



Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CIVIL Y COMERCIAL
FEDERAL – SALA II

Causa n° 4450/2019

LOPEZ, LUIS ALBERTO c/ OBRA SOCIAL DE LA UNION DEL
PERSONAL CIVIL DE LA NACION s/AMPARO DE SALUD

Buenos Aires, de noviembre de 2020. ER

VISTOS: los recursos de apelación interpuestos y fundados a fojas 46/49 y 50/51 contra la resolución de fojas 43/45; y

CONSIDERANDO:

I.- Que el actor inició estas actuaciones procurando que la Obra Social Unión Personal de la Unión del Personal Civil de la Nación restablezca su condición de beneficiario obligatorio –conjuntamente con su cónyuge– en el plan Accord 210 de la demandada sin limitaciones temporales ni presupuestarias y mediante sus aportes. Asimismo solicitó que la accionada autorice la continuidad del tratamiento y controles de su cónyuge en el Instituto Alexander Fleming. En esa oportunidad pidió también una medida cautelar que así lo ordenara.

En la resolución de fojas 43/45 el señor juez no hizo lugar a la petición referida a la reafiliación obligatoria y admitió la continuidad de cobertura de atención oncológica de la señora López en el Instituto Alexander Fleming con el equipo médico que le venía dando tratamiento.

Ambas partes cuestionaron esa decisión. El actor interpuso los recursos de reposición y apelación subsidiaria. Sostuvo que la mera adscripción a un plan adherente no basta para presumir una renuncia efectiva al servicio de salud que lo amparaba anteriormente y enfatizó su derecho a mantenerlo. Señaló los elementos que a su juicio dan sustento a la verosimilitud del derecho invocado y, en cuanto al peligro en la demora, adujo que se lo estaría privando de la posibilidad de recibir las prestaciones que requiere o puede llegar a requerir, ya que sus ingresos no le permiten solventar los costos de la cobertura. Citó jurisprudencia y disposiciones legales que estima favorables a su planteo.

A su turno, la demandada dijo que no ha negado prestaciones requeridas por el actor, enfatizando que el Instituto Alexander Fleming no se encuentra contratado para el plan Accord 210, por lo que no se encuentra obligada a brindar la cobertura requerida. Destacó que todos los afiliados de una obra social deben gozar de las mismas prestaciones médico asistenciales y que su adversaria no ha avalado que sus prestadores no son idóneos para el tratamiento que requiere. Citó además jurisprudencia en apoyo de sus quejas.

A fojas 52 el juez desestimó el pedido de reposición formulado por la actora y concedió ambas apelaciones, que no fueron replicadas.

II.- Así planteadas las cuestiones a resolver, corresponde señalar ante todo que no es objeto de controversia el hecho de que en su etapa laboral activa el actor fue afiliado obligatorio de la demandada. La propia obra social lo ha admitido en su presentación de fojas 39, añadiendo que luego de su jubilación optó por contratar el plan de salud Accord 210.

De acuerdo con lo que surge de la carta documento obrante a fojas 10, el demandante requirió a su contraria restablecer la condición antedicha; y si bien no hay constancia de que hubiera recibido una respuesta negativa, esa es la postura que ha adoptado la obra social, de acuerdo con los términos del citado escrito de fojas 39.

Así las cosas, al considerar la verosimilitud del derecho aquí alegado no es posible soslayar lo decidido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el precedente registrado en Fallos: 324:1550, donde se dijo que el artículo 16 de la Ley N° 19.032 conservó la afiliación obligatoria de los trabajadores que acceden a la jubilación a la obra social correspondiente al servicio prestado en actividad, así como los derechos y deberes derivados de esa relación, a menos que los pasivos hayan ejercido la opción de recibir la atención del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, supuesto en que quedarían canceladas las obligaciones recíprocas de las obras sociales a las que pertenecían.



Poder Judicial de la Nación

CÁMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CIVIL Y COMERCIAL
FEDERAL – SALA II

Causa n° 4450/2019

Es por ello que, ante la postura contraria a esa doctrina que ha adoptado la accionada, se debe estimar verosímil el derecho invocado por el actor. El hecho de que voluntariamente hubiera accedido a conservar su vínculo con la demandada adhiriendo a uno de los planes de salud que ofrece a cambio de una prestación dineraria –según lo que, *prima facie*, surge de la factura obrante a fojas 16– no aparece como un obstáculo, dado que la normativa citada no fija un plazo para ello.

En lo concerniente al peligro en la demora, si bien es cierto que el actor y su cónyuge cuentan actualmente con los servicios médico asistenciales de la demandada, se debe estimar atendible la dificultad relacionada con el aspecto pecuniario del vínculo. A juicio del tribunal, esa circunstancia es suficiente para estimar satisfecho el requisito.

Sin perjuicio de ello, es dable advertir que –de acuerdo con los dichos del actor– el plan denominado Accord 210 tenía carácter superador, incluyendo prestaciones médicas diferenciadas del programa médico obligatorio (confr. fojas 17 vta.). Si bien en la causa no existen otras precisiones sobre ese asunto, una vez devueltas las actuaciones al juzgado de origen se deberá determinar ese aspecto y, en caso de que efectivamente se trate de un plan con esas características –tal como lo contempla el artículo 1 de la Ley N° 26.682– será a cargo de los actores el pago de la diferencia pertinente.

III.- En lo que hace al recurso de la demandada, le asiste razón al invocar el principio general de brindar atención mediante los profesionales e instituciones que conforman su red de prestadores.

No obstante, es un hecho que –por razones de diversa índole– algunos de ellos dejen de formar parte de la cartilla, y también que otros se incorporen. En tal sentido, este tribunal ha señalado que si bien los agentes del seguro de salud se encuentran facultados a modificar la nómina de prestadores que integran su cartilla (confr. causa 3195/13 del 11.9.15), ello no podrá afectar la continuidad de tratamiento de las prácticas asistenciales en curso de

ejecución de su población beneficiaria, tal como lo dispone la Resolución N° 1025/2009 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

En tales condiciones, y teniendo en cuenta que lo dispuesto por el juzgador se circunscribe a la atención y control de la enfermedad oncológica de la señora López, que según el documento de fojas 7 se debe extender por diez años, corresponde confirmar lo decidido por el juzgador, como lo ha resuelto esta Cámara en diversos precedentes (confr. esta Sala, causa 4691/17 del 26.9.17; Sala 3, causa 100/09 del 17.5.11; Sala 1, causa 6786/15 del 2.6.16, entre otras).

Por consiguiente, **SE RESUELVE:** 1) revocar la decisión apelada en cuanto rechazó la solicitud de afiliación obligatoria del actor y su cónyuge a la demandada mediante la derivación de sus aportes legales, debiéndose adoptar en la instancia de origen las medidas necesarias a ese fin. En caso de que el demandante optara por un plan superador, deberá abonar mensualmente la diferencia pertinente. 2) Confirmar lo resuelto por el juez en lo relativo a la continuidad de cobertura de la atención de la señora López en el Instituto Alexander Fleming con relación a la enfermedad oncológica.

Regístrese, notifíquese y devuélvase.

