



Expediente Número: CCF - XXXX/2021 **Autos:**

██████ c/ HOSPITAL

BRITANICO s/AMPARO DE SALUD **Tribunal:**

CAMARA CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL- SALA II /

EXCMA. SALA:

1. Mediante la sentencia del 15 de junio de 2022, el Juzgado en lo Civil y Comercial Federal N° 3 rechazó la acción de amparo que promovió ██████ contra el Hospital Británico de Buenos Aires a fin de que lo reafilie en el mismo plan del que gozaba, al entender que, de acuerdo a las constancias de autos, se había acreditado que "...el actor no obró de buena fe en los términos del artículo 961 del Código Civil y Comercial de la Nación..." al completar la declaración jurada de salud para obtener el servicio que esa firma ofrecía en el plan "Classic Plus", en tanto omitió especificar los antecedentes de salud mental que presentaba (v. fs. 145, de acuerdo a las constancias del sistema de consultas web del PJN).

En efecto, el magistrado refirió que, según surgía de la Historia Clínica de ██████, el amparista "... ingresó el día 15.05.21 al Instituto Neurociencias y Rehabilitación, con 22 años, padec[iendo] de trastorno depresivo mayor y trastorno de la personalidad, [...] para ser evaluado por recaída de cuadro depresivo, con ideación suicida franca con empeoramiento del estado de ánimo que se [había] agrav[ado] desde fines de 2020, encontrándose en las semanas previas a la internación con ideas de desesperanza y muerte, llegando incluso a presentar un plan de arrojarse a las vías del tren...". Además, en ese documento también se especificaba que el señor ██████ "... estuvo internado en el año 2017 por sobreingesta medicamentosa de 100 comprimidos y que se le administra[ba] medicación psiquiátrica iniciando tratamiento con psicólogo desde el 2017 y dos años después con médico psiquiatra...".

De acuerdo a tales extremos, el magistrado tuvo por acreditado que el amparista omitió denunciar esos antecedentes en la oportunidad de completar su





declaración jurada de salud, "...siendo negativas las respuestas a si padece o padeció alguna enfermedad, defecto, molestia y secuela o discapacidad física o psíquica, si tuvo o ha tenido alguna internación clínica quirúrgica o psiquiátrica, si recibe, toma o ha tomado alguna mediación habitual, si ha estado internado por cualquier motivo, ingiere o ha ingerido alguna medicación en forma crónica...". Ello, al entender que, "...al momento de completar el formulario para afiliarse a la demandada ya conocía su estado de depresión, [dado que] había estado internado en el año 2017, es decir cinco años antes y se encontraba con tratamiento psiquiátrico y medicado con i) Lamotrigina 250mg diarios; (ii) Bupropión 300 mg diarios (SR); (iii) Aripiprazol 7,5 mg diarios..." (fs. 147).

2. Contra esa decisión, el accionante interpuso recurso de apelación a fs. 146/155, que fue concedido a fs. 156 y contestado a fs. 157/165.

En lo sustancial, se agravio del razonamiento del a quo, al señalar que el magistrado se fundó en la propia prueba documental que él acompañó junto con el escrito de inicio, esto es, su epicrisis, partiendo de la errónea interpretación de que había sido "...diagnosticado psiquiátricamente, [cuando en verdad, fue] por 'episodio' de depresión (F. 32.3)...". En este sentido, destacó que, conforme surgía de ese documento, "...e[ra] la 2da. vez en su vida -la anterior ha[bía] sido en el año 2017 es decir hace más de 5 años- que presenta[ba] un episodio que requ[ería] internación...".

Siguiendo esa línea argumental, afirmó que no actuó de mala fe, en la medida que, "[a]l momento de la contratación del Plan Superador, la declaración jurada que se le presentó [...] no contenía NADA RESPECTO A LA EXISTENCIA DE UN SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO AMBULATORIO -como la mayoría de nosotros tenemos- NI DE ALGÚN EPISODIO AISLADO COMO EL QUE LE HA OCURRIDO EN EL AÑO 2017...". Ello así, además de alegar que no había consignado ese documento, aseveró que el promotor del Hospital Británico que lo asistió en esa





oportunidad "...le explicó [...] que no importaba a los fines de la declaración jurada el tratamiento psicológico llevado a cabo...".

En última instancia, destacó que se le comunicó su desafiliación, luego de gozar un año de esa cobertura, "...en su PEOR MOMENTO, cuando requ[ería] comprar la medicación indicada y poseer un seguimiento más frecuente e intenso, atento el episodio por el cual debió ser internado..." (fs. 146/155).

Por su parte, el Hospital Británico, al contestar el traslado de dicha presentación a fs. 157/165, afirmó que el amparista "...ocultó información, al no consignar/precisar/detallar sus antecedentes psiquiátricos en su DDJJ de Salud, pese a tener pleno conocimiento de ellos, adoptando en su lugar una conducta contraria a la buena fe contractual, en detrimento de [sus] derechos...". En efecto, destacó que "...al momento de completar el formulario para afiliarse al PSHB conocía su estado de salud -depresión en razón de haber estado internado en el año 2017 y que se encontraba con tratamiento psiquiátrico con un profesional de la salud externa del HB y medicado-[que no constituía un] [...] simple episodio, [sino que, como surge d]el informe de [REDACTED] [...] padec[ía] un trastorno depresivo más un trastorno esquizoide de la personalidad[que, según lo indicado por su] médico psiquiatra [irrogaba la existencia de] un riesgo cierto e inminente para sí mismo como para terceros...". Para más, indicó que el accionante reconoció ese cuadro, en tanto, "...[l]uego de ingresar al Plan de Salud del HB, llamativamente y en oportunidad de una consulta médica, recordó con precisión esos antecedentes médicos...".

