



Poder Judicial de la Nación
Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial

JMB.

XX.XXX/2020

C. C. Y OTRO c/ SWISS MEDICAL GROUP S.A. s/ AMPARO

Buenos Aires, 26 de abril de 2022.-

AUTOS Y VISTOS:

I. Vienen estos autos para entender en el recurso de apelación deducido por los accionantes contra la sentencia dictada el 19.11.21, por la cual se rechazó la demanda deducida por C. C. y T. M. B. contra *Swiss Medical S.A.*, imponiendo las costas del juicio en el orden causado y los honorarios del perito a cargo de la demandada.

Los fundamentos fueron expuestos en la presentación de la actora de fecha 01.12.21, siendo contestados con el escrito del día 13.12.21.

La Sra. Fiscal General se expidió con fecha 03.02.22, en el sentido que surge de su dictamen.

II. Los hechos del caso:

1.) Con fecha 19.10.20 se presentaron C. C. y T. M. B. por intermedio de apoderado, promoviendo acción de amparo contra *Swiss Medical S.A.* con el objeto de obtener el cese de los incrementos aplicados sobre las cuotas del plan 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, más intereses y costas.

Señalaron que, en el año 2013, C. C. se asoció al “*Plan Docthos*” de la demandada (N° 413845E), cuando se desempeñaba como dependiente de la *Universidad Católica Argentina* (UCA), y que todos los beneficios del mismo se mantendrían al momento de acceder a la jubilación. Agregaron que, en 2017, su cónyuge -T. M. B.- ingresó al grupo familiar de la prepaga.

Explicaron que, hasta que C. accedió al beneficio jubilatorio en abril de 2017, la cuota del plan era descontada de su recibo de sueldo, siendo que a partir de ese entonces, comenzaron a debitarla de su cuenta bancaria.

Indicaron que durante el 2017 la cuota se mantuvo invariable pero, desde mayo de 2018, de forma abrupta y sin mediar notificación alguna, sufrió un incremento desmedido, pasando así de abonar \$ 5.993,16 a pagar \$ 14.781,34. Explicaron que tras un reclamo telefónico, les aplicaron un “*descuento especial*” que se vería reflejado en la cuota siguiente (\$ 10.762,70).

Expresaron que recién en marzo de 2019 pudieron acceder por sistema a la facturación del plan médico y que, si bien en ese mes la cuota ascendió a \$ 18.548,51, ellos procedieron a abonar la suma de \$ 14.235,47.

Refirieron que C. había sido diagnosticado en 2014 de *adenocarcinoma infiltrante de próstata*, padecimiento que lo llevó a realizar chequeos médicos constantes y a someterse a una intervención quirúrgica en septiembre de 2019, añadiendo que, desde abril de ese año (2019), la cuota del plan continuó aumentando de manera constante.

Brindaron un detalle de los aumentos aplicados hasta alcanzar la suma de \$ 35.550,24 en febrero de 2020, fecha en la que efectuaron un nuevo reclamo, el cual les respondieron dando cuenta de un error en la facturación, cuya modificación recién se vio reflejada en la cuota de abril (\$ 32.318,40), sin observarse la aplicación del rubro “*descuento especial*”. Añadieron que a partir de julio la cuota ascendió a \$ 34.903,88, manteniéndose invariable hasta la promoción de la demanda (19.10.20).



Refirieron que el 15.06.20 iniciaron ante la *Superintendencia de Servicios de Salud* el expediente EX 2020-40833129-APN-GDYAISS#SSS. Indicaron haber intimado infructuosamente a la prepaga a regularizar la facturación del plan y a reintegrar los importes percibidos en exceso.

Precisaron que, de conformidad con los aumentos autorizados por la autoridad de aplicación, la cuota correspondiente a diciembre de 2019 debió haber sido de \$ 13.216,11 y mantenerse así hasta la fecha de promoción de la demanda.

2.) El 27.11.20 compareció *Swiss Medical S.A.* por intermedio de apoderado, y contestó la demanda solicitando su rechazo, con costas.

Señaló que los accionantes se encuentran afiliados “*por afinidad*” de la UCA al plan 413845E, bajo N° de afiliación 7403577/01 desde febrero de 2013.

Aclaró que los actores gozaban de los servicios corporativos otorgados a los dependientes de la UCA (art. 15 Ley 26.682 y Resolución N° 163/2018 de la SSS), en razón de la relación comercial existente entre la empleadora y *Swiss Medical S.A.*, destacando que la bonificación cesó una vez que C. adquirió el beneficio jubilatorio. Explicó que dicho empleador derivó la afiliación de los actores a una cuenta de jubilados con facturación individual y una bonificación temporaria en el valor de la cuota, que se iría reduciendo con el transcurso del tiempo.

Efectuó un detalle de los descuentos aplicados sobre la cuota y sus correspondientes fechas de vigencia y finalización, destacando que el último descuento aplicado databa del 29.02.20, sin contar los actores en la actualidad con bonificación alguna en su plan.

Descartó la existencia de aumentos arbitrarios o ilegales, reiterando que la suba obedeció a la reducción de los descuentos oportunamente aplicados luego de modificarse la condición de afiliado *por afinidad*, cuando C. obtuvo el beneficio jubilatorio.

Añadió que, aunque la vinculación corporativa cesa una vez que el socio obtiene la jubilación, aquél tiene derecho a integrar un nuevo plan individual



de similares características, pero no “necesariamente” en las mismas condiciones (art. 15 ley 26.682 y Res. N° 163/2018 SSS).

III. La sentencia dictada en autos:

La sentenciante indicó que no se encontraba controvertida la afiliación invocada, ni tampoco la variación sufrida en la cuota que motivaba el presente reclamo.

