

## Cobertura de continuidad: Según lo acordado en el plan suscripto, se mantiene la cobertura de salud de la cónyuge del afiliado titular fallecido y su hija menor de 21 años, por el plazo de 12 meses desde el dictado del fallo de primera instancia

Cobertura de continuidad: Según lo acordado en el plan suscripto, se mantiene la cobertura de salud de la cónyuge del afiliado titular fallecido y su hija menor de 21 años, por el plazo de 12 meses desde el dictado del fallo de primera instancia

Cobertura de continuidad: Según lo acordado en el plan suscripto, se mantiene la cobertura de salud de la cónyuge del afiliado titular fallecido y su hija menor de 21 años, por el plazo de 12 meses desde el dictado del fallo de primera instancia Fuente: doc\_03\_2025\_0009.html Partes: C. D. H. c/ Galeno Argentina S.A. s/ amparo contra actos de particulares Tribunal: Cámara Federal de Apelaciones de Rosario Sala / Juzgado / Circunscripción / Nominación: A Fecha: 17 de enero de 2025 Cita digital: dj154771154771154771 Mantenimiento de la cobertura de medicina prepaga de la cónyuge del afiliado titular fallecido y su hija menor de 21 años, por el término de doce meses desde el dictado del fallo de primera instancia. Sumario: 1.-Corresponde el mantenimiento de la afiliación de la actora y su hija menor por el término de doce meses desde el dictado del fallo de primera instancia, ya que, si bien las credenciales fueron emitidas y nunca cesó la suspensión del servicio, no se especificó desde cuándo estaría vigente y cuando culminaría. 2.-De la lectura de la cláusula del contrato de medicina prepaga, no quedan dudas que el beneficio alcanza exclusivamente a la cónyuge superviviente y su hija menor, ya que las otras dos hijas superan el umbral de edad establecido para ser incluidas y no resulta aplicable lo dispuesto por el art. 14 de la Ley 26.682, por el simple hecho de no estar contemplado el grupo familiar primario como beneficiario del servicio bonificado; a contrario de lo afirmado por la actora, no se advierte de que manera esta conclusión implicaría una falta de observación a su condición de hipervulnerabilidad como firmante de un contrato de adhesión ni una violación de la normativa aplicable. 3.-La empresa de medicina prepaga informó que tanto la cónyuge del afiliado principal fallecido como sus hijas se mantienen como socias, pero que por presentar atrasos en sus pagos se encontraban suspendidas del servicio; es decir, que nunca se rescindió el contrato ni fueron dadas de baja, por lo que resulta lógico el cobro de la cuota por parte de la prepaga, en función de la cobertura vigente por las hijas mayores de edad. 4.-Si bien la actividad que asumen las empresas 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, también adquieren un compromiso social con sus usuarios, que obsta a que puedan desconocer un contrato, o invocar sus cláusulas para apartarse de obligaciones impuestas por la ley, so consecuencia de contrariar su propio objeto que debe efectivamente asegurar a los beneficiarios las coberturas tanto pactadas como legalmente establecidas. Fallo: Visto en Acuerdo de la Sala «A» -integrada- el expediente nro. FRO 5550/2024/CA1 caratulado «C. D. H. C/ GALENO ARGENTINA S.A. S/ AMPARO CONTRA ACTOS DE PARTICULARES» del registro del Juzgado Federal N° 2 de la ciudad de Santa Fe, del que resulta que: 1.- Se elevó la causa a este tribunal en virtud del recurso de apelación deducido por la actora, contra la sentencia del 07 de octubre de 2024 que hizo lugar parcialmente a la acción de amparo interpuesta por C. D. H. Mediante dicho decisorio, el juez a quo resolvió: «Hacer lugar parcialmente a la acción interpuesta, debiendo la demandada mantener el Plan 220 sin costos a la Sra. C. D. H. y a su hija C. W., menor de 21 años, rechazándose el pedido de Cobertura de Continuidad respecto de sus hijas D. y P. W., mayores de 21 años, quienes deberán abonar el valor que por factura de Galeno Argentina SA corresponda, a los fines de continuar con la afiliación al Plan 220» e impuso las costas en el orden causado. Concedido el recurso y expresados los agravios, la demandada omitió contestar el traslado conferido, por lo que se elevó el expediente. Dictado el pase al Acuerdo, quedó en condiciones de dictarse el presente. 2.