3. A fin de ingresar en el análisis de la cuestión planteada, resulta pertinente reseñar que [REDACTED], de 22 años de edad, contrató en enero de 2020 los servicios de salud garantizados por el Hospital Británico. A ese fin, en mayo de 2020 suscribió una declaración jurada de salud, en la que hizo constar que presentaba una dificultad de visión -aclarando en las observaciones que sufría





“miopía”-, y no denunció el padecimiento de otras patologías u antecedentes de salud (conf. documental obrante a fs. 26/39).

Tras gozar durante más de un año de la cobertura que le brindaba la firma demandada, el 15 mayo de 2021 debió ser internado por sufrir “una recaída depresiva intratamiento, con predominio clínico de anhedonia, desesperanza e ideación suicida que representa[ba] una elevación del riesgo para la propia seguridad...”, en el centro especializado de neurociencias y rehabilitación [REDACTED]. Esa internación, de carácter voluntario, se extendió hasta el 4 de junio de 2021 (v. historia clínica acompañada por [REDACTED] a fs. 99/131, en particular, su epicrisis y consentimiento informado de internación voluntaria).

Según surge de la prueba documental obrante en autos, el amparista acudió al servicio de emergencias del Hospital Británico por una derivación de la doctora O. -psiquiatra que lo atendía en forma particular- por presentar ideación suicida. Al examinarlo en esa oportunidad, la psiquiatra V. refirió que el amparista “...reconoc[ió] el antecedente de un Trastorno de la Regulación Afectiva recurrente y de larga data (desde la pubertad), con protagonismo excluyente de Episodios Depresivos graves, que combina[ban] la profunda inhibición melancólica con síntomas atípicos: hipersomnia e hiperfagia...” y que se encontraba en tratamiento farmacológico para abordar ese cuadro, al cual había respondido en forma favorable durante un trimestre (diciembre-febrero) y cuyas dosis no habían sido ajustadas los dos últimos meses.

En dicha oportunidad la profesional hizo notar su “...historia personal de Obesidad, con un tiempo total de evolución similar, un BMI máximo histórico de 37 kg/m² y un BMI actual estimado en 31,5 kg/m²...”. Tras ponderar que, “...[e]n el curso del último mes, la distimia se habría exacerbado, en coincidencia con las dificultades para sostener el rendimiento académico (inició este año los estudios del Profesorado de Inglés), y con el correlato cognitivo de la ideación/planificación suicida, con





intensidad y recurrencia crecientes en las últimas semanas...”, le indicó su internación psiquiátrica “...para ajustar el tratamiento en condiciones de seguridad...”; recomendación que fue consentida por el actor (v. informes del 14 y 15/05/2021, fs. 26/39 y 99/131).

Por su parte, los profesionales a cargo de la referida internación señalaron que el diagnóstico de [REDACTED] era el de depresión mayor (F.32:3 según el Manual de Psiquiatría DSM IV). Dieron cuenta de que se trataba de un “...paciente en [tratamiento] psicológico y psiquiátrico particular de larga data por depresión mayor y dificultad en vínculos sociales. Vive con su madre (separada) y tiene una hermana mayor que vive en Barcelona (España)...”, y describieron como antecedente que “...estuvo internado en Clínica [REDACTED] por sobreingesta medicamentosa en 2017 por cuadro depresivo, con similar sintomatología que [a esa fecha]: desgano marcado, pensamientos negativos, frustración e impotencia respecto a sus autoexigencias. Siente como fracasos sus intentos incompletos de estudios (programación, profesorado de inglés). Difícil relación con su padre y muy pocos vínculos sociales, sin pareja ni amigos. Eunmesia, coherente, orientado en tiempo y espacio, niega al momento ideas autolíticas, juicio conservado...”.

Sobre esa base, recomendaron un “tratamiento ambulatorio psicológico, psiquiátrico y farmacológico”, refiriendo que el pronóstico era “bueno, cumpliendo con indicaciones” y haciendo constar que el amparista no requería un acompañante permanente, pero sí continuar viviendo con su madre, pudiendo manejar su medicación con supervisión (fs. 99/131).

En este contexto, el actor relató que, al momento en que debía acceder a los medicamentos prescritos y requerir un seguimiento más estricto, se anotició mediante la carta documento remitida el 15 de junio de 2021 de que la demandada lo había desafiliado, con el argumento de que no había denunciado sus antecedentes de salud mental en la declaración jurada consignada al momento de su afiliación.





