

Enfermedad preexistente: Se considera arbitraria la baja del afiliado, al no haberse acreditado que al momento de firmar la declaración jurada, conocía la enfermedad que con el correr de los meses le fue diagnosticada

Enfermedad preexistente: Se considera arbitraria la baja del afiliado, al no haberse acreditado que al momento de firmar la declaración jurada, conocía la enfermedad que con el correr de los meses le fue diagnosticada

Enfermedad preexistente: Se considera arbitraria la baja del afiliado, al no haberse acreditado que al momento de firmar la declaración jurada, conocía la enfermedad que con el correr de los meses le fue diagnosticada

Fuente: doc_08_2025_0015.html Partes: H. T. P. M. c/ OSDE s/ amparo Ley 16.986 Tribunal: Cámara Federal de Apelaciones de La Plata Sala / Juzgado / Circunscripción / Nominación: III Fecha: 18 de julio de 2025 Cita digital: dj156564156564156564 La baja del afiliado es arbitraria al no haberse acreditado que al momento de firmar la declaración jurada, conocía la enfermedad que con el correr de los meses le fue diagnosticada.

Sumario: 1.-Es procedente admitir el amparo pues puede resolverse válidamente un contrato de medicina prepaga por falsedad de la declaración jurada, si y sólo si la entidad demuestra fehacientemente que el usuario conocía de antemano la existencia de la enfermedad no declarada oportunamente y en el caso en estudio, ese extremo no ha sido acreditado en forma alguna en tanto incluso suponiendo que el actor presentaba algún tipo de padecimiento o dolencia a la fecha de la declaración jurada, no se encuentra acreditado que conocía la enfermedad que con el correr de los meses le fue diagnosticada y tampoco hay constancias que permitan sostener la hipótesis alegada por la demandada. 2.-Si de las constancias obrantes no se evidencia la mala fe invocada por la empresa de medicina prepaga para resolver el vínculo contractual, ello no puede ser convalidado en tanto no se encuentra acreditado fehacientemente el factor subjetivo, esto es la intencionalidad del afiliado de consignar información inexacta u omitir suministrar detalles que le eran requeridos. 3.-Conforme lo dispone la Ley 26.682 -marco regulatorio de medicina prepaga- en su art. 9 y el dec. reglamentario 1993/2011, las empresas de medicina prepaga pueden rescindir el contrato celebrado cuando el usuario haya falseado la declaración jurada; sin embargo, la reglamentación es clara al advertir que para que la entidad pueda resolver con justa causa, resulta necesaria la acreditación de que el usuario no obró de buena fe. Fallo: La Plata, (fechado digitalmente en sistema LEX100 PJN) AUTOS Y VISTOS: Este expediente FLP N° 9966/2023 caratulado «H. T., P. M. c/ OSDE s/ AMPARO LEY 16.986», proveniente del Juzgado Federal en lo Civil, Comercial y Contencioso Administrativo de Lomas de Zamora 3. Y CONSIDERANDO: EL JUEZ DI LORENZO DIJO: I. Llegan las actuaciones a la Alzada en virtud del recurso de apelación deducido por la demandada OSDE contra el resolutorio de fecha 31 de octubre de 2024, por el cual el juez de primera instancia resolvió hacer lugar al amparo promovido por P. M. H. T. condenando a la Organización de Servicios Directos Empresarios -OSDE- a mantener vigente el contrato del amparista. Asimismo, la sentencia impuso las costas a la demandada vencida, reguló los honorarios profesionales de la letrada de la parte actora en la cantidad de catorce (14) UMA y difirió la regulación de los estipendios correspondientes a la letrada de la demandada. II. 1 La presente causa se inició a partir de la demanda interpuesta por P. M. H. T. contra OSDE, en los términos del artículo 43 de la Constitución Nacional, con el objeto de que mantenga su condición de afiliado con la posibilidad de acceder a servicios médicos contratados, a efectos de llevar a cabo de manera urgente una intervención quirúrgica por una patología de tumor de hipófisis, constitutivo del cuadro de acromegalia, y el posterior tratamiento que aquella le requiriera. Manifestó que fue afiliado de OSDE desde el año 2011, pero como consecuencia de su traslado a España por motivos laborales dio de baja su afiliación. Posteriormente, en virtud de su regreso a Argentina, se afilió nuevamente en fecha 20 de julio de 2022. Afirmó que el día 16 de diciembre de 2022 tuvo su primera consulta con una médica endocrinóloga en la clínica Fleni, quien le prescribió una serie de estudios a raíz de la existencia de un tumor en el cerebro. Refirió que aun sin estar completo el diagnóstico de la enfermedad padecida, OSDE comenzó a mostrar reticencia a la hora de autorizar diversos estudios médicos que debió abonar por su cuenta. Finalmente, relató que el 27 de enero de 2023 recibió un mail de la aquí demandada mediante el cual se le comunicó la baja de la cobertura en razón de las diferencias advertidas por personal de la entidad, entre la declaración jurada presentada al momento de la afiliación y su verdadera situación de salud. En fecha 30 de marzo de 2023, el juez de primera instancia dio trámite a la acción de amparo incoada por la actora e hizo lugar a la medida cautelar solicitada ordenando a OSDE a que mantenga la condición de afiliado o asociado del señor Hermida Trejo en los mismos términos y condiciones que tenía hasta que la accionada diera de baja su cobertura, con la posibilidad de acceder a servicios médicos contratados a fin de llevar con extrema urgencia la intervención quirúrgica y posterior tratamiento por cuadro de acromegalia. La referida medida adquirió firmeza en virtud de que no fue apelada por ninguna de las partes integrantes del presente proceso. 3. A su turno, la apoderada de OSDE contestó el informe del artículo 8 de la ley 16.986. En sustancia, negó que su mandante haya obrado en forma arbitraria o ilegal ya que el actor al momento de recontractar con OSDE se encontraba en territorio español a sabiendas de su situación de salud. Prueba de ello es que, transcurrido un mes del alta en OSDE, el accionante realizó consultas médicas en una clínica en la ciudad de Cádiz, España. Manifestó, asimismo, que tan

