

**Expediente Número: CIV - XXXXX/2020 Autos:**

C., C. Y OTRO c/ SWISS

MEDICAL GROUP S A s/AMPARO **Tribunal:**

CAMARA COMERCIAL - SALA A / CAMARA COMERCIAL - MESA  
GENERAL DE ENTRADAS

Excma. Cámara:

1. En fecha [19/11/2021](#), la jueza de primera de instancia dictó sentencia rechazando la demanda contra Swiss Medical SA., la que fuera deducida por los actores con el objeto obtener el cese de los aumentos aplicados sobre las cuotas de sus planes de salud, la adecuación de la facturación mensual conforme los aumentos permitidos por la autoridad de aplicación, y el reintegro de lo abonado en exceso

Para decidir como lo hizo, sostuvo la magistrada que no se encontraba justificado que la fijación de la cuota corresponda a la aplicación de aumentos no autorizados, sino al ajuste conforme a las condiciones de contratación y la normativa que rige a las afiliaciones corporativas.

2. Contra la sentencia recaída en autos, los accionantes opusieron recurso de apelación.

En su recurso, fundado en fecha [2/12/2021](#), manifestaron que la relación de consumo y la calidad de las partes imponía a la demandada el cumplimiento de la normativa consumeril, en particular todo lo atinente al derecho a la información que debía brindar sobre los aumentos de la cuota.

Manifestaron que, si bien la demandada sostuvo que los incrementos fueron legítimos por haber sido pactados en el contrato, era su carga demostrar la licitud de tales variaciones en la cuota.

Alegaron que la empresa de salud no debió desatender aquellos aspectos que referían a la prueba de un hecho que tenía virtualidad jurídica para decidir la litis, y que las variaciones detectadas en los precios de los planes por sobre los autorizados por la autoridad de contralor resultan violatorios tanto de la LDC como de la Ley de Medicina Prepaga -Nº 26.682-, ambas de orden público.

3. Corrido el traslado respectivo, la demandada procedió a contestarlo en fecha [14/12/2021](#), solicitando el rechazo del recurso conforme los argumentos allí expuestos, a los que me remito en mérito a la brevedad.

4. Elevadas que han sido las actuaciones, corresponde



expedirme respecto de la vista que me fuera conferida mediante cédula electrónica el día [30/12/2021](#).

Ahora bien, sentados los antecedentes del caso, es preciso señalar que, como principio, esta Fiscalía no interviene en reclamos individuales en los que se encuentren debidamente tutelados los derechos de los consumidores y usuarios.

No obstante, en el supuesto particular y a la luz de las cuestiones debatidas, resulta menester emitir opinión, al encontrarse involucrados derechos constitucionales de notoria trascendencia social, cuya violación afecta el interés público.

5. Comienzo por destacar que las cuestiones que constituyen la base fáctica del reclamo de las presentes actuaciones, trasuntan en el marco del derecho constitucional de salud, la protección a la ancianidad, por un lado, y por el otro lo referido a las prácticas y/o cláusulas abusivas propias del contrato de adhesión al servicio de medicina prepaga que une a las partes del proceso.

#### 5.1. Derechos constitucionales en juego.

En primer lugar, daré tratamiento a los derechos constitucionales que se encuentran afectados, a la luz de la temática debatida, que responde a la valoración de la conducta seguida por la empresa de medicina prepaga frente a dos afiliados mayores de 67 años. Ello, teniendo en cuenta las circunstancias de la persona, tiempo y lugar que existieron en el origen del conflicto y sus contingencias posteriores, donde están en juego los derechos fundamentales enunciados con eminent jerarquía constitucional, que hacen a la dignidad de toda persona humana, su protección, como así también a la sociedad jurídicamente organizada.

Los derechos personalísimos fundamentales, como son el derecho de la salud, por un lado, y la protección de las personas con mayor grado de vulnerabilidad –en este caso, en torno a la edad-, no sólo cuentan con raigambre constitucional en los capítulos referidos a “Declaraciones, Derechos y Garantías” y “Nuevos Derechos y Garantías” de nuestra Carta Magna, sino que además encuentran especial tutela en los tratados internacionales incorporados a la misma por el art. 75 inc. 22.