- Se quejó la actora por entender que como no contó con cobertura médica durante los meses de febrero, marzo y abril, no correspondía que éstos fueran liquidados como expresamente lo reconoció la sentencia en crisis. Sostuvo que no puede considerarse procedente la facturación de dichos meses en función del rechazo de cobertura efectuado por la accionada. Por otra parte, se agravó por haber concluido el magistrado de baja instancia que la «Sra. C. descansó en una supuesta respuesta verbal por parte de la demandada». Señaló que asistió a la sede administrativa de Galeno en reiteradas oportunidades y que la intimó mediante telegrama colacionado requiriendo respuesta sobre la continuidad del servicio. Asimismo, afirmó que la sentencia hizo una cita literal del Plan 220 contratado, sin tener en cuenta lo dispuesto por el artículo 14 de la ley 26.682. Agregó existió una falta de observación de la condición de hipervulnerabilidad que ostenta la actora, en tanto firmante de un contrato de adhesión. También manifestó la recurrente que la sentencia se fundó en una copia que se agregó, luego de la medida para mejor proveer, donde se expuso la dificultad que le generaba agregar el contrato y demás copias que acreditaran fehacientemente lo firmado, ya que la historia administrativa estaba en poder de la demanda, y se acompañó una copia que no está firmada ni presentada, para argumentar que solo corresponde la cobertura a C. y C. W. A su vez, se quejó la accionante por entender que la propia demandada reconoció la pretensión cuando en fecha 14 de mayo de 2024 acompañó nuevas credenciales de cobertura, lo cual acreditó que no tuvieron cobertura. Finalmente, se agravó por no haberse hecho mención en la sentencia respecto a la vigencia del

plan de continuidad y de la distribución de las costas. Explicó que el plan contratado indica que la cobertura se otorga durante 12 meses, pero sin especificación desde cuándo estará vigente y cuando culmina. El Dr. Aníbal Pineda dijo: 1.- En primer lugar, vale aclarar que los jueces no están obligados a considerar todos y cada uno de los pedidos de las partes recurrentes, pues basta que lo hagan respecto de aquellos considerados esenciales y decisivos para el fallo de la causa. En este sentido, ha sido nuestra Corte Suprema de Justicia quien ha sentado la doctrina según la cual los jueces no están obligados a ponderar una por una y exhaustivamente todas las pruebas agregadas a la causa sino sólo aquellas estimadas conducentes para fundar sus conclusiones, ni a analizar todas las cuestiones y argumentos utilizados que a su juicio no sean decisivos (ver LL 144 p. 611, 27.641-S; LL 145 p. 346; LL 148 p. 692, 29.625 -S; Fallos 296:445; 297:333, entre otros). En esa inteligencia se abordarán los agravios de la recurrente. 2.- De las constancias de la causa se advierte que en fecha 30 de abril de 2024 compareció la Sra. C. D. H., con patrocinio letrado, y promovió acción de amparo contra Galeno Argentina SA con el objeto de que se solicitara a la demandada que arbitrare las medidas necesarias para mantener la cobertura de la accionante y su grupo familiar, en idénticas condiciones, estando la Sra. C. afiliada a la Obra Social como cónyuge de afiliado titular, quien falleció en fecha 19 de enero de 2024. Explicó que su esposo fallecido se encontraba afiliado a Galeno desde el año 2021, conjuntamente con su grupo familiar (esposa y tres hijas). Relató que luego de su deceso, consultó en las oficinas de la demandada acerca de cómo seguiría su situación y comunicó su intención de continuar en los mismos términos, a lo cual recibió la respuesta verbal de que su cobertura continuaba, de acuerdo al plan 220 azul, por 12 meses sin costo alguno. Afirmó que conforme el plan suscripto, en su apartado de «Cobertura de continuidad» se estableció que en caso de fallecimiento del titular menor de 70 años, el cónyuge menor a esta edad e hijos, quedarían cubiertos sin cargo durante 12 meses. Informó que el día 25 de marzo de 2024 se presentó en la clínica SAN GERONIMO SRL de Santa Fe, para hacer unos análisis y chequeos ordenados por su médico de cabecera, y que le informaron que su afiliación se había visto interrumpida desde el 1° de marzo de 2024. Manifestó que a partir de dicho suceso comenzó un camino de reclamos en la prepaga, los cuales nunca fueron solucionados. Señaló que le informaron de manera verbal que para volver a afiliarla debía abonar un monto de \$522.712,42, y luego una diferencia mensual estimada en \$222.800 pero que desconocía esos montos, negándose la accionada a darle por escrito un detalle de lo reclamado. Adujo que en cuanto a la falta de pago de la prepaga, no se ha corroborado que se hayan presentado las condiciones necesarias para proceder a la rescisión del servicio previsto en el art. 9 de la Ley 26.682. Relató que en fecha 16 de abril de 2024 envió un telegrama intimando a la accionada para obtener el seguro de continuidad por el plazo de 12 meses, sin costo alguno, a raíz del fallecimiento del afiliado titular, Sr. W. Agregó que no obtuvo respuesta alguna por parte de Galeno. 3.