Liminarmente, señaló que las prepagas podían fijar precios diferenciales para los distintos planes, fundados en variaciones de la estructura de costos y un razonable cálculo actuarial de riesgos según franjas etarias, con una variación máxima de tres (3) veces entre el precio de la primera y la última franja, pues una vez ingresado al sistema, la cuota solo podría modificarse según aumentos expresamente autorizados por la autoridad de contralor, con la sola excepción de las previsiones contractuales que fueren, a su vez, debidamente convalidadas (art. 17 de la ley 26.682, art. 17 Dec. Reg. 1993/2011, modif. por Dec. 66/2019).

Sostuvo que la cuestión aquí debatida se encuadraba en un escenario distinto y que no podía soslayarse que las oscilaciones en la cuota de C. -y su grupo familiar- tuvieron lugar con posterioridad a la obtención del beneficio jubilatorio.

Destacó que la cláusula 15 de las condiciones generales de contratación, contemplaba la posibilidad de que el afiliado, aún cuando hubiere finalizado el vínculo que diera lugar a su incorporación corporativa al servicio, pudiera continuar afiliado como “*particular*” con un plan equivalente “*en las condiciones de comercialización vigentes a dicha data*”.

Refirió que si bien los actores desconocieron dicha documentación, lo cierto era que las condiciones allí estipuladas eran el reflejo de cuanto dispone el art. 15 ley 26.682 que establecía que “*el usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes*” (similar a la previsión contenida en la Res. N° 163/2018 SSS).



Destacó que los actores manifestaron que “*su empleador les informó que el plan, por ser parte de la comunidad UCA, mantendría todos los beneficios al momento de acceder al beneficio jubilatorio*”, pero que tal circunstancia no fue demostrada en autos, ni pudo ser dilucidada con el resultado de la medida para mejor proveer dispuesta el 02.08.21.

Afirmó que no obstaba a tal conclusión, el hecho de que el supuesto bajo examen debiera ser juzgado en el marco de las relaciones de consumo, ya que la LDC no relevaba al consumidor de la prueba de los extremos de su pretensión.

Concluyó por ello la sentenciante en que la fijación de la cuota no había respondido a la aplicación de aumentos no autorizados, sino a un ajuste conforme las condiciones de contratación y la normativa que regía a las afiliaciones corporativas, por lo que rechazó la demanda promovida por improcedente.

Impuso las costas en el orden causado y los honorarios del perito a cargo de la parte demandada, toda vez que la prestadora del servicio omitió informar debidamente a los usuarios los motivos de la notoria fluctuación de la cuota (art. 4 LDC), lo cual podría -eventualmente- haber evitado la tramitación del juicio.

IV. Los agravios:

i) La actora se agravió porque la sentenciante de grado no habría efectuado una valoración acabada de la totalidad de la prueba producida en autos.

Sostuvo que la *a quo* no tuvo en cuenta que la información aportada por la demandada consiste en *manifestaciones verbales*, siendo que el cuadro exhibido por aquella *no lleva el logo* de *Swiss Medical*, *ni firma* alguna de sus autoridades o del actor.

Refirió que en materia probatoria en procesos en los que se encuentran en juego los derechos de los consumidores, se ha gestado la normativa que ha pautado el deber de colaboración por quienes son proveedores (art. 53 LDC), destacando que la demandada jamás puso a disposición del perito documentación fehaciente alguna, como así tampoco lo hizo respecto de los actores.



Indicó que la pericial contable se basaba en los dichos de la propia demandada, en el caso, a partir de correos electrónicos y sin aportar el experto un análisis técnico e independiente sobre hechos y pruebas objetivas.

Asimismo, cuestionó que la sentenciante hubiere omitido analizar las constancias del expediente administrativo, en el marco del cual se intimó a la demandada a que *se abstenga de aplicar aumentos en razón de la edad y no autorizados por la autoridad de aplicación*, ordenando a su vez, a *reintegrar las sumas cobradas indebidamente y a adecuar la cuota a los parámetros legales* (sic).

ii) En segundo lugar, la recurrente tildó de arbitrario el pronunciamiento apelado, por *“tomar como prueba fundamental para decidir, prueba controvertida y QUE NO HA SIDO PROBADA, llegando ante esa lógica de pensamiento en una decisión que genera mayor lesión en el consumidor, quien debe tener una protección especial [...] respecto a la supuesta cláusula 15 de las condiciones generales de contratación, las cuales Swiss Medical jamás puso a disposición de los actores”* (sic).

Explicó que el conjunto normativo que regula la ley de defensa del consumidor, equilibra la desigualdad entre las partes que celebran un contrato, y uno de los conceptos que se extrae es el del derecho constitucional a la prueba, por el cual se señala que *“las dificultades para demostrar las afirmaciones disminuyen si las partes tienen la obligación legal de trabajar sobre la verdad, colaborando solidariamente en la búsqueda de ella”*. Afirmó que la demandada ha incumplido manifiestamente con esa obligación legal, no habiendo colaborado solidariamente en la búsqueda de la verdad.

Sostuvo que, pese al sesgado análisis efectuado por la juez *a quo*, igual quedó claramente probado que la demandada no habría cumplido con los deberes a su cargo, pero pese a ello, y arbitrariamente, terminó sentenciando en contra del derecho de los actores.

Destacó el carácter contractual de la relación habida entre el afiliado y la prepaga, explicando que se trata de un contrato de adhesión con cláusulas predispuestas.



Indicó que la relación de consumo y la calidad de las partes, imponía a la demandada el cumplimiento de la LDC, particularmente en lo atinente al derecho de información que debía brindar sobre los aumentos de las cuotas. Añadió que era carga de la accionada demostrar la licitud de los incrementos y su legitimidad al encontrarse pactados en el contrato.

Invocó la doctrina de la CSJN que ha reconocido el carácter fundamental del derecho a la salud, íntimamente relacionado con el derecho a la vida, y señaló que el ejercicio de la actividad de la defendida, no puede ni debe ser asimilada -sin más- a la de cualquier otro proveedor de servicios.