“Vulnerabilidad que, por otra parte, en general se manifiesta en la práctica jurídica, tanto como en el escaso tratamiento normativo y en la falta de reconocimiento de la vejez como dato diferenciador axiológicamente relevante,



para el Derecho en su conjunto. En este sentido, el fallo que nos ocupa constituye todo un hito jurídico que, con su seguimiento, permitirá abrir las puertas hacia el acceso a una justicia humanista, ajustada a la realidad, de clara factura gerontológica” (Dabove, María Isolina: “La construcción judicial desde el Derecho de la vejez”, en comentario al fallo citado del 03.04.2014, en Revista de Derecho de Familia, Tomo V, año 2014, pp. 116-127, Revista indizada en Latindex).

En este marco es que se deben apreciar los derechos mencionados supra; los que no resultan ser meras declaraciones, sino que son realmente operativos, por cuanto el Estado debe garantizar su libre ejercicio y al tiempo, prevenir y reparar su vulneración concreta.

De allí entonces que, como primera premisa, se debe asumir que el contrato que vincula a las partes cuenta con un contenido que se identifica con el interés social, toda vez que las prestaciones del servicio asistencial, entendido como “actividad comercial” desplegada por la empresa, involucran a los derechos personalísimos de sus afiliados.

Es decir, no nos encontramos frente a la prestación de un servicio de neto corte mercantilista, sino que trasciende dicha esfera y la debida asistencia conlleva una relevancia notoria al momento de que se ven involucrados derechos que se encuentran íntimamente vinculados con la persona humana.

En este sentido el Procurador Fiscal ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación señaló que “... si bien la actividad que asumen las entidades de medicina prepaga puede representar determinados rasgos mercantiles, en tanto ellas tienden a tutelar las garantías constitucionales a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas, adquieren un compromiso social con los usuarios (cfse. Fallos: 330:3725; y S.C.S. 851, L. XLIX, S. D. c/ Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno s/ sumarísimo", dictamen del 02/06/14, entre otros)” (Dictamen en G., I. c/ Swiss Medical S.A. s/ Amparo Ley 16.986, S.C.G. 701; L. XLIX, 28/04/2015)

Siguiendo a Gialdino podemos señalar que la incorporación del Derecho Internacional de los Derechos Humanos a los ordenamientos jurídicos nacionales ha producido una transformación en el campo de las fuentes del derecho interno. (Gialdino, Rolando E., “Dignidad, Justicia Social, Principio de Progresividad y Núcleo Duro Interno. Aportes del Derecho Internacional de los Derechos Humanos al Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Ponencia presentada ante el 3º Congreso Internacional del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Caracas, 2006).





Ello implicó para los ordenamientos internos de los Estados la recepción de nuevos principios y valores, la asunción de correlativas obligaciones frente a los individuos y la comunidad internacional, y la inserción en sistemas supranacionales con competencia para controlar.

Estas circunstancias repercuten en la interpretación y aplicación de las normas constitucionales e infraconstitucionales y en la solución de los casos como el que aquí se plantea. Al mismo tiempo, determina que debe propiciarse el respeto y cumplimiento de las obligaciones que pesan sobre los Estados, tendientes a proteger y realizar los derechos humanos; comprendiendo esta última, la obligación de facilitar y la de hacer efectivo directamente ese derecho cuando un individuo o grupo sea incapaz, por razones ajenas a su voluntad, de lograrlo por los medios a su alcance.

La tutela de los derechos de las personas de la tercera edad, en el derecho interno, conforme lo dicho precedentemente, tiene rango constitucional, al establecerse en el art. 75 inc. 23 de la Constitución Nacional que le corresponde al Congreso: “Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad”.

En el ámbito internacional, aunque las Naciones Unidas han hecho un enorme aporte en este sentido, las personas mayores no cuentan aún con un instrumento jurídicamente vinculante que proteja sus derechos, como ocurre con otros grupos (mujeres, niños, discapacitados) y para hacerlos efectivos es preciso superar la enorme dispersión normativa existente en diversos documentos contemporáneos.

Ello se explica porque, probablemente, en el tiempo en que se redactaron esos documentos, el fenómeno del envejecimiento no había alcanzado las dimensiones actuales.