- En fecha 08 de mayo de 2024 compareció la demandada mediante apoderado. Posteriormente, en fecha 10 de mayo de 2024 Galeno SA informó que se encontraba dando cumplimiento y brindando la continuidad de afiliación requerida por la actora, adjuntando las credenciales correspondientes. Informó que han efectivizado los ajustes correspondientes, calculando el monto a pagar por los meses que tenía contraída la mora: febrero, marzo, y abril 2024, bonificándose cuotas para D. C. y a C. W., hasta febrero del año 2025, fecha en la que cesaría el seguro de continuidad. Solicitó que se declare abstracta la cuestión. 4.- En fecha 13 de mayo del corriente año la actora contestó el traslado conferido y expresó que atento al cálculo que realizó la accionada, debía abonar la suma de \$811.417,38. Mencionó que la demandada no estaría actuando de buena fe de acuerdo con el contrato oportunamente suscripto, porque el plan 220 prevé seguro de continuidad sin costo por el plazo de 12 meses. Ratificó lo expuesto en la demanda, referido a que el 01/03/2024 Galeno dio de baja la cobertura de manera unilateral, sin previamente intimar o informar los motivos a su persona, por lo que no tiene derecho a liquidar sobre los meses indicados y rechazó el planteo de abstracción de materia. 5.- En fecha 05 de junio de 2024 la accionada contestó demanda. Negó todos y cada uno de los hechos que no fueran objeto de expreso reconocimiento. Indicó que no se advertía cuál era el reclamo y/o la conducta lesiva que habría desplegado respecto de la Sra. C. D. H. y su grupo familiar que siempre tuvo a su disposición la posibilidad de mantenerse como socia de Galeno. Informó que la Sra. C. y su grupo familiar se encontraban suspendidas por presentar atrasos en sus pagos, pero que nunca fueron dadas de baja. Afirmó que nunca se negó la cobertura de continuidad y que el beneficio de continuidad no es un beneficio contemplado en el PMO, sino que Galeno lo otorga según requisitos, al cónyuge e hijos menores de 21 años, aplicando en este caso solo a una de sus hijas. Concluyó que por ello el beneficio le correspondería únicamente a la socia D. C. y a C. W., pero que para continuar el grupo familiar completo en idénticas condiciones, debía abonarse la diferencia para reactivar el servicio médico. 6.- El magistrado de la anterior instancia resolvió mediante la sentencia recurrida: «Hacer lugar parcialmente a la acción interpuesta, debiendo la demandada mantener el Plan 220 sin costos a la Sra. C. D. H. y a su hija C. W., menor de 21 años, rechazándose el pedido de Cobertura de Continuidad respecto de sus hijas D. y P. W., mayores de 21 años, quienes deberán abonar el valor que por factura de Galeno Argentina SA corresponda, a los fines de continuar con la afiliación al Plan 220». Para decidir así valoró las pruebas aportadas en autos, en especial las copias del Plan 220 suscripto entre las partes. 7.- Luego de haberme impuesto del fallo venido en revisión y efectuado una descripción de las actuaciones relevantes en el expediente, procederé a analizar los agravios planteados por la recurrente. 8.- En primer lugar, cabe

destacar que la relación jurídica que vincula a las partes es un contrato de medicina prepaga. En este tipo de contrato, el afiliado es un consumidor de servicios médicos, objeto del contrato, y la empresa obtiene una rentabilidad a través de la prestación de dichos servicios, ya sea por entes propios o terceros. Se trata de una libre contratación donde impera el principio de autonomía de la voluntad. En efecto, se ha establecido que: «Si bien la actividad que asumen las empresas 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, también adquieren un compromiso social con sus usuarios, que obsta a que puedan desconocer un contrato, o invocar sus cláusulas para apartarse de obligaciones impuestas por la ley, so consecuencia de contrariar su propio objeto que debe efectivamente asegurar a los beneficiarios las coberturas tanto pactadas como legalmente establecidas». (CSJN. RECURSO DE HECHO «Cambiaso Péres de Nealón, Celia María Ana y otros c/ Centro de Educación Médica e Investigaciones Médicas». <https://sj.csjn.gov.ar/homeSJ/suplementos/suplemento/2/documento>).9.- Respecto al primer agravio, referido a que no correspondería la liquidación de los meses adeudados como se reconoció en el fallo atacado, entiendo que no puede prosperar, ya que los únicos miembros que mantendrían el beneficio de continuar en el plan sin gastos y por un año serían la Sra. C. y su hija C., por lo que P. y D. W., deben abonar la cuota correspondiente. En efecto, debe aclararse que la demandada informó que tanto la cónyuge del Sr. W. como sus hijas se mantienen como socias de Galeno, habiendo acompañado las credenciales correspondientes en mayo del 2024, pero que por presentar atrasos en sus pagos se encontraban suspendidas del servicio. Es decir, que nunca se rescindió el contrato ni fueron dadas de baja, por lo que resulta lógico el cobro de la cuota por parte de la prepaga, en función de la cobertura vigente por las hijas mayores de edad.10.