Expresó que la ley 26.682, establecía con carácter de orden público, que compete a la autoridad de aplicación autorizar y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren las empresas de medicina prepaga. Añadió que de tal manera, se avanzó hacia una intervención directa del Estado sobre diversos componentes esenciales del contrato, entre los cuales se incluye, sin lugar a duda, lo relativo al valor de los planes.

Advirtió que incluso el decreto reglamentario de la mentada norma, en su artículo 17, disponía que la autoridad de aplicación debía *fiscalizar y garantizar la razonabilidad de las cuotas de los planes*, siendo que los aumentos *sólo se autorizarán cuando estuvieran fundados en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos*. Agregó que también habilitaba a las prepagas a efectuar distinciones arancelarias de acuerdo a la edad de sus afiliados, las cuales debían tener lugar al momento de la contratación.

Manifestó que del Decreto Reglamentario N° 1993/2011 también surgen diversas pautas relativas a la fijación y modificación del valor de los planes, y que incluso con anterioridad a la sanción de las normas mencionadas, la doctrina reconocía limitaciones a la libertad de las prepagas para modificar dichos valores en forma unilateral y sin notificar a los afiliados.

Sostuvo que el convenio que regulaba una prestación de servicios asistenciales médicos -como el de autos- se encontraba comprendido en el ámbito de



aplicación de la LDC y, desde tal perspectiva, resultaba inadmisibles que una prepaga pudiese alterar unilateralmente los elementos esenciales de la relación jurídica.

Consideró que la accionada debió aportar a la causa elementos de prueba para formar convicción respecto de la legitimidad de las diferenciaciones denunciadas y detectadas en la pericial contable y concluyó en que las variaciones detectadas en los precios del plan -por sobre los autorizados por la autoridad de contralor- resultaron violatorios de la LDC.

V. La solución del caso:

1.) El contrato de medicina prepaga.

a.- Liminarmente, cabe apuntar que el contrato de medicina prepaga puede caracterizarse como aquél en virtud del cual una empresa especializada se obliga a prestar el servicio de asistencia médica -con los alcances que se convengan- a una persona o grupo de personas mediante el pago periódico (generalmente mensual) de una suma de dinero.

En ese sentido, el art. 2º de la ley 26.682 define a las *empresas de medicina prepaga* como toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten, 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 sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

Se trata de un contrato por adhesión, puesto que la empresa ofrece a los potenciales afiliados un contrato con cláusulas predispuestas que ellos pueden aceptar o no, pero que no pueden modificar ni negociar. A lo sumo pueden elegir entre varios planes diferentes pero todos ellos elaborados por la empresa.

Sin embargo, no puede cuestionarse que, dado que el poder negociador de ambas partes es diferente, se advierten desigualdades en la relación contractual capaces de ocasionar perjuicios a la parte más débil en la relación comercial -el adherente-, resultando claramente de aplicación en estos casos, la LDC en punto a la interpretación del contrato y a cláusulas abusivas e ineficaces (arts. 3,



37 y conchs. LDC).

Las empresas de medicina prepaga son sistemas de financiamiento y su propósito es dar servicios médicos a través de terceros que contratan, aunque excepcionalmente tengan servicios propios. Tienen como base el pago anticipado del usuario y la prestación otorgada, cuando se produce el evento dañoso, puede consistir en el derecho del paciente a ser asistido por un prestador contratado o bien, en el pago de una suma dineraria para que el paciente se atienda.

Pueden darse varios planes de mayor o menor calidad, de libre elección, o de elección dentro de una cartilla de médicos, o directamente cerrados, sin libre elección.

b.- Las prestaciones propias de los servicios de medicina prepaga o de seguro de salud generan contratos complejos de servicios, con muchas variables, en los que originalmente se conviene una prestación médica conforme a un determinado nivel de calidad, un listado de médicos, un equipamiento tecnológico específico, se reitera, contra el pago de un precio. Se ha observado que con el transcurso del tiempo, que puede ser de varios años, lo que era bueno se vuelve antiguo, surgen nuevas tecnologías médicas, los médicos cambian, surgen otros más especializados o actualizados, las posibilidades de curación se incrementan, aparecen nuevas enfermedades, las expectativas del paciente son otras, los costos ascienden y el precio que se paga como contraprestación puede ser insuficiente (véase: Lorenzetti Ricardo L., *“El objeto y las prestaciones en contratos de larga duración. A propósito de la medicina prepaga, servicios educativos, contratos de suministro y asistencia”*, La Ley 1997-E, 1103).

c.- Se estima evidente que, en el caso, las partes se encuentran sujetas a un contrato de los denominados de *larga duración*, en el cual el tiempo es un elemento que puede modificar sustancialmente las obligaciones involucradas en las prestaciones prometidas, lo que conlleva examinar si el precio inicialmente pactado puede ser modificado, si las prestaciones de servicios deben ser actualizadas, si los plazos, aún los determinados como anuales y renovados sucesivamente, no devienen indeterminados, etc.



Se considera ciertamente que la idea de que en el consentimiento o en la adhesión a condiciones generales de la contratación se definen, de una vez y para siempre el contenido de las obligaciones de las partes, no puede ser sostenida en este tipo de vínculos (cfr. Lorenzetti Ricardo L., *ob.cit.*, La Ley 1997-E, 1103).

d.- Lorenzetti señala que, en ese contexto, *un contrato de larga duración no es sino un acuerdo provisorio, sometido a permanentes mutaciones, que la obligación es concebida como proceso, como un “continuum” desarrollado en el tiempo que todo lo domina* y, recordando a Morello que, *el contrato de duración requiere una permanente adaptación, una cooperación renegociadora continua*.