A pesar de este vacío, la situación de los derechos las personas de edad ha sido objeto de atención y preocupación crecientes por parte de la comunidad internacional. Así, se verifican cuatro iniciativas para lograr una Declaración sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, presentadas formalmente o discutidas como documentos en los organismos de las Naciones Unidas y sus respectivos órganos especializados (Sidorenko, 2008). En 1973, la Asamblea General llamó la atención sobre la necesidad de proteger los derechos y el bienestar de las personas de



edad. Posteriormente, la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento efectuada en Viena en 1982 aprobó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, siendo el primer instrumento de política a nivel mundial para abordar las consecuencias y el impacto del envejecimiento en la vida de las personas y de las sociedades. Más tarde, en 1990, reconoció la complejidad y rapidez del fenómeno del envejecimiento de la población mundial y la necesidad de que existiera una base y un marco de referencia comunes para la protección y promoción de los derechos de las personas de edad (Huenschuan, 2010). Un año después, la Asamblea General adoptó la resolución sobre los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad en cinco temas: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad (ONU, 1991). A ello cabe agregar la Declaración de Brasilia, aprobada en 2007 en la segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, se firmó el documento: “Hacia una Sociedad para Todas las Edades y de Protección Social basada en Derechos”, ratificado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2008) (Véase Revista Digital Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México, Volumen 13, n° 3 ISSN 1067-6079).

Otro esfuerzo en el mismo sentido lo encontramos en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Protocolo de San Salvador”) que en su art. 17 expresa que “Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica”.

Es por lo expuesto que la conducta desplegada por la demandada debe valorarse conforme la normativa de rango constitucional, tratados internacionales y función social del contrato referenciados supra.

Pues si no partíramos de tales premisas, podríamos incurrir en un error sobre el alcance de la relación jurídica existente entre las partes y su vinculación con el sistema sanitario.

#### 5.2. El contrato de medicina prepaga.

La Corte Suprema ha caracterizado a los contratos de medicina prepaga como “aquellos en los que una empresa especializada se obliga a prestar el servicio de asistencia médica a una persona o grupo de ellas recibiendo como contraprestación el pago de una suma de dinero que generalmente es periódico” (CSJN, 13/03/01, “Etcheverry, Roberto Eduardo c./Omint Sociedades Anónimas y





Sevicios”, JA, 2001-III-390 citado por Amílcar R. Urrutia, Responsabilidad civil por mala praxis quirúrgica. Ed Hammurabi 2010. Pág. 421).

En atención a la disparidad en los sujetos contratantes (usuarios y empresas de medicina prepaga), y la posición asimétrica que ocupan; donde el paciente asume el rol del más débil, la modalidad de contratación es a través del denominado contrato de adhesión, en el cual se destaca no solo que la contratación resulta ser masiva y estandarizada, sino que además las condiciones y modalidades de la prestación fueron pre-dispuestas de forma unilateral por la empresa, convirtiéndose en nula la posibilidad de negociación individual. (Ghersi, Carlos A. Weingarten Celia y Ippolito Silvia. Contrato de Medicina Prepaga Ed Astrea pág. 107).

Parte de la doctrina sostiene que más bien no se trata de un contrato, sino de la adhesión a un sistema que genera una relación de consumo, constituida por una red de contratos conexados, donde el cliente futuro paciente tiene el derecho a una medicina total e integral y que sólo puede diferenciarse por cuestiones “colaterales”, así por ejemplo: hotelería, determina dos servicios complementarios, etc. (Ghersi, Carlos; “La adhesión a las medicinas prepagas Derechos de los usuarios del servicio de salud”. La Ley 2009-B, 149).

De este modo, ante la imposibilidad fáctica de discutir los términos y condiciones del contrato con cada uno de los interesados en el sistema de salud ofrecido, se masifica la oferta y se concreta la contratación, mediante un contrato con cláusulas predispuestas en el que nada tiene para discutir el beneficiario.

Así se va desdibujando la concepción clásica en la que el contrato se realizaba mediante distintas etapas, siendo como requisito esencial un acuerdo de voluntades al que las partes hayan arribado con discernimiento, intención y libertad, plasmada en la manifestación del consentimiento.

Mediante la modalidad de contratación en análisis, el usuario intenta prever y amortiguar situaciones que le produzcan un desequilibrio económico, frente al quebrantamiento imprevisto de la salud. Por ello entendemos que la causa que motiva al consumidor a efectivizar este tipo de contrato en muchos casos es la previsión. (Nucciarone Gabriela A. “Tratados de los Contratos” T II dirigido por Ghersi-Weingarten La Ley 2010).