El Hospital Británico defendió su posición alegando que se basó en las explicaciones desarrolladas por el cuerpo médico que intervino previamente y durante la internación de [REDACTED] -en particular, citó textualmente las observaciones de la Dra. V.-. Sobre esa base, en el Informe Interno de Auditoría Médica realizado por el hospital, la profesional interviniente -Dra. A.- concluyó que, el accionante "...no p[odía] desconocer su patología de carácter emocional y el consumo de medicación para mitigarlo..." (v. informe adjunto por esa parte a fs. 26/39).

A partir de allí, el amparista relata que -ante el desconcierto que le generó tal accionar- con fecha 16 y 17 de junio de 2021 solicitó coordinar una reunión con representantes de la demandada a fin de resolver su situación, petición que le fue denegada (v. lo expuesto a fs. 1/10).

En tales condiciones, inició la presente acción de amparo a efectos de que se lo reafilie al plan de salud. Ante la urgencia que ameritaba su pretensión, solicitó que se dicte una medida cautelar tendiente a que la reincorporación se efectivice en forma inmediata, la que fue concedida por el juez de grado a fs. 48 y confirmada por V.E. a fs. 75.

4. Así planteada la controversia que motivó estos actuados, cabe recordar que la Ley N° 26.682, que prescribe el régimen aplicable a las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las Leyes N° 23.660 y 23.661, establece que al momento de suscribir un contrato de seguro de salud los pretensos afiliados deberán completar una declaración jurada sobre su estado de salud, a partir de la cual únicamente podrán establecerse las enfermedades preexistentes a esa afiliación, sin que resulte pertinente sustentar en esta circunstancia el rechazo de la admisión (artículos 1° y 10).





La norma prevé dos supuestos en los cuales los Agentes del Seguro de Salud se encuentran autorizados a rescindir el contrato de manera unilateral. El primero de ellos se presenta “cuando el usuario incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas”, y el segundo “cuando el usuario haya falseado la declaración jurada (artículo 9° de la Ley 26.682).

Respecto de este último supuesto, el Decreto Reglamentario N° 1993/2011 aclara que, “[p]ara que la entidad pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, deberá poder acreditar que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 961 del CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN. La falta de acreditación de la mala fe del usuario, determinará la ilegitimidad de la resolución. [...] La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará la normativa pertinente a fin de establecer las características que deberán contener las declaraciones juradas y el plazo por el cual se podrá invocar la falsedad...” (artículo 4°, sustituido por el Decreto N° 66/2019).

El referido artículo 961 del CCCN dispone que “[l]os contratos deben celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe. Obligan no sólo a lo que está formalmente expresado, sino a todas las consecuencias que puedan considerarse comprendidas en ellos, con los alcances en que razonablemente se habría obligado un contratante cuidadoso y previsor”.

En efecto, el principio de buena fe ha sido descrito como “un continente que atrapa en su formulación una serie de principios imperativos como los de previsibilidad y estabilidad contractual que deben acompañarse con las exigencias de equidad, de proporcionalidad, de coherencia, de lealtad, de colaboración y de solidaridad” (Lorenzetti, Ricardo L., “La empresa médica”. 2° edición ampliada y actualizada, Santa Fe, Rubinzal-Culzoni, 2011, p. 547-548).

Este Ministerio Público en su actuación ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación, ha entendido que “...para la procedencia de la rescisión por parte de la





empresa de medicina prepaga, no basta verificar la simple omisión de información, sino que se exige que el usuario, obrando sin la buena fe requerida, haya falseado la declaración [siendo la rescisión una] consecuencia gravosa [que] encuentra plena justificación en las reglas de confianza que la propia norma prevé respecto del tratamiento de las enfermedades preexistentes, al prescribir en el artículo 10, que éstas sólo pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y que no pueden ser criterio del rechazo de su admisión...” (v. dictamen emitido por la Procuración General de la Nación en el marco de las causas N° FMP 12572/2016/CS1-“A , B R c/ Swiss Medical S.A Medicina Privada s/ amparo ley 16986” y FMP 3317/2019/CS1- “C., H. c/ Swiss Medical s/ prestaciones médicas”, del 18 de noviembre de 2020).

Sobre esas bases, a fin de demostrar la intencionalidad del afiliado de omitir informar una patología, en oportunidad de contratar el servicio de cobertura de salud, deberá acreditarse que aquel tenía un real conocimiento y consciencia ya sea de tal patología en sí, o bien de su sintomatología, a la fecha de la afiliación, y que fue específicamente consultado por ella en el formulario referenciado.

5. En el caso, el Hospital Británico rescindió el contrato de afiliación celebrado con [REDACTED] al entender que había omitido deliberadamente denunciar datos relevantes acerca de su salud mental, en particular, su internación en el año 2017, el tratamiento medicamentoso que llevaba a cabo, y el cuadro depresivo que presuntamente presentaba y que se habría agravado hasta justificar una nueva internación en el año 2021. También consideró que el Sr. [REDACTED] había omitido comunicar que padecía obesidad.

Ahora bien, siendo que el núcleo de la controversia ha sido planteado en torno a aspectos relativos a la salud mental del actor, la solución propuesta exige ponderar las particularidades fácticas y jurídicas que





caracterizan dicho campo. Ello así, particularmente, en lo que respecta al análisis de la existencia -o no- de mala fe en el afiliado al momento de suscribir la declaración jurada, puesto que, como ha sido señalado en el apartado anterior, la mera omisión no justifica la legalidad de la rescisión.