Se ha dicho que así, surge como problema, encontrar fórmulas que armonicen la necesidad de adaptación a los cambios, la seguridad jurídica frente a las modificaciones ulteriores de lo pactado y la prevención de prácticas abusivas que a través de modificaciones unilaterales alteren la relación de equivalencia. En el contrato de larga duración, la duración no es tolerada por las partes, sino querida por ellas, por cuanto la utilidad del contrato es proporcional a aquella. Lorenzetti dentro de esta categoría distingue:

i) *Contratos de objeto de larga duración*: la operación jurídica considerada por las partes precisa del tiempo, como en la medicina prepaga, o el seguro, o la educación. Puede presentar obligaciones de cumplimiento instantáneo, duraderas y prestaciones de diversos tipos;

ii) *Contratos con obligaciones de larga duración*: el objeto del contrato está definido, pero las obligaciones se devengan periódicamente, como en la locación de cosas;

iii) *Contratos con prestaciones de larga duración*: Díez Picazo, manifiesta que puede pactarse el pago del precio contado (prestación instantánea) y una obligación de prestar servicios prolongados (prestación de duración), produciéndose una mixtura entre obligaciones de cumplimiento instantáneo y de larga duración.

Se ha dicho que las modificaciones no se producen en el objeto del contrato, que sigue siendo la misma operación, ni tampoco se alteran las obligaciones



de dar suma de dinero, de dar cosa o de hacer, de prestar un servicio, porque éstas son definidas en el momento genético. Los cambios se producen en el objeto de las obligaciones, es decir, *en las prestaciones*. El monto dinerario debido puede variar por la depreciación de la moneda; los medios que se usan para cumplir con el servicio pueden alterarse por los cambios tecnológicos; el producto puede estar inserto en un contrato de provisión continua y requerir actualizaciones. Los cambios en las prestaciones se reflejan en la ecuación de equilibrio e impactan en la comprensión del objeto.

En los contratos de larga duración, el objeto es una envoltura, un cálculo probabilístico, un sistema de relaciones que se modifica constantemente en su interior con finalidades adaptativas. Esta cualidad debe ser preservada puesto que, de lo contrario, toda fijación produce la inadaptabilidad del contrato, la relación mencionada no es estática sino dinámica; es típicamente relacional. En un contrato de ejecución instantánea o de duración breve, estamos frente a conceptos nítidos: entregar un inmueble, pagar una suma de dinero a treinta días. Si las partes decidieron que era un buen negocio hacerlo, no es necesario hacer nada más. En cambio, dar un servicio médico a lo largo de treinta años y pagar el precio correspondiente durante todos los meses en ese período, no es concepto nítido, ni es estático, es un asunto dinámico, cambiante (cfr. Lorenzetti Ricardo L., *ob.cit.*, La Ley 1997-E, 1103).

Así las cosas, debe interpretarse el carácter conmutativo del negocio mediante un concepto relacional y dinámico, debe proporcionarse una prestación de servicios médicos relacionada con el precio pagado.

e.- A esta altura, es dable recordar que en virtud de lo dispuesto por el art. 75, inc. 22, de la Constitución Nacional, el *derecho a la salud* tiene un reconocimiento expreso y posee jerarquía constitucional y que, ya antes de la reforma del año 1994, la doctrina sostenía que el art. 14 *bis* al consagrar el beneficio de la seguridad social, reconocía el derecho a la salud. También, que el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, en su art. 12, reconocía que toda persona tenía el derecho al disfrute del más alto nivel posible de



salud física y mental (ap. 1º). Este derecho a la salud significa que el Estado debe velar para que todas las personas reciban asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad o accidente. También la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, en su art. 25.1. y la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, en su art. XI, reconocen el derecho a la salud.

Es claro que el derecho a la salud constituye un derecho personalísimo a estar sano física, mental y socialmente, por lo que las personas deben tener acceso a la asistencia y a los servicios médicos y, en caso de enfermedad o accidente, corresponde al Estado velar para que ello se cumpla (véase: Stein Enrique, “*La pertenencia al sistema de medicina prepaga*”, La Ley 1999-B, 936).

f.- Desde la perspectiva de dichos antecedentes, se considera que contratos de la naturaleza del que es materia el *sub lite*, por necesidad, contienen elementos de previsión, son un medio a través del cual los adherentes a los diferentes planes se procuran seguridad para estar a cubierto de avatares -enfermedad, accidente, vejez- y, es claro que, en nuestro país, estos contratos se han desarrollado con fuerza, frente a la deficiente acción del Estado en estas áreas. Se hace un esfuerzo económico cuando se es joven, cuando se tiene cierta solvencia patrimonial o cuando se está sano, a fin de ser compensado cuando llegue la vejez o, cuando no se tenga dinero o, se carezca de salud.

Así las cosas, mientras en los contratos de cumplimiento instantáneo o diferido la relación entre las prestaciones se mide en un lapso de tiempo relativamente breve, en los contratos de larga duración con elementos de previsión, se debe medir en largos períodos. Pago ahora para recibir prestaciones dentro de veinte o treinta años. Se trata de una *correspectividad de larga duración* (v. Lorenzetti Ricardo, “*Cláusulas abusivas en el contrato de medicina prepaga*”, JA 1997-III-788).

2.) La relación contractual del sub lite.

2.1. Cabe reiterar que las partes son contestes en cuanto a la relación mantenida, a través de la afiliación por afinidad N° 7403577 al *Plan Docthos 413845E* (en febrero de 2013) por parte del accionante C. C., cuando



se desempeñaba como dependiente de la Universidad Católica Argentina (UCA), ingresando en 2017 al grupo familiar de la prepaga su cónyuge, T. M. B..

Tampoco existe controversia en relación a la obtención del beneficio jubilatorio por parte de C. en abril de 2017, momento en que la afiliación de los accionantes fue derivada a una cuenta con facturación individual, debitando las cuotas correspondientes de su cuenta bancaria.

El nudo central de la cuestión aquí propuesta, consiste en determinar la legitimidad -o no- de los incrementos de las cuotas liquidadas a partir del mes de mayo de 2018, cuando los actores pasaron de abonar \$ 5.993,16 a pagar \$ 14.781,34 y luego, sumas superiores como se verá *infra*.