Las prestaciones que requiere el usuario se enarbolan en la confianza que adquiere con el paso del tiempo en los distintos profesionales médicos de las diferentes áreas. Es decir que el afiliado mantiene una relación particular



y de confianza con su médico de cabecera, su odontólogo etc., que intenta sostener ininterrumpidamente; por lo tanto, su pretensión es mantener en el tiempo, la vinculación contractual originaria. Mientras en los contratos de cumplimiento instantáneo o diferido la correspondencia de las prestaciones se mide en un lapso de tiempo relativamente breve, en los contratos de larga duración con elementos de previsión la correspondencia se mide en largos períodos. Pago ahora para recibir prestaciones dentro de veinte o treinta años. Se trata de una correspondencia de larga duración. (Lorenzetti, Ricardo L. "La empresa médica", Ed. Rubinzal-Culzoni, Pág. 132 y siguientes.)

Por ello es que las alteraciones y/o modificaciones en las distintas cláusulas que componen la contratación original, deben ser especialmente notificadas con antelación suficiente que le permita al usuario la evaluación de cambio de empresa, o de plan, dándole un margen de reflexión para mantener la prestación básica y constitucional como es la del servicio de salud.

Por otra parte, no podemos soslayar el carácter empresarial de esta modalidad de contratación, dado que tanto la empresa prestadora del servicio (comúnmente sociedades comerciales, pudiendo ser asociaciones civiles, círculos médicos, etc.) como así también los prestadores médicos persiguen un fin económico.

Es en ese contexto es en el que se desarrolla y desenvuelve la finalidad asistencial que encierra la contratación, ajustada a la modalidad de plan escogida por el beneficiario/usuario. (Nucciarone Gabriela A. "Tratados de los Contratos" T II dirigido por Ghersi-Weingarten La Ley 2010).

Las características propias del contrato que vincula a los usuarios con la empresa, y la trascendencia del servicio del que se trata, hacen que el ordenamiento jurídico disponga de otros elementos de protección agravados frente a la asimetría y vulnerabilidad del usuario afiliado.

En este sentido en el fallo "Varise Aldo Horacio c/ SPM - Sistema de Protección Médica S.A.", la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil consideró que "asiste razón al actor, asociado a la empresa de medicina prepaga demandada desde hace casi veinte años, cuando cuestiona que esta pueda unilateralmente establecer aumentos de cuotas, pues tales aumentos podrían poner en peligro el equilibrio contractual y el derecho constitucional a su salud....a la empresa de medicina prepaga demandada se le impone el deber de mantener las prestaciones pactadas conforme lo convenido art.19 de





la ley 24.240 y además su deber de información en el art. 4 de la ley, ante cualquier variación de las condiciones contractuales establecidas a fin de que el afiliado preste su conformidad con dicha modificación y aplicando los principios favorables al consumidor”.

Ahora bien, la sanción de la ley defensa del consumidor, cuyas previsiones contienen derechos hoy constitucionalizados y que gozan del carácter de orden público económico, ha modificado y enriquecido al derecho privado en aspectos centrales, atendiendo a un rol muy especial de la persona en la sociedad de consumo y especialmente en el ámbito de la medicina prepaga, donde más debe preservarse y protegerse al usuario de un servicio esencial como es el de la salud (Ghersi, Carlos Alberto y Weingarten Celia, “Tratado de Daños Reparables”, T. III parte especial”, 2001, La Ley, pág. 343).

En efecto, la normativa en cuestión tiende a proteger abusos y ello se encuentra en consonancia con lo asumido por los Estados que se han comprometido -para emplear la formulación de la Convención Americana- a lograr progresivamente la plena efectividad



de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura.

Destaco pues lo dicho por Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial, sala E en los autos "Murillo, Rafael N. c. SPM Sistema de Protección Médica S.A." de agosto de 2005, donde conforme el dictamen de la Fiscal de Cámara doctora Alejandra Gils Garbó se abordó el planteo desde los ejes que hoy se encuentran afectados en el fallo en crisis. Así se dispuso que: "a) Los aumentos de cuotas, que constituyen un desequilibrio de las condiciones contractuales pactadas por las partes, podrían poner en inminente peligro no sólo el equilibrio contractual sino el derecho a la protección de la salud del actor; b) En un contrato de prestación de servicios médicos es esencial contar con el acuerdo de ambas partes para alterar los elementos esenciales de la relación jurídica (el precio de la prestación médica y las condiciones previstas para la prestación); c) Aplicación de la cláusula "favor debitoris" (art. 3 y 37, ley 24.240 — Adla, LIII-D, 4125—); d) Necesidad de la demandada de demostrar que los aumentos de cuota han sido consensuados con el actor y que la demandada no ha demostrado que el actor tuviera conocimiento del Reglamento y que haya comprendido que significaba el aludido "cambio de categoría".

