



Poder Judicial de la Nación

CAMARA CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL- SALA I

CCF 17702/2018/CA2 -I- “G., J. C/ SWISS MEDICAL S.A. S/ AMPARO DE SALUD”

Juzgado n° 11

Secretaría n° 21

Buenos Aires, de marzo de 2021.-

Y VISTO:

El recurso de apelación interpuesto por la demandada a fs. 198 –fundado a fs. 200/203– contra la sentencia de fs. 192/196, contestado a fs. 205/208, y

CONSIDERANDO:

1. El señor Juez hizo lugar a la acción de amparo promovida y, en consecuencia, condenó a Swiss Medical SA a mantener la continuidad de la afiliación del actor y su grupo familiar como beneficiarios de los servicios de salud prestados por esa entidad, en un plan equivalente al SB 02 –del que gozaban cuando se hallaba vigente la relación laboral con la empresa que celebró el contrato con la demandada–, equivalencia que deberá reflejarse tanto en lo atinente a las prestaciones como al valor que percibe la demandada en la actualidad por dicho plan corporativo, debiendo respetarse la antigüedad y ajustarse a lo dispuesto en los artículos 12 y 15 de la ley 26.862, así como garantizar la cobertura de los tratamientos que sean pertinentes al amparo de dicha afiliación.

2. Esta decisión se encuentra apelada por la accionada, quien –en lo sustancial– sostiene que el juez ha omitido la correcta aplicación de la normativa vigente, obligándola a mantener en forma definitiva al actor y a su grupo familiar en un plan corporativo (SB 02) luego de su desvinculación, sin atender a que el valor de la cuota no debe ser el mismo que tenía por dicho plan corporativo, sino que la equivalencia se encuentra ligada a la edad que la persona tenía al momento de



ingresar a la cuenta corporativa, debiendo calcularse el precio del plan individual en base a ello.

Agrega que el *a quo* interpretó erróneamente su conducta, calificándola como abusiva, cuando su parte ha demostrado haber obrado ajustada a derecho, ofreciendo la continuidad del actor en base a la normativa vigente y el Reglamento, que fue interpretado de forma descontextualizada y omitido por el juzgador, citando jurisprudencia del fuero en apoyo de su posición.

Finalmente, cuestiona la imposición de costas a su cargo y –por altos– los honorarios regulados.

3. En los términos en los cuales la cuestión se encuentra planteada, corresponde poner de manifiesto que no se encuentra controvertido en esta instancia la afiliación del actor y su cónyuge a la accionada, y que ésta revestía carácter corporativo.

Ello sentado, cabe poner de manifiesto que la Resolución 163/2018 de la Superintendencia de Servicios de Salud señala en sus considerandos que la ley 26.682 establece el marco regulatorio de la Medicina Prepaga, alcanzando a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopte, cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

Asimismo, dispone que en el marco de dicha ley es obligación ineludible de las Entidades de Medicina Prepaga asegurar a sus afiliados las prestaciones pactadas y establecidas legalmente, ya que si bien su actividad reviste carácter comercial, se orienta a proteger los derechos fundamentales a la vida, salud e integridad de las personas (artículos 33, 42, 75, inciso 22, y concordantes de la Constitución Nacional, artículo 3º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículos 4º y 5º de la Convención Americana de Derechos Humanos, entre otros).





Poder Judicial de la Nación

CAMARA CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL- SALA I

El artículo 1° de la referida resolución establece que todo usuario que reciba cobertura médico asistencial por parte de una entidad de medicina prepaga comprendida en el artículo 1° de la ley 26.682, bajo cualquier modalidad de contratación, sea en forma directa o indirecta, y que por cualquier circunstancia sufra un cambio en su condición de afiliación y/o tipo de cobertura, tendrá derecho a solicitar la continuidad en la entidad, en cualquiera de los planes que ésta comercialice al público en general, sin limitación alguna por tipo de plan y conservando su antigüedad, sin que se le pueda exigir valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes.

Por su parte, el artículo 4 dispone que los usuarios adheridos por contratación grupal o corporativa podrán solicitar su adhesión directa y la de su grupo familiar a cualquiera de los planes que comercialice al público en general la entidad de medicina prepaga contratada, en los casos en que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con la entidad, o cuando por cualquier motivo se resolviese el contrato que la empresa realizó con la entidad de medicina prepaga, dentro de los 60 días hábiles de haber conocido el usuario dicho cambio, conservando –en ambos casos– la antigüedad que detentasen en la entidad, sin que tal afiliación directa pueda ser considerada como una nueva afiliación. No se les podrá exigir tampoco valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes.

En tales casos, y de conformidad con lo allí establecido, las entidades de medicina prepaga deberán efectuar la incorporación del afiliado y su grupo familiar, si lo hubiere, al plan elegido, y el valor de cuota aplicable en dichos supuestos será el equivalente al de la cuota de ingreso que, al momento de la elección, se halle fijada para un nuevo ingresante situado en la franja etaria que corresponda a la edad que tenía el afiliado grupal o corporativo al momento de su afiliación originaria al plan del que proviene.

En consecuencia, y atento a lo prescripto por la normativa señalada, la decisión de mantener la afiliación del actor y su cónyuge en el plan SB02 solicitado debe ser confirmada, debiendo ajustarse el monto de la cuota a las mencionadas



pautas dispuestas por el art. 6 de la Resolución 163/2018 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

4. Finalmente y en relación a la imposición de los gastos causídicos, debe señalarse que las particularidades que presenta la causa justifica la distribución de las costas del juicio en el orden causado en ambas instancias (art. 68, segundo párrafo, del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación).

Por ello, **SE RESUELVE:** confirmar la sentencia en recurso en cuanto ordena mantener la afiliación del actor y de su grupo familiar en el plan solicitado, precisando que el monto de la cuota debe ajustarse a las pautas dispuestas en el artículo 6 de la Resolución 163/2018 de la Superintendencia de Servicios de Salud, y modificarla en cuanto a la imposición de costas, las que se distribuyen –en ambas instancias– en el orden causado.

En cuanto al agravio deducido por Swiss Medical SA con relación a los honorarios regulados al letrado de la parte actora (ver fs. 203, anteúltimo párrafo), se debe señalar que la distribución de costas decidida torna inoficioso su tratamiento (art. 279 del CPCCN).

Regístrese, notifíquese y devuélvase.

Alfredo Silverio Gusman

Guillermo Alberto Antelo

Fernando A. Uriarte