Los accionantes sostuvieron que los aumentos aplicados superan los permitidos por la autoridad de aplicación y no fueron estipulados contractualmente, alegando que todos los beneficios del plan se mantendrían con posterioridad a la jubilación de C..

De su lado, la firma demandada arguyó que los afiliados accionantes gozaban de los servicios corporativos otorgados a los dependientes de la UCA (art. 15 Ley 26.682 y Resolución N° 163/2018 de la SSS), en razón de la relación comercial existente entre dicho empleador y *Swiss Medical*, destacando que la bonificación cesó a partir de la jubilación de C.. Incluso, dio cuenta de una bonificación temporaria en el valor de las cuotas, que se iría reduciendo con el transcurso del tiempo hasta el 29.02.20.

2.2. De las constancias que resultan de la causa, se advierte que existe la cobertura que brinda el *Plan 4138, Sistema Mixto, Línea Grupo Salud Docthos*, de acuerdo con la cual y según el “*Reglamento General de Contratación de Swiss Medical S.A.*” dicha prepaga se obliga a: “a) *Preservar las condiciones prestacionales para brindar una adecuada protección a la salud equiparable a la contratada (único parámetro válido para ponderar la voluntad de las partes y la ecuación económica resultante); b) Sostener la oferta de prestadores en niveles equiparables a la cartilla ofrecida al tiempo de celebrar el contrato (siendo la*



contratación de terceros un hecho que no depende sólo de la voluntad de la empresa, la obligación se limita a sostener el nivel cuantitativo y cualitativo meritado); c) No resolver el contrato en forma unilateral y sin que se produzcan algunas de las causales expresamente establecidas por las partes; d) A ofrecer y sostener un nivel de internación en condiciones similares a aquellas que determinaron la voluntad de adhesión al sistema; e) A no modificar unilateralmente las obligaciones recíprocas entre las partes; f) A preservar la ecuación económica-financiera existente al tiempo de contratar y con ello proteger el sistema prestacional integral. A tales fines y de común acuerdo entre las partes la movilidad de las prestaciones recíprocas sólo podrá responder a la causa fin del contrato y a las expresamente previstas en el presente. Las cuotas mensuales, aranceles adicionales o complementarios y coseguros deberán ser aumentadas por Swiss Medical S.A., en los siguientes casos: a) aumento de los gastos administrativos, b) aumento de los costos de prestación del servicio, c) incorporación de servicios, tecnología, prestaciones, medicamentos, prácticas e innovaciones médicas, d) incrementos de impuestos, tasas y servicios, e) incrementos salariales y de honorarios profesionales o asistenciales, y f) aumentos en la tasa de consumo. Con la finalidad de evitar y/o disminuir tales aumentos Swiss Medical S.A. podrá disponer la inclusión de coseguros; g) A reestablecer el equilibrio de la ecuación económica-financiera del contrato, de conformidad con los parámetros previstos en el inciso precedente, notificando con no menos de treinta (30) días de antelación al vencimiento del pago del mes en que se efectivice dicho reestablecimiento. El plazo mencionado sólo podrá ser disminuido en el supuesto de que existan hechos extraordinarios ajenos a la voluntad de las partes, tales como hiperinflaciones, períodos de alta inflación, devaluaciones, emergencias económicas, conmociones interiores o exteriores, etc., que desequilibren la economía del sector y del contrato; y, h) A facultar al contratante asociado, que no aceptare las modificación de las cuotas, a resolver el contrato sin cargo alguno” (sic cláusula 3.1.6).

En cuanto a la periodicidad y monto de los aumentos, la cláusula 4° dispone que “4.1.1 Los incrementos de las cuotas mensuales, aranceles adicionales



o complementarios y/o coseguros podrán realizarse con una periodicidad no inferior a tres (3) meses. En cada caso, el incremento no podrá ser superior al 25% de la cuota vigente; 4.1.2 No obstante lo dispuesto en el punto precedente, en caso de hiperinflación, incrementos superiores al 25% en la paridad cambiaria, aumentos superiores a dicho porcentaje en los rubros mencionados en el inciso f) del punto 3.1.6., y en caso de que se produzca cualquier otro proceso económico extraordinario y ajeno a la voluntad de las partes que desequilibre la ecuación económico-financiera existente al tiempo de contratar, Swiss Medical S.A. quedará facultada a preservar el sistema prestacional mediante el incremento de las cuotas mensuales, aranceles y/o coseguros” (sic).

En el caso de las *afiliaciones corporativas*, como aquí se trata, la cláusula 15° del mentado reglamento, dispone que “15.1 El asociado que se incorpore a Swiss Medical S.A. en virtud de convenios corporativos celebrados por ésta última con otras empresas, mantendrá su condición de tal hasta tanto la empresa a través de la cual se hayan incorporado comunique en forma fehaciente a Swiss Medical S.A. la finalización del vínculo que dio lugar a dicha incorporación a través de esta modalidad, o cuando finalice la vigencia del convenio corporativo [...] 15.2 El asociado incorporado mediante un convenio corporativo podrá solicitar su continuidad como “particular” contratando, mediante esa modalidad, un plan equivalente y en las condiciones de comercialización vigentes a dicha data para los mismos, obligándose a suscribir la correspondiente documentación” (sic). Incluso, se aclara allí, que el contratante deberá: a) no registrar mora por las obligaciones a su cargo; b) notificar su voluntad de continuar la afiliación como asociado particular; c) contar con al menos dos (2) años de afiliación al sistema; y, d) abonar la cuota correspondiente al plan equivalente suscripto.