En el presente caso, el actor en su calidad de empleado de la Universidad Católica Argentina (UCA) y a través del convenio que esta mantenía con Swiss Medical S.A., se asoció al servicio de medicina denominado "plan dochtos", identificado bajo n° 413845E, que incluía el plan general con más el de odontología, ingresando posteriormente a su cónyuge como grupo familiar.

Los accionantes manifestaron, que para acceder a dicho servicio no tuvieron que firmar formulario alguno, sino que se limitaron a informar su decisión al sector de recursos humanos de su empleador, donde le informaron que por pertenecer conformar la "Comunidad UCA" todos los servicios que se le ofrecían se mantendrían al momento de acceder a la jubilación.

Surge de los dichos de la parte actora que hasta el mes de abril de 2017, fecha en la que C. accedió al beneficio jubilatorio, la cuota del plan de salud se le había descontado de su recibo de sueldo, pero que a partir de ese momento entonces comenzaron a debitársela de su cuenta bancaria de su titularidad.

Agregaron luego de producida la jubilación y



desvinculación labora y hasta mayo de 2018 la cuota se mantuvo prácticamente invariable pero que a partir de esa fecha -de forma abrupta y sin mediar notificación alguna- sufrió un incremento de casi 3 veces, pasando así de abonar \$5.993,16 a pagar el mes siguiente \$14.781,34 lo que surge acreditado con las facturas agregadas.

Dieron cuenta de los reclamos realizados en sede administrativos mediante el expediente EX 2020-40833129-APNGDYAIISS#SSS, del que se informa en la sentencia que aún se encuentra pendiente de resolución.

Por su parte, la demandada argumentó que la variación en la cuota de los afiliados se debió al cese de los servicios corporativos otorgados a los dependientes de UCA, de conformidad con lo establecido en el art. 15 Ley 26.682 y Resolución 163/2018 de la Superintendencia de Servicios de Salud, en razón de la relación comercial existente entre la empleadora y Swiss Medical S.A.

Es decir, que conforme los dichos de la accionada, frente al cese del plan corporativo y la incorporación directa de los afiliados la cuota fue variando y aumentando.

### 5.3. Procedimiento adecuado. Deber de información.

De acuerdo con las circunstancias fácticas reconocidas por ambas partes, en cuanto a la extinción de la relación laboral del actor con la UCA al acceder a la jubilación, y la continuación de la afiliación de los actores al respectivo plan de salud brindado por "Swiss medical S.A.", esta última, debió adecuar su conducta conforme los principios generales del derecho, en especial la buena fe, y cumplir con las disposiciones normativas que rigen la materia con relación que la une a la afiliada, aquí actora.

Para el abordaje de la solución que se propiciará, debemos partir de lo enunciado en el art. 15 de la ley 26.682 que dispone "Contratación Corporativa. El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, si lo solicita en el plazo de sesenta (60) días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba. El sujeto comprendido en el artículo 1º de la presente ley debe mantener la prestación del Plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días."



Dicho ello la actora tenía derecho a recibir información cierta, clara y detallada para poder optar por alguno de los planes que ofrecía la demandada al momento en que se disolvió el vínculo con la empleadora.

Es decir que conforme se encuentra regulación en el art. 15 de la ley 26.682 el actor y su grupo familiar como continuadores en la relación contractual de prestación del servicio de salud, tenían derecho a ser informada con claridad de los diversos planes, costos y variaciones para poder optar por alguno de los planes que ofrece la empresa de medicina prepaga o mantener el mismo, debiendo comenzar a pagar en forma directa la cuota correspondiente a dicho plan, respetando su antigüedad y sin modificaciones en el precio que no sean las expresamente autorizadas, las que para el caso en particular, no se podrían corresponder por la edad del afiliado (art. 10 de la ley 26.682).