La controversia de autos nos remite así al ámbito de la salud mental, que ha sido definida por la Ley N° 26.657 como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (artículo 3).

Sobre el punto, cabe recordar que dicha Ley Nacional de Salud Mental, sancionada el 2 de diciembre de 2010, implicó un verdadero cambio de paradigma en el abordaje de la temática, demostrando la evolución histórica que el concepto de “enfermedad mental” experimentó en nuestro país y en el mundo. Al respecto, uno de los puntos destacados de este marco normativo está dado por la forma en que se aborda el diagnóstico de salud mental, en cuanto a su determinación y potenciales alcances.

Acerca del primero de los aspectos mencionados, establece el artículo 3 inciso “d”: “[e]n ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: [...] La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización”.

Dicha norma, de importancia primordial para el caso de autos, reconoce como antecedente uno de los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución N° 46/119 del 17 de diciembre del año 1991. Su principio 4.4 dispone que: “[e]l hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental”.





A la vez, el artículo 5° de la Ley Nacional de Salud Mental aclara que “[l]a existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado”.

En relación a ello, el dinamismo ínsito en estas afecciones lleva a reconocer el derecho de toda persona a que su “padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable” (conf. artículo 7, inciso “n”, de la referida norma). De allí que durante el debate parlamentario previo a la sanción de la ley, se resaltó que “[e]s fundamental comprender que factores genéticos, biológicos, ambientales y sociales determinan conjuntamente la aparición de enfermedades mentales. El ser humano es una unidad indisoluble, lo físico se une a lo mental y a lo histórico-social” (argumentos desarrollados por la diputada Arrieta, en el marco de la 7° sesión ordinaria del 14/10/2009, versión taquigráfica, p. 408; como también por la senadora Riofrio, en la 17° sesión ordinaria celebrada el 24 y 25/11/2010, versión taquigráfica, p. 580).

La concepción de la salud mental -y de los padecimientos mentales- como procesos complejos y dinámicos, que no pueden ser reducidos a un diagnóstico rígido e inalterable, ha sido receptada por la Organización Mundial de la Salud en un reciente estudio dedicado al tema. En el “Informe Mundial sobre la Salud mental” para el año 2022, se resalta que “[l]a salud mental existe en un complejo proceso continuo”, y que “[e]n cualquier momento, un conjunto de diversos factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales pueden combinarse para proteger o socavar nuestra salud mental y cambiar nuestra posición en el proceso continuo de la salud mental” (página 2).

En efecto, ya desde el año 1950 -durante la segunda sesión del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS- se definió a la salud mental como “una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente





conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico” (Bertolote, José M., “Raíces del concepto de salud mental”, World Psychiatry, Edición Española, 2008, p. 113 a 116; también disponible en https://www.academia.edu/7184707/Origenes_del_concepto_de_salud_mental).

En el caso de autos, tanto el informe emitido por la médica psiquiatra que indicó la internación de [REDACTED], como lo manifestado por los profesionales a cargo de ella, reflejan la multiplicidad de factores que pueden determinar la variabilidad del estado de salud mental. En tal oportunidad, los profesionales señalaron que el estado depresivo que presentaba el actor se había agravado hacia esa fecha ante circunstancias tales como “las dificultades para sostener el rendimiento académico (inició este año los estudios del Profesorado de Inglés); s[entir] como fracasos sus intentos incompletos de estudios (programación, profesorado de inglés); dificultad en los vínculos sociales, sin pareja ni amigos, difícil relación con su padre” (v. fs. 26/39 y 99/131).

Al respecto, la accionada destacó que [REDACTED] le habría reconocido a la médica psiquiatra V. sufrir “un trastorno de la regulación afectiva recurrente y de larga data” que lo habría llevado a concretar su internación en el año 2017. Sin embargo, como se expusiera anteriormente, de acuerdo a la legislación nacional la existencia de un antecedente de internación psiquiátrica no determina, por sí sola, el diagnóstico en el campo de la salud mental (conforme al artículo 3, inciso “d” de la Ley 26.657).

Según las constancias obrantes en autos, [REDACTED] recién habría obtenido el diagnóstico certero de padecer “depresión mayor (DSM IV, F; 32:3)”, al ser examinado por el equipo médico del centro [REDACTED], en el marco de su segunda internación; esto es, un año después de haber suscripto la declaración jurada de ingreso a la prepaga. Diagnóstico este que, además, no puede ser considerado un estado inmodificable conforme al artículo 7 inciso “n” de la Ley 26.657.





Lo expuesto permite afirmar que el actor -sin gozar de conocimientos médicos- bien podría haber entendido, al momento de suscribir su declaración jurada, que no poseía un padecimiento mental actual que dar a conocer, lo que descarta la existencia de un comportamiento doloso.

6. Por otra parte, en autos también se cuestiona la falta de consignación por parte del actor de determinados antecedentes sobre su salud psicofísica, en particular, su internación en el año 2017, y el seguimiento de un tratamiento psiquiátrico y farmacológico.