Sobre este particular aspecto, cobra relevancia la nota acompañada por la firma demandada y de la que dio cuenta el perito en su dictamen, denominada “Autorización de Ingreso a Facturación Individual” de fecha 27.04.17, por medio de la cual quedó asentado que por solicitud del empleador (UCA) se autorizó al socio C. C. “a ingresar como jubilado con la cobertura de Docthos Grupo



Salud mediante facturación individual". Dicha circunstancia, fue expresamente reconocida por C. al demandar, tras consignar que "*al momento de jubilarse, la empresa le pidió sus datos bancarios -CBU- a los fines de debitar mensualmente las cuotas de la cuenta*" (sic).

2.3. A partir de ese entonces (mayo de 2017), y hasta el mes de abril de 2018, según sostuvieron los accionantes, la cuota se mantuvo invariable (\$ 5.993,16), incrementando su importe recién a partir del mes de mayo de 2018.

Sin embargo, se advierte de la factura N° 1346-03067450, correspondiente a la cuota del mes de diciembre de 2017, acompañada por la *Superintendencia de Servicios de Salud* (véase la prueba informativa de fecha 01.02.21), un total facturado equivalente a \$ 2.881,34, mientras que la cuota de enero de 2018 ascendió a \$ 5.762,66 y la de febrero de ese año alcanzó la suma de \$ 5.993,16. Es decir, desde la jubilación del afiliado accionante, las cuotas *no se mantuvieron invariables* tal como fue indicado por la parte actora.

Ahora, en la factura N° 1346-03713996, se advierte liquidada la cuota correspondiente al *mes de mayo de 2018*, incluyendo el rubro propio de la afiliación al plan por la suma de \$ 5.172,39 y el ítem "*odontología*" por la suma de \$ 820,70, conformando el total facturado equivalente a \$ 5.993,16.

En el caso de la siguiente factura (N° 1346-03838482), figuran incluidos los siguientes rubros: i) *cuota mayo 2018* por la suma de \$ 7.872,77; ii) *odontología* (mayo 2018) por \$ 988,38, *ésta serían diferencias respecto de lo liquidado por los mismos conceptos en la factura precedentemente referida*; y aparece aquí un iii) *descuento especial* por la suma por \$ 14.023,56; iv) *odontología* (junio 2018) por \$ 1. de \$ 4.842,51 (también respecto de mayo de 2018); v) *cuota junio 2018* 944,84; y, vi) *descuento especial* por un total de \$ 5.205,70. Esto es, surge nuevamente liquidada la cuota correspondiente al mes de mayo, pero por un importe que incluiría un aumento de la cuota (\$ 5.172,39 vs \$ 7.872,77), incluyendo en esta oportunidad y por primera vez, un "*descuento especial*", alcanzando el total allí facturado, la suma de \$ 14.781,34.



Ahora bien, del análisis de la siguiente factura (N° 1346-03971742), correspondiente a la cuota del mes de julio de 2018, se advierten consignados los últimos tres *ítems* de la anterior factura referida, arrojando un total de \$ 10.762,70, permitiendo concluir en que el incremento de la cuota, efectivamente, habría operado durante el mes de mayo de 2018, *siendo incluido en la siguiente facturación el saldo de ese aumento, junto con su respectivo descuento*. Véase que, en la factura N° 1346-03713996 solo se incluyó el monto que el actor venía pagando y, en la N° 1346-03838482, se reitera, se consignó el saldo indicado y la cuota siguiente.

Lo anterior, descalifica el aumento en el modo que fuera enunciado por los actores al demandar, cuando indicaron que la cuota ascendió de \$ 5.993,16 a la suma de \$ 14.781,34. Véase que éste último importe incluía, como se dijo, el saldo pendiente de la facturación del mes de mayo.

Efectuada la aclaración que antecede, de las facturas emitidas con posterioridad a las ya detalladas, acompañadas al expediente por la parte actora y corroboradas por el experto contable en su dictamen a partir de la facturación de *Swiss Medical* (coincidentes éstas, a su vez, con las que acompañó la autoridad de aplicación), surgen los incrementos aquí cuestionados.

Sin embargo, conforme resulta de dichos instrumentos, como así también del dictamen pericial contable, no se advierte que se trate de incrementos sobre el valor de las cuotas, sino más bien, de una suba que obedeció a la *reducción de ciertos descuentos aplicados con posterioridad a la jubilación de C.*, incluso después de transcurrido un año desde que dicho beneficio le fue concedido en abril de 2017.

Ello se advierte corroborado por el experto contable, cuando refirió que de *la vinculación existente entre Swiss Medical y la empresa empleadora (UCA)*, derivó la afiliación del actor a una cuenta de jubilados de acuerdo a la normativa vigente, *afiliación denominada “por afinidad”*, pero *manteniendo un beneficio preferencial para aquellos socios que estuvieron de manera corporativa, a fin de no verse obligados a contratar un nuevo plan de venta al público en general conforme expresa el art. 15 de la ley 26.682 y hoy la resolución 163/2018 de la SSS*.



Al respecto, indicó el perito *que, según lo informado por la demandada, tenía pautada una bonificación temporaria en el valor final de la cuota, que el Sr. C. debía abonar, el cual se iría reduciendo con el transcurso del tiempo, a partir de mayo 2018*". Ello, se ve reflejado y surge de la facturación adjuntada al *sub examine* por la propia parte actora.

El experto detalló la vigencia y porcentajes de las bonificaciones aplicadas a las cuotas del plan de C., consignando que: i) desde el 01.05.18 hasta el 30.11.19 se aplicó un descuento del 32,6%; ii) desde el 01.12.19 hasta el 31.01.19 (*rectius* 31.12.19) el descuento aplicado fue del 25%; iii) desde el 01.01.20 hasta el 31.01.20 se aplicó un descuento del 20%; y, iv) desde el 01.02.20 al 29.02.20 fue aplicado un descuento del 10%. Cabe aclarar que, para este último mes en que fue aplicado el *descuento especial* (febrero 2020, v. factura N° 1346-06480466), fue descontado un 20% y, en la facturación del mes siguiente (marzo 2020, v. factura N° 1346-06618510), fue cargado el 50% de ese descuento anteriormente efectuado, lo que permitió al perito concluir en que, para febrero de 2020, fue descontado tan solo un 10%.

