Indecopi. En caso de incumplimiento de la orden de pago de costas y costos del proceso, cualquier comisión o dirección del Indecopi puede aplicar las multas de acuerdo a los criterios previstos en el artículo 118° del Código de Protección y Defensa del Consumidor. Quien a sabiendas de la falsedad de la imputación o de la ausencia de motivo razonable denuncie a alguna persona natural o jurídica, atribuyéndole una infracción sancionable por cualquier órgano funcional del Indecopi, será sancionado con una multa de hasta cincuenta (50) Unidades Impositivas Tributarias (UIT) mediante resolución debidamente motivada. La sanción administrativa se aplica sin perjuicio de la sanción penal o de la indemnización por daños y perjuicios que corresponda.

¹⁹ **RESOLUCIÓN MINISTERIAL 010-93-JUS, TEXTO ÚNICO ORDENADO DEL CÓDIGO PROCESAL CIVIL. Artículo 410°.- Costas.**
Las costas están constituidas por las tasas judiciales, los honorarios de los órganos de auxilio judicial y los demás gastos judiciales realizados en el proceso.

²⁰ **RESOLUCIÓN MINISTERIAL 010-93-JUS, TEXTO ÚNICO ORDENADO DEL CÓDIGO PROCESAL CIVIL. Artículo 411°.- Costos.**
Son costos del proceso el honorario del Abogado de la parte vencedora, más un cinco por ciento destinado al Colegio de Abogados del Distrito Judicial respectivo para su Fondo Mutuo y para cubrir los honorarios de los Abogados en los casos de Auxilio Judicial.

²¹ **LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 119°.- Registro de infracciones y sanciones.**
El Indecopi lleva un registro de infracciones y sanciones a las disposiciones del presente Código con la finalidad de contribuir a la transparencia de las transacciones entre proveedores y consumidores y orientar a estos en la toma de sus decisiones de consumo. Los proveedores que sean sancionados mediante resolución firme en sede



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

55. En el presente caso, esta Sala ha declarado la responsabilidad administrativa de [REDACTED] por la infracción de los artículos 18° y 19° del Código, por la falta de información a la denunciante a que hospital o centro asistencial podría dirigirse para su atención médica.
56. Teniendo en consideración lo anterior, corresponde ordenar la inscripción de la denunciada en el RIS, por la conducta infractora antes referida.

RESUELVE:

PRIMERO: Confirmar la Resolución 2474-2019/CC2 del 27 de diciembre de 2019, emitida por la Comisión De Protección Al Consumidor - Sede Lima Sur N° 2, en el extremo que declaró infundada la denuncia interpuesta por la señora **Francisca Elizabeth Chimiza Campos** contra **Alta Coste Perú S. R.L.S.** por presunta infracción a los artículos 18° y 19° de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, al haberse acreditado que la negativa del proveedor denunciado a efectuar el reembolso de los gastos médicos solicitados por la denunciante se encontraba justificada, en tanto la diabetes que padecía era una preexistencia, de acuerdo con las Condiciones Generales del Plan de Asistencia, las cuales ésta conoció desde su contratación.

SEGUNDO: Revocar la Resolución 2474-2019/CC2, en el extremo que declaró infundada la denuncia interpuesta por la señora **Francisca Elizabeth Chimiza Campos** contra **Alta Coste Perú S. R.L.S.** por presunta infracción a los artículos 18° y 19° de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor; y, en consecuencia, corresponde declarar fundada la misma. Ello, al haberse acreditado que la denunciada no cumplió con informar a la denunciante, cuando esta se comunicó telefónicamente, a que hospital o centro asistencial podría dirigirse para su atención médica.

TERCERO: Confirmar la Resolución 2474-2019/CC2, en el extremo que declaró infundada la denuncia interpuesta por la señora **Francisca Elizabeth Chimiza Campos** contra **Alta Coste Perú S. R.L.S.** por presunta infracción a los artículos 18° y 19° de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, al haberse acreditado que no se encontraba obligada a comunicarse con la denunciante para verificar su permanencia en el hospital o a fin de verificar si se habría ejecutado alguna prueba no cubierta, siendo que por el contrario, era la denunciante la que tenía la obligación de consultar a la denunciada respecto a la cobertura sobre cada procedimiento médico al cual sería sometida, ello de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales del Plan de Asistencia.

administrativa quedan automáticamente registrados por el lapso de cuatro (4) años contados a partir de la fecha de dicha resolución.



PERU

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2103-2020/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0704-2019/CC2

CUARTO: Denegar la medida correctiva solicitada por la señora **[REDACTED]**

QUINTO: Ordenar en calidad de medida correctiva de oficio a **[REDACTED]** desde el día siguiente de notificada la presente resolución, en aquellos casos en los que un consumidor se comuniquen con ellos solicitando atención médica, informe sus centros asistenciales u hospitales disponibles más cercano en el área de ocurrencia del evento cuya asistencia se solicita.

SEXTO: Sancionar a **[REDACTED]** con una multa de 1 UIT, por no brindar información a la denunciante sobre a que hospitales o centros asistenciales podría dirigirse para su atención médica.

SEPTIMO: Requerir a **[REDACTED]** el cumplimiento espontáneo de la multa impuesta, bajo apercibimiento de iniciar el medio coercitivo específicamente aplicable, de acuerdo a lo establecido en el numeral 4 del artículo 203° del Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo 004-2019-JUS²², precisándose, además, que los actuados serán remitidos a la Sub Gerencia de Ejecución Coactiva para los fines de ley en caso de incumplimiento.

OCTAVO: Condenar a **[REDACTED]** al pago de las costas y los costos del procedimiento a favor de la señora **[REDACTED]**.

NOVENO: Disponer la inscripción de **[REDACTED]** en el Registro de Infracciones y Sanciones del Indecopi.

Con la intervención de los señores vocales, Javier Eduardo Raymundo Villa García Vargas, Juan Alejandro Espinoza Espinoza, Roxana María Irma Barrantes Cáceres y Oswaldo Del Carmen Hundskopf Exebio.

JAVIER EDUARDO RAYMUNDO VILLA GARCÍA VARGAS

Presidente

22

TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY 27444 - LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, aprobado por el DECRETO SUPREMO 004-2019-JUS. Artículo 205°. - Ejecución forzosa: Para proceder a la ejecución forzosa de actos administrativos a través de sus propios órganos competentes, o de la Policía Nacional del Perú, la autoridad cumple las siguientes exigencias:

(...)

4. Que se haya requerido al administrado el cumplimiento espontáneo de la prestación, bajo apercibimiento de iniciar el medio coercitivo específicamente aplicable.

20/20