Sobre el punto, resulta pertinente ponderar que la Ley N° 26.657 reconoce que toda persona con una afección de esta índole tiene derecho a “no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado” (artículo 7 inciso “i”). Asimismo, se consagra su derecho a “recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación” (artículo 7 inciso “l”).

Tales derechos responden a que estos padecimientos producen "... una situación de vulnerabilidad personal, social y jurídica. En diversos lugares del mundo, la sociedad moderna estigmatiza, devalúa, discrimina, abandona, aparta y excluye a muchos sufrientes mentales cuya dignidad se ve seriamente afectada” (Kraut, Alfredo J.; Diana, Nicolás, “Derecho de las personas con discapacidad mental: hacia una legislación protectoria”, La Ley, 8/VI/11; arg. Kraut, Alfredo J., Salud Mental - Tutela Jurídica, Buenos Aires, Rubinzal-Culzoni, 2006, p. 92).

La Corte Suprema de la Nación ha reconocido que “las personas con padecimiento mental conforman un colectivo social en particular situación de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono”, y ha reafirmado que las personas institucionalizadas por razones de salud mental son titulares de derechos fundamentales





con ciertas limitaciones derivadas de su reclusión, respecto de los cuales la regla debe ser el reconocimiento, ejercicio y salvaguardia especial de esos derechos, destacando la necesidad de establecer una protección normativa plena y eficaz (conforme a Fallos 331:211).

En el mismo sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos se ha expresado sobre “la especial atención que los Estados deben a las personas que sufren discapacidades mentales en razón de su particular vulnerabilidad”, al pronunciarse en un caso relativo a la violación de derechos humanos de una persona internada en una institución psiquiátrica (Corte IDH, “Ximenes Lopes vs. Brasil”, sentencia del 4 de julio de 2006, párr. 101).

Sin embargo, a pesar de la evolución acaecida en torno a este punto -prueba de la cual ha sido la reformulación de nuestro ordenamiento jurídico en relación a las temáticas de capacidad civil y salud mental, con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2010 y el Código Civil y Comercial de la Nación en el año 2015- lo cierto es que el padecimiento mental sigue generando un fuerte estigma social.

El estigma, ese “atributo profundamente desacreditador” (Goffman, Erving, *Estigma. La identidad deteriorada*, 1ra. edición, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2006) recorre la genealogía del sufrimiento mental, con los distintos nombres que este fue recibiendo a través del tiempo. En esta obra, publicada originalmente en 1963, el sociólogo distinguía tres clases de estigma: los relacionados con características o rasgos físicos; los “estigmas tribales” de la raza, la nación y la religión; y los estigmas vinculados con cuestiones “del carácter del individuo”, entre los que mencionaba las “perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, (...) intentos de suicidio...” (obra citada, p. 14).

Siendo que el estigma se plantea siempre en términos relacionales -en la interacción con los demás-, Goffman destaca que quien se sabe portador de él suele “mantenerse íntimamente alerta sobre lo que los demás consideran como su defecto” (p. 18). De allí que el





padecimiento mental -si bien íntimo- es al mismo tiempo “el padecimiento más social” en tanto tiene una significación social y cultural que ninguna enfermedad no-psíquica posee (la expresión entrecomillada corresponde a Scull, Andrew, *Locura y civilización. Una historia cultural de la demencia, de la Biblia a Freud, de los manicomios a la medicina moderna*, Fondo de Cultura Económica, 2019, p. 30, Ed. electrónica).

Asimismo, la OMS en su informe ya citado resalta que la “estigmatización y discriminación” que acompaña a los trastornos mentales es tal que se constituye en una de las principales razones por las cuales las personas demoran su acceso a los servicios de salud mental (Informe Mundial sobre Salud Mental 2022, p. 4).

Por otra parte, resulta relevante además que las dos internaciones que tuvo el accionante, tanto la de 2017 como la ocurrida en 2021, obedecieron a intentos de suicidio, incidiendo consecuentemente en la solución del caso lo dispuesto en la Ley N° 27.130.

El Estado Argentino mediante esta norma declaró de interés nacional la prevención del suicidio. Según expuso en sus fundamentos, consideró necesario brindarle una mirada específica a esta problemática, aún teniendo en cuenta que “...muchas veces [resulta ser] la expresión de alguna patología vinculada a la salud mental...”, con el objeto de estructurar una respuesta sistémica para promover su prevención.

En lo que interesa a esta contienda, la referida ley, en su artículo 13, dispone que “[t]odas las personas que, en el marco de la asistencia y el tratamiento de un paciente que haya intentado suicidarse, hayan tomado contacto o conocimiento del mismo, estarán obligadas a la confidencialidad de la información”.

En los fundamentos de esa norma, se especificó la importancia de incluir una previsión vinculada a la confidencialidad “...porque en general, sucede que quien ha tenido un intento fallido de quitarse la vida, viene a sumar a los padecimientos que llevaron a la toma de esa decisión, el estigma que supone ser identificado como una





persona que ha intentado trágicamente terminar con su vida[, razón por la cual] reviste fundamental importancia que los equipos interdisciplinarios, las obras sociales, los trabajadores de la salud que hubieran tomado intervención, contacto o tenido conocimiento, guarden reserva de la identidad...”.