Ahora bien, más allá del cuestionamiento de las conclusiones alcanzadas por el experto en el dictamen pericial, lo cual no importa sino una reedición de la impugnación realizada oportunamente en la instancia de grado, cabe señalar que los descuentos aplicados a la facturación, también se encuentran expresamente reconocidos por C. a partir del contenido de la nota enviada por él mismo a *Swiss Medical* con fecha 15.01.20 (véase la documentación adjuntada con la demanda). La misma, da cuenta que aquél informó que se *encontraba adherido al plan desde el año 2008, conforme el convenio que existe con Universidad Católica Argentina*, resultando que *“de dicho convenio surge que esa entidad efectuará un descuento sobre el total de la factura - incluido el servicio odontológico- de los planes que se ofrecen para el público en general del 32,6%”* (sic). También señaló allí, que dicha circunstancia fue contemplada y cumplida desde el inicio de la relación contractual, agregando que *“de forma intempestiva, sin mediar notificación alguna, se cesó de efectuar el mismo, haciendo descuentos*



parciales del 25% para el mes de diciembre (de 2019) y del 20% para el mes de enero” (de 2020). Concluyó dicha nota, invocando la ley 26.682 que regula el marco de la medicina prepaga, y la Resolución N° 163/2018 de la Superintendencia de Servicios de Salud, tildando de ilegales los incrementos sufridos en las cuotas del plan e intimando la regularización de la situación y la devolución de las sumas cobradas en más.

Ello, no importa sino un consentimiento por parte de C. con la facturación del período comprendido entre *mayo de 2018 y noviembre de 2019* (inclusive), mientras fue aplicado el descuento del 32,6%. Lo contrario, importaría un *venire contra factum proprium*, que veda la admisibilidad de una postura posterior que se contraponga con lo actuado por la misma parte con anterioridad.

Sabido es que, la teoría de los propios actos, obliga al sujeto a ser coherente y consecuente con sus acciones y, parte de la base de que la conducta vinculante o conducta primaria del sujeto implicado es válida y eficaz (cfr. esta CNCom., esta Sala A, 19.07.07, *in re: “Scacciante Rosa c/ Banco Rio de la Plata S.A.”*; íd., Sala B, 12.06.95, *in re: “Diners Club Argentina S.A.C. y de T. C/ Sotes Corominas R.M.”*).

En efecto, las partes no pueden contradecir en juicio sus propios actos anteriores, deliberados, jurídicamente relevantes y plenamente eficaces; la sanción de la conducta contradictoria se funda en necesidad de guardar un comportamiento coherente, indispensable para el buen orden y desarrollo de las relaciones.

En efecto, resulta al menos llamativo que el actor exprese su conformidad con el descuento practicado por la prepaga hasta noviembre de 2019, para luego demandarla por un aumento en el valor de las cuotas ya devengadas y canceladas.

Tampoco se advierte que haya mediado un incumplimiento por parte de la prepaga accionada, quien, luego de la jubilación del afiliado, le proporcionó la adhesión directa -y la de su grupo familiar- a un plan de la entidad, conservando la antigüedad y realizando -incluso- *descuentos especiales* luego de transcurrido un año desde la desvinculación laboral por jubilación.



En lo que aquí nos ocupa, cabe reiterar que la ley 26.682 dispone en su artículo 15° que *“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 1° de la presente ley (empresas de medicina prepaga) tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1° 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 1° de la presente ley debe mantener la prestación del plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días”*.

En el mismo sentido, fue redactado el art. 4° de la Resolución N° 163/2018 SSS, al disponer que *los usuarios adheridos por contratación grupal o corporativa en los términos del artículo 15 de la Ley N° 26.682 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, cuando hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con la entidad, conservando la antigüedad y sin que tal afiliación directa pueda ser considerada como una nueva afiliación*.

2.4. Tampoco puede concluirse en el caso, que haya mediado un incumplimiento por parte de *Swiss Medical* en torno a un aumento no autorizado de las cuotas liquidadas a C..

Es que, si bien el artículo 4° de la ley 26.682 dispone que *es autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación*, a través de la *Superintendencia de Servicios de Salud* (art. 4° del Dcto. Reglamentario N° 1993/2011) y, entre sus objetivos y funciones, se encuentra el de *autorizar y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren las empresas de medicina prepaga* (art. 5°, inc. g), quienes sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la autoridad de aplicación (art. 8°), lo cierto es que no figura acreditado en autos que los aumentos del valor de las cuotas de la facturación cuestionada, no se hayan *fundado en variaciones de la estructura de costos y*



razonable cálculo actuarial de riesgos (art. 17° ley 26.682), debidamente fiscalizados por la autoridad de aplicación, que garantiza su razonabilidad y autoriza su aumento.

Cobra relevancia al respecto, el Decreto N° 1993/2011 (reglamentario de la ley 26.682), que dispuso que la autoridad de aplicación “*implementará la estructura de costos que deberán presentar las entidades, con los cálculos actuariales necesarios, la verificación fehaciente de incremento del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en vigencia, el incremento de costos de recursos humanos y cualquier otra circunstancia que la Superintendencia de Servicios de Salud y las entidades comprendidas en la presente reglamentación consideren que incide sobre los costos de la cuota de los planes ya autorizados [...] cuando se trate de planes con diferenciación de la cuota por plan y por grupo etario sólo se admitirá el cambio de categoría de cuota cuando el mismo haya sido expresamente previsto en el contrato de afiliación. La relación de precio entre la primer franja etaria y la última no puede presentar una variación de más de tres (3) veces, siendo que la primera franja será la menos onerosa y la última la más onerosa*” (art. sustituido por art. 7° del Decreto N° 66/2019 B.O. 23.01.19).