- Por otra parte, la accionante sostuvo que D., nacida el 26/01/1999 debió ser incluida en el beneficio de continuidad sin costo por 12 meses. Sin embargo, se verifica de la copia de las prestaciones del Plan 220 contratado entre las partes, la cual fue acompañada por la actora, que respecto a la «cobertura de continuidad» se acordó: «En caso de fallecimiento del titular menor de 70 años, el cónyuge menor a esta edad e hijos menores de 21 años, quedarán cubiertos sin cargo durante 12 meses en plan vigente». De la lectura de la cláusula detallada, no quedan dudas que el beneficio alcanza exclusivamente a la Sra. C. y su hija C., ya que tanto P. como D. superan el umbral de edad establecido para ser incluidas y no resulta aplicable lo dispuesto por el artículo 14 de la ley 26.682, por el simple hecho de no estar contemplado el grupo familiar primario como beneficiario del servicio bonificado. A contrario de lo afirmado por la actora, no se advierte de que manera esta conclusión implicaría una falta de observación a su condición de hipervulnerabilidad como firmante de un contrato de adhesión ni una violación de la normativa aplicable. En adición a ello, tal como lo señaló el magistrado de primera instancia, de la documental acompañada por la actora surge que en la solicitud de cobertura por continuidad (incorporada digitalmente en fecha 02/10/24) la Sra. C. mencionó que le correspondía a ella y a su hija menor C., sin hacer mención alguna a sus dos hijas mayores, en contradicción con el objeto de la presente, donde se solicitó dicho beneficio para todo el grupo familiar.11.- La apelante afirmó que la sentencia se fundó en una copia que se agregó luego de una medida para mejor proveer, que no estaba firmada ni presentada y ni siquiera completa, para argumentar que solo corresponde la cobertura a la Sra. C. y a C. W. Al respecto, cabe señalar que la copia a la que hace mención la recurrente fue acompañada por ella y acredita lo dicho por las partes respecto a la existencia del beneficio de continuidad para el caso de muerte del titular. Por lo que carece de todo sustento lo sostenido por la recurrente respecto a la arbitrariedad de sentencia.12.- Adentrándome en el quinto y en el sexto agravio, esto es, que si bien las credenciales fueron emitidas, nunca cesó la suspensión del servicio y que la sentencia no hizo mención respecto a vigencia del plan de continuidad, ni especificó desde cuándo estaría vigente y cuando culminaría, entiendo que asiste la razón a la amparista por los siguientes motivos. En primer lugar, es cierto que la cláusula que explicita el «beneficio de continuidad» analizado en autos no detalla desde cuándo operaría el plazo de bonificación de la cuota y que tampoco fue establecido en el fallo venido a revisión. Por otra parte, no puede soslayarse el hecho de que hasta el dictado de la sentencia el servicio se encontraba suspendido, por lo que propugno al acuerdo condenar a GALENO SA para que cumpla con la Cobertura de Continuidad respecto a D. C. y C. W., debiendo mantenerlas en el plan 220 desde el dictado del fallo de primera instancia, esto es 07/10/2024 y por el plazo de doce meses.13.- Finalmente en lo referido a las costas, considero que debe rechazarse el agravio planteado por la actora y mantener la distribución de aquéllas en el orden causado (artículo 68 segundo párrafo del C.P.C.C.N.) atento que del examen exhaustivo de las actuaciones se advierte que la pretensión de la actora fue acogida parcialmente (Artículo 71 C.P.C.C.N.) y además la demandada pudo haber tenido motivos suficientes para controvertir la pretensión de la actora en defensa de sus propios intereses.14.- Asimismo, estimo correcto regular los honorarios de los profesionales intervinientes en la alzada en el (%) de lo que se les fije por su actuación en primera instancia. Así voto. El Fernando Lorenzo Barbará adhirió al voto del Dr. Pineda. SE RESUELVE: I) Revocar parcialmente la Sentencia del 07 de octubre de 2024 y condenar a GALENO SA para que cumpla con la Cobertura de Continuidad respecto a D. C. y C. W., debiendo mantenerlas en el Plan 220 desde el dictado del fallo de primera instancia, esto es 07/10/2024 y por el plazo de doce meses. II) Imponer las costas por su orden. III) Regular los honorarios de los profesionales intervinientes en la alzada en el (%) de lo que se les fije por su actuación en primera instancia. IV) Insertar,

hacer saber, comunicar en la forma dispuesta por Ac. C.S.J.N. 15/13 y, oportunamente, devolver al juzgado de origen.