Tal como postuló el legislador Mario R. Fiad, en el debate parlamentario, mediante esa norma -en concordancia con el objetivo perseguido por la Ley N° 26.657- “...pretendemos terminar con la estigmatización que se produce para quien ha tenido una tentativa de suicidio o para el entorno de una persona que se ha suicidado...” (Cámara de Diputados de la Nación, versión taquigráfica, 17° sesión ordinaria, 12/11//2014, p. 372).

De acuerdo a esas últimas premisas, por ello, tampoco resulta pertinente considerar dolosa la omisión del actor de denunciar la primera internación en 2017 a raíz de un intento de suicidio, en tanto tal proceder se encuentra amparada en los mecanismos legales de protección de la dignidad de las personas que han atravesado dicha situación.

7. Cabe tener presente que la consecuencia prevista por el artículo 9 de la Ley N° 26.682 -rescisión ante falseamiento de la declaración jurada de salud- tiene una finalidad sancionatoria, en tanto busca evitar que el futuro afiliado se beneficie a costa ajena. Esto es, se busca sancionar a aquella persona que a fin de eximirse de una pérdida (dada por el deber de abonar un importe adicional por enfermedad preexistente) oculta maliciosamente información de su estado de salud, habiendo sido expresamente consultado sobre ella.

Se advierte de lo expuesto, sin embargo, que el presente caso exhibe características propias que lo alejan de la previsión normativa citada. Si bien cabría tener por acreditado que el actor omitió consignar ciertos datos y antecedentes referidos a su salud, la naturaleza del tipo de afección en juego -padecimiento mental- no permite tener por acreditado que dicha omisión haya respondido a la





intención de obtener un beneficio indebido mediante una conducta dolosa.

Esto así por dos razones principales: en primer lugar, porque como se expusiera no existe certeza acerca del grado de conocimiento y consciencia que el actor tenía sobre su estado de salud psíquico. El carácter dinámico de la salud mental, su estrecho vínculo con la identidad personal, el fuerte estigma social y culturalmente asociado al diagnóstico mental (estigma que no solo es externo sino que también resulta interiorizado por la persona que atraviesa o ha atravesado un padecimiento de salud mental), son todos elementos que complejizan notoriamente la noción de “conocimiento de la enfermedad preexistente” en este tipo de casos.

Y, en segundo término, porque con relación a sus antecedentes de tratamiento e internación -que no constituyen diagnóstico- e intento de suicidio, los mismos factores señalados permiten presumir que el actor actuó guiado por una intención, normativamente protegida, de resguardo de su dignidad personal.

Por todo lo expuesto, la afirmación del actor respecto de que percibía su padecimiento como episódico y no como un estado patológico consolidado y/o crónico resulta convincente e impide, por tanto, afirmar que “no obró de buena fé en los términos del artículo 961 del CCyC” (conf. artículo 4 del Decreto N° 1993/2011, reglamentario de la Ley N° 26.682).

Al respecto, en el marco de una contienda análoga a la presente, la Sala M de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil refirió que “[s]i no pued[e] ser conocida por el afiliado -o su padre- la preexistencia de la enfermedad mental leve que padece producto de su desarrollo cognitivo, cuyo inicio no es posible determinar, es inadmisibles concluir que existió un ocultamiento de la patología y que de motivo a la rescisión unilateral de la prestadora” (en causa “G., P. c/ Federación Médica Gremial de la Capital Federal s/ amparo”; decisión del 6/09/10). Esto, toda vez que no interesa la fecha de origen de la patología, sino de su manifestación y consecuente





conocimiento (conf. arg. Lorenzetti, Ricardo, “La empresa médica”, ob. cit, ps. 195-197).

En línea con este aspecto, se advierte también que en todas sus presentaciones el accionante afirmó que sufría “episodios aislados de depresión” que motivaron sus internaciones, sin asignarle el carácter de trastorno continuo o “patología de base”. Ese razonamiento justificaría el hecho de que haya respondido negativamente a los interrogantes “1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, defecto y/o molestia y/o secuela o discapacidad y/o psíquica?; 2. ¿Tuvo o ha tenido alguna internación clínica, quirúrgica o psiquiátrica? (en caso afirmativo aclarar secuelas); 3. ¿Padece o ha padecido, recibe o ha recibido algún tratamiento por enfermedad? Por ejemplo: [...] PSIQUIÁTRICAS (depresión, abuso de sustancias, trastornos alimentarios); 12. ¿Recibe o ha recibido, toma o ha tomado alguna medicación en forma habitual?; 13. ¿Está actualmente o ha estado en tratamiento médico y/o en estudio por alguna afección? ¿Ha estado internado por cualquier motivo, cuál? ¿Ingiere o ha ingerido alguna medicación en forma crónica? Detalle droga, dosis y año”.

En particular, el actor alegó que el formulario de declaración jurada no preveía ningún ítem para denunciar “...la existencia de un seguimiento psicológico ambulatorio -como la mayoría de nosotros tenemos- ni de algún episodio aislado como el que le [ocurrió] en el año 2017...” (v. fs. 1/10).