Y lo cierto es que, de las constancias de autos, se advierten consignados por el experto contable y por la autoridad de aplicación, el detalle de los incrementos autorizados por la *Superintendencia* en virtud de las resoluciones N° 798/2018 (7,5%), 1239/2018 (7,5%), 1780/2018 (8%), 262/2018 (8,5%), 933/2018 (5%), 592/2019 (7,5%), 872/19 (5,5%), 872/19 (6%), 1701/19 (4%), 1701/19 (4%), 2824/19 (12%) y 1787/20 (10%), respectivamente, coincidiendo éstos, con los incrementos que habrían sufrido las cuotas cuyo *quantum* fue aquí cuestionado (véanse, al respecto, las precisiones efectuadas por la SSS en su contestación de fecha 01.02.21).

Así por ejemplo, la cuota del mes de julio de 2018 que ascendía a la suma de \$ 14.023,56 (v. factura N° 1346-03971742), luego de los incrementos



autorizados por la SSS, en el caso, 7,5%, 8%, 8,5% y 5%, alcanzó en abril de 2019 el monto de \$ 18.548,51, conforme surge de la factura N° 1346-05112682. Luego, en mayo de 2019, tras el aumento del 7,5%, se advierte facturada una cuota de \$ 19.939,66, y así sucesivamente en las siguientes liquidaciones hasta febrero de 2020. En todos los casos, aparecen aplicados, correctamente, los aumentos porcentuales de las cuotas conforme el detalle de las resoluciones adjuntado por la *Superintendencia de Servicios de Salud*.

Ergo, el marco probatorio descripto, permite concluir en el rechazo de la acción incoada, y la confirmación del pronunciamiento apelado, toda vez que el aumento de las distintas cuotas reclamadas no superó los incrementos autorizados por la *Superintendencia de Servicios de Salud*, contemplando incluso, *descuentos especiales* efectuados por la prepaga luego de un año de la concesión del beneficio jubilatorio de C., los cuales se fueron reduciendo en el tiempo y finalmente cesaron, conforme fuera explicado precedentemente.

En este marco, la suerte adversa de la queja introducida por la parte actora se encuentra sellada.

2.5. No enerva la conclusión arribada, la defensa esgrimida por los recurrentes accionantes referida a la falta de análisis del expediente administrativo N° EX-2020-40833129-APN-SGSUSS#SSS por parte de la sentenciante, con base en que dicho procedimiento dispuso intimar a la prepaga demandada “*que se abstenga de aplicar aumentos en razón de la edad y no autorizados por la autoridad de aplicación, de conformidad a la normativa aplicable al caso*”, ordenando a su vez, “*reintegrar las sumas cobradas indebidamente y adecuar la cuota a los parámetros legales allí fijados*”.

Ello así, toda vez que si bien la autoridad de aplicación se expidió en esos términos con fecha 03.02.21, ordenando un reintegro de \$ 215.065,31 a favor de C. “*por ser cobrados indebidamente, en concepto de aumentos aplicados en razón de la edad y sin la debida autorización de la autoridad de aplicación en el período diciembre 2017 a mayo 2020*” (sic), no puede soslayarse que dicho antecedente fue denunciado por la parte actora en el marco de las presentes



actuaciones como *hecho nuevo* -art. 365 CPCCN- (11.02.21), al cual se opuso *Swiss Medical*, alegando que habría solicitado la *vista y suspensión de ejecutoriedad del acto administrativo con fundamento en el acuse de nulidad absoluta*, afirmando que aquél *atentaba contra la seguridad jurídica del proceso* y que también *configuraba una suerte de prejuzgamiento*, motivo por el cual fue diferido su tratamiento por parte de la Magistrada de grado con fecha 23.02.21.

Luego, se advierte que, frente a la denuncia de la promoción de estas actuaciones en el marco de dicho procedimiento, motivó que, el día 04.03.21, la *Superintendencia de Servicios de Salud* dispusiera el archivo del expediente administrativo, de conformidad con lo establecido por el art. 95 del Decreto N° 1759, reglamentario de la ley 19.549, aclarando que en su parte pertinente dispone que “*la elección de la vía judicial hará perder la administrativa*” (sic).

Así las cosas, y tras considerar la Sra. Juez *a quo* que los antecedentes acompañados y la disposición dictada en sede administrativa con fecha 03.02.21 se identificaban con el mismo objeto de éstas actuaciones, concluyó con fecha 26.05.21, en que la incorporación a la causa del hecho nuevo invocado como tal, devino abstracta.

Ello, sumado a la conclusión alcanzada anteriormente, a partir de la facturación acompañada por la propia parte actora y los antecedentes adunados por la *Superintendencia de Servicios de Salud* con fecha 01.02.21, resulta que no habrían mediado incrementos no autorizados por la autoridad de aplicación, por lo que no cabe sino desestimar la queja vertida sobre este particular aspecto.

VI. Por todas estas consideraciones, esta Sala RESUELVE:

a.- Rechazar el recurso de apelación interpuesto por la parte actora y, en consecuencia, confirmar el fallo dictado en lo que ha sido materia de agravio.-

b.- Imponer las costas a la parte recurrente, atento su calidad de vencida (art. 68 CPCCN).-

Notifíquese la presente resolución a las partes. Oportunamente, devuélvanse virtualmente las actuaciones a la instancia anterior.-



A fin de cumplir con la publicidad prevista por el art. 1 de la ley 25.865, según el Punto I.3 del Protocolo anexo a la Acordada 24/13 CSJN, hágase saber a las partes que la publicidad de la sentencia dada en autos se efectuará mediante la pertinente notificación al CIJ.-

HÉCTOR OSVALDO CHOMER

MARÍA ELSA UZAL

ALFREDO A. KÖLLIKER FRERS

MARÍA VERÓNICA BALBI
Secretaria de Cámara