Al no respetarse dicho procedimiento, es decir, no haberse brindado información clara sobre cómo se continuaría en el vínculo contractual, costos, variaciones y opciones que mantengan el statu quo del afiliado, lo que recién parcialmente se efectuó luego de que el accionante hiciera una serie de reclamos e incluso denuncia administrativa, el proveedor del servicio de salud lesiona no solo el derecho de la salud, sino otro derecho que desde hace un tiempo a esta parte es central y vital para ejercer los derechos de raigambre constitucional, que es el derecho a recibir información adecuada, veraz, detallada, clara art. 4 LDC, art. 7 antepenúltimo párrafo de la ley 26.682, art. 42 CN.

En este mismo sentido esta Fiscalía tuvo oportunidad de pronunciarse en los fallos citados por el juez de primera instancia, (Raspo, Miguel Angel y otros c/ Swiss Medical S.A s/ Ordianrio CNCom Sala B del 2/06/15; Gregorini, Clusellas Eduardo Luis y otro c Omint S.A s. sumarisimo CN Com D 23/03/17).

Es por ello que no puedo arribar a otra conclusión más que la de revocar el fallo en crisis, pues entiendo que la falta de opciones, de información y la imposición de aumentos que triplicaban el valor original de la cuota, producen sin más una expulsión indirecta del usuario del servicio de salud a los 67 años de edad.

La ley de Medicina Prepaga -N° 26682- en su art. 15 plantea el supuesto y tiene como objetivo que el afiliado pueda continuar recibiendo igual servicio de salud o similares, frente a la desvinculación corporativa. Pero además dicha norma, que debe ser abordada en su totalidad e integralmente con el plexo normativo





tutivo del usuario del servicio de salud, plantea una protección especial para las personas mayores de 65 años, de manera tal que los aumentos de cuotas no produzcan la expulsión directo o indirecta del afiliado, cuando este más necesita el servicio.

Por otra parte, advertimos que la sentencia en crisis reconoce expresamente que el proveedor omitió brindar información, más no le otorga a tal incumplimiento la trascendencia que dicha omisión posee.

La jueza de primera instancia, tuvo en cuata lo ausencia informativa solo al momento de imponer las costas del proceso. Pero lo cierto es que, el procedimiento que llevo adelante la empresa de medicina prepaga demandada, no es conforme al ordenamiento jurídico vigente, que comprende normativa de rango constitucional, tal como fuera enunciado precedentemente.

En este sentido el afiliado, que concluye un vínculo contractual corporativo, debe tener a disposición opciones que le permitan mantenerse en el sistema y no ser expulsado en forma indirecta por aumentos que tripliquen la cuota que abonaba al momento de estar afiliado de manera corporativa.

Es que, de lo contrario, todo afiliado que comenzó su relación contractual mediante un plan corporativo quedaría casi en iguales o incluso peores condiciones que aquel que pretende iniciar una nueva relación contractual con la empresa de medicina prepaga.

Me explico.

Si los accionantes quedan sometidos al mismo plan que tenían inicialmente, pero en un nuevo régimen donde la cuota alcanza a triplicarse, emparentándose casi a un nuevo afiliado, la tutela prevista en el art. 15 de la referida ley de Medicina Prepaga se vuelve abstracta, violentándose los derechos de raigambre constitucional enunciados en el punto 5.1 del presente dictamen.

Es por ello que se debe realizar un procedimiento de adecuación, debiendo la empresa de medicina prepaga ofrecerle diferentes planes en donde se mantengan las prestaciones esenciales de salud, y una cuota que no triplique la que se venía abonando, pues si ello no ocurre, el afiliado quedará expulsado en forma indirecta en un escenario de una nueva variable económica que se le modifica sustancialmente al encontrarse sin empleo y en algunos supuestos, como el de autos, jubilado.

## 6. Por las razones expuestas, entiendo que debe



hacerse lugar al recurso interpuesto por los accionantes, revocándose la sentencia de primera instancia.

7. Reserva de caso federal.

Para el caso de que se dicte una sentencia que afecte el derecho constitucional de acceso a la jurisdicción y defensa en juicio de los consumidores, formulo planteo de cuestión federal y la reserva de ocurrir ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación por vía extraordinaria.

8. Dejo así contestada la vista conferida

Buenos Aires, febrero de 2022.

23.