Para más, aseveró que, al completar ese documento, el asesor de la demandada que lo asistía le informó que “...no importaba a los fines de la declaración jurada el tratamiento psicológico llevado a cabo...” (fs. 1/10). Si bien tal circunstancia no ha sido acreditada, lo cierto es que tampoco la demandada demostró haber colaborado activamente con [REDACTED] en ese momento, a fin de que no incurra en omisiones como las que se discuten en autos, teniendo en cuenta los especiales deberes a su cargo frente a dolencias como las que se atribuyen al actor.





Al respecto, no es posible soslayar que la información requerida al actor en la declaración jurada -en cuyos términos se sustenta íntegramente la justificación de la desafiliación cuestionada- implicaba dar a conocer datos sensibles en un contexto de mera atención comercial, muy alejado de las circunstancias y resguardos que exige la atención de la salud mental y en cuyo marco se espera hacer explícita esa clase de información.

En efecto, la Ley de Derechos del Paciente N° 26.526 establece los “derechos esenciales” que rigen “la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate” (artículo 2). Entre ellos menciona: el derecho del paciente a un trato digno y respetuoso por parte de todos los agentes del sistema de salud, “con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente” (inciso “b”); y también el “derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud”, que comprende asimismo la posibilidad de optar por no recibir la mencionada información (inciso “f”).

Tales directivas se ven reforzadas en materia de salud mental, en donde la buena calidad de los servicios de salud se haya estrechamente ligada a la necesidad de “preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales”, de acuerdo a las pautas elaboradas por la OMS, en el marco del *Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental* (módulo IV “Mejora de la Calidad de la Salud Mental”, 2003, traducido al español por Editores Médicos EDIMSA, p. 10, disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43722>).

Asimismo, la “Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada” elaborado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, que constituye una guía modelo de atención para las personas que solicitan asistencia por problemáticas de salud mental,





prevé pautas específicas vinculadas con la promoción del respeto y la dignidad de la persona que se halla en tal situación, y la necesidad de emplear “habilidades de comunicación eficaces” en ese contexto. En particular, se recomienda “cre[ar] un ambiente que facilite la comunicación abierta”, lo que necesariamente implica destinar un espacio de privacidad así como también explicar a la persona que “la información abordada durante la visita se mantendrá confidencial y no se intercambiará sin autorización previa” (consejo de comunicación n° 1). También se sugiere pedir aclaraciones para el caso de que los antecedentes reseñados sean poco claros (extracto del consejo de comunicación N° 3), “[p]ermitir que la persona haga preguntas acerca de la información suministrada” (extracto del consejo de comunicación n° 5), y “[r]espond[er] con sensibilidad cuando las personas revelen experiencias difíciles (por ejemplo, acerca de agresión sexual, violencia o lesiones autoinflingidas)” (consejo de comunicación n° 6). Dicha guía fue realizada en el marco del “Mental Health Gap Action Programme” y puede consultarse en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>.

Se advierte así que la demandada debió extremar las medidas tendientes a asistir al accionante al momento de suscribir esa declaración jurada, en cumplimiento del deber de brindar información clara y precisa, tal como exige la propia Constitución Argentina, la Ley N° 24.240 y el marco legal que rige la atención de la salud mental y el tratamiento de personas que han atentado contra su propia vida, a efectos de prevenir, en su caso, la omisión culposa de antecedentes de salud.

8. Asimismo, corresponde destacar que la variabilidad y complejidad que presenta un trastorno mental, al igual que la manifestación de su sintomatología –argumentada por el accionante–, se demuestra con que ■■■ se mantuvo afiliado a la demandada durante un año, sin que se haya desarrollado en ese transcurso de tiempo algún indicio que expusiera la patología que ahora esa parte le atribuye haber ocultado.





A este respecto, el artículo 9° del Decreto Reglamentario N° 1993/2011 establece, en su último párrafo, que la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación deberá reglamentar “las características que deberán contener las declaraciones juradas y el plazo por el cual se podrá invocar la falsedad” incurrida en la declaración jurada de ingreso. A la fecha, la autoridad de aplicación no emitió una norma de alcance general sobre estos puntos.

Tal precepto expone la relevancia que cabe asignarle al factor temporal en el ejercicio de la prerrogativa de rescisión analizada en este proceso, lo cual tiene por objeto brindar seguridad jurídica al vínculo contractual.

Frente a situaciones análogas, esa Cámara ha sostenido en reiteradas oportunidades que debe tenerse presente que la falta de reglamentación de ese precepto, no puede redundar en perjuicio del actor (CNCyCFed., Sala I, causa n° 2190/10 del 31/07/12; Sala II, causa n° 372/13 del 14/08/13, Sala III, Causa 10.266/07 del 14/09/10, entre muchas otras).

De modo que, aún en ausencia de un límite temporal reglamentario, la mera circunstancia de que durante el transcurso de ese período el Hospital Británico no se haya anoticiado de ningún episodio de salud del amparista ni este le haya requerido algún tratamiento por la patología mental en cuestión, conduce también a validar el razonamiento que exteriorizó el accionante acerca de que solo sufría de episodios de depresión aislados.

9. En otro orden, debe destacarse el hecho de que [REDACTED] denunció en ese marco que padecía de “miopía”, al contestar en forma afirmativa que tenía “una dificultad en su visión” (v respuesta a la pregunta N° 11, fs. 26/39) y enunciarla en las observaciones, informando incluso la dioptría que le fue prescrita. Tal declaración expone su voluntad de manifestar el estado de salud real que presentaba a esa fecha y permite inferir la dificultad de reconocer como obligatoria la denuncia de sus





antecedentes de salud mental, dados los términos genéricos empleados para conceptualizar ese tipo de trastornos, en contraposición con aquella afección.

En la medida que se está frente a una relación de consumo, corresponde evaluar estos extremos, e interpretar las normas en pugna en el sentido más favorable para la parte más débil del contrato —en este caso, el accionante— ya que “los usuarios y consumidores son sujetos particularmente vulnerables a los que el constituyente decidió proteger de modo especial...” (Fallos: 331:819, considerando 7º; v., también, “Etcheverry, Roberto Eduardo c/ Omint Sociedad Anónima y Servicios”, E. 34. XXXV, sentencia del 13 de marzo de 2001). Más aún, teniendo en cuenta que el objeto de la pretensión está directamente vinculado con el derecho a su salud, que tiene jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22, de la Constitución Nacional, art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. XI de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, y art. 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos).

Siguiendo esta línea, la interpretación de toda controversia debe efectuarse a la luz de los principios propios del derecho del consumidor, a saber, buena fe, trato digno y no discriminatorio, información adecuada y veraz, y en caso de duda, interpretación más favorable al consumidor (art. 42 de la Constitución Nacional, art. 37 de la ley 24.240).

Ello, haciendo hincapié en que si bien la actividad que asumen las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga puede “... representar determinados rasgos mercantiles, en tanto ellas tienden a proteger las garantías constitucionales a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas (v. arts. 3, Declaración Universal de Derechos Humanos; 4 y 5, Convención Americana sobre Derechos Humanos y 42 y 75, inc. 22, de la Ley Fundamental), también adquieren un compromiso social con sus usuarios”, por lo que “...más allá de su constitución como empresas los entes de medicina prepaga tienen a su cargo una trascendental función social





que está por encima de toda cuestión comercial” (Fallos: 330:3725, considerandos 8° y 9°, sus citas).

10. Con relación a la patología “obesidad” que la demandada le endilgó al accionante haber ocultado dolosamente, observo que, en la declaración jurada cuestionada, [REDACTED] debió denunciar su peso y altura, extremos a partir de los cuales la firma accionada podría haber determinado, con criterio médico, si presentaba o no aquél trastorno. Además, tampoco cuestionó la veracidad de esa información.

En efecto, el Hospital Británico alegó la preexistencia de esa enfermedad, a partir de que la Dra. V. hiciera referencia a su “historia personal de Obesidad” en el informe de la consulta del 15 de mayo de 2021, a fin de exponer los factores que contribuían al delicado estado de salud mental que presentaba a esa fecha (fs. 26/39). Sin embargo, no demostró, ni ofreció medio de prueba alguno tendiente a acreditar que el amparista pudiera conocer que sufría de esa condición, en la medida que no se comprobó en autos que le fuera diagnosticada con anterioridad a mayo de 2020.

11. Sobre la base de lo expuesto hasta aquí, cabe concluir que si bien el accionante habría omitido informar, al momento de consignar la declaración jurada para afiliarse al plan ofrecido por el Hospital Británico, los antecedentes que presentaba respecto de su salud mental, lo cierto es que, a la luz de las normas y principios aplicables, no puede inferirse que tal omisión se efectuó de mala fe.

Por su parte, la demandada fundó la desafiliación del actor en el análisis de los términos empleados por los médicos intervinientes en su atención durante el episodio de depresión acaecido en 2021 y en la existencia de una primera internación por intento de suicidio en 2017, sin observar las particularidades que reviste un trastorno o afectación mental y que fueran desarrolladas precedentemente. Sobre esta base, en mi





opinión, procedió intempestivamente, sin siquiera tener en cuenta que, a tenor de la afección del actor, debía extremar los medios para tener por configurada tal “mala fe”. Pues la mera creencia de ello resulta insuficiente y aleja a la demandada de su deber básico de vincularse, en su actividad comercial, al cuidado de un derecho fundamental como es la salud.

Partiendo de una interpretación armónica de los plexos normativos desarrollados, en suma, entiendo que la decisión del Hospital Británico no se ajustó a los parámetros excepcionales que le permitían adoptar tal medida, receptados por el artículo 9° de la Ley N° 26.682.

12. Sobre tales bases, considero que corresponde hacer lugar al recurso de apelación deducido por el accionante y, en consecuencia, revocar la sentencia de grado de fs. 145, ordenando la reafiliación de aquél al plan de salud del Hospital Británico.

Dejo así contestada la vista conferida y solicito ser notificado de la resolución que oportunamente se dicte mediante el envío de la sentencia simultáneamente a las siguientes direcciones de correo electrónico:

██████████@mpf.gov.ar;

██████████@mpf.gov.ar;

██████████@mpf.gov.ar;

██████████@mpf.gov.ar; y

██████████@mpf.gov.ar.