sólo dos meses después de su afiliación a OSDE, Hermida Trejo se realizó una RMN de cerebro a partir de la cual confirmó la sintomatología que padece. Lo expuesto resulta prueba suficiente, conforme manifestó la apoderada, de que el accionante conocía de antemano su cuadro clínico y que por eso omitió señalar en la declaración jurada los síntomas que presentaba. En definitiva, concluyó refiriendo que el actor falseó la declaración jurada de salud y que tal violación al principio de buena fe resulta esencial para la procedencia de la rescisión contractual, conforme obró OSDE. El juez de primera instancia dictó III sentencia el 31 de octubre de 2024; hizo lugar a la acción incoada por la actora y convirtió en definitiva la medida cautelar ordenada en el marco del presente expediente. Asimismo, impuso costas a la demandada vencida, reguló los honorarios del letrado de la accionante en la cantidad de catorce (14) UMA y difirió la regulación correspondiente a la apoderada de la demandada. Para resolver en tal sentido, fundó su resolución en el reconocimiento constitucional y jurisprudencial al derecho a la salud, el cual le asiste a toda persona por su condición y el lugar que integra en el sistema jurídico. Junto a la normativa de orden superior derivada del artículo 42 de la Constitución Nacional y los diversos instrumentos internacionales incorporados vía artículo 75 inciso 22, resaltó el plexo normativo del derecho interno integrado fundamentalmente por la ley 26.682, decreto reglamentario 1993/2011 y decreto 66/2019. Afirmó que las entidades de medicina prepaga se encuentran habilitadas para rescindir los contratos celebrados siempre que acrediten la falsedad de la declaración jurada y que el afiliado no obró de buena fe, circunstancia que consideró no acreditada en los presentes autos. Para alcanzar tal conclusión, analizó la conducta de ambas partes y, fundamentalmente, la prueba que acredita las manifestaciones vertidas por cada una. En consecuencia, determinó que la mala fe alegada por la demandada no encuentra sustento en las constancias de la causa, en tanto no logró dejar establecido que la accionante efectivamente conocía con certeza el diagnóstico sobre su salud. En efecto, afirmó el a quo que OSDE se encontraba legitimada a realizar al amparista una revisión médica previa a la formalización del contrato de afiliación, sin embargo no lo hizo, resultando en una omisión negligente a la propia empresa. IV. 1 La demandada OSDE apeló la sentencia dictada por el juez de primera instancia. Se agravió por considerarla arbitraria en tanto resolvió que su mandante no logró acreditar la mala fe, no obstante no hizo lugar a la prueba oportunamente ofrecida a fin de probar ese extremo. En definitiva, la arbitrariedad deviene a partir de que el resolutorio se conformó únicamente con lo manifestado por el actor. En segundo lugar, se agravió en tanto la sentencia desconoció la normativa aplicable al caso como el de autos. Refirió que el artículo 10 de la ley 26.682 es claro en cuanto dispone que las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario. De tal manera, siendo la letra de la ley la primera fuente de interpretación, no puede prescindirse de su aplicación al caso. Asimismo, se agravió en virtud de que el juez desconoció lo normado por el artículo 15 de la ley 26.682 y el artículo 4 de la resolución 163/2018 de la Superintendencia de Servicios de Salud, que establecen que para mantener la antigüedad en la afiliación la solicitud debe efectuarse dentro de los sesenta (60) días hábiles de producida la finalización de la afiliación anterior. Afirmó que en el presente caso transcurrieron más de cuatro (4) meses hasta que Hermida Trejo solicitó nuevamente su afiliación. En definitiva, consideró que el juez omitió determinar que el actor debe pagar el valor diferencial por preexistencia de patologías. En cuarto lugar, afirmó que el juez de primera instancia omitió considerar la jurisprudencia existente para casos análogos, resultando en consecuencia una sentencia tendenciosa. Finalmente, apeló por altos los honorarios de la representación letrada de la parte actora. Efectuado el pertinente traslado 2 del recurso interpuesto por la actora, no mereció contestación por parte de la accionante. V. 1. Previo a todo análisis, es dable recordar que los jueces no están obligados a examinar todas y cada una de las argumentaciones de las partes, sino solamente aquellas que son conducentes y poseen relevancia para resolver el caso (Fallos 258:304; 262:222; 265:301; 272:225; entre otros). 2. Como primera cuestión, para resolver el caso bajo examen, es oportuno recordar lo que dispone la ley 26.682 -marco regulatorio de medicina prepaga- en su artículo 9º en lo pertinente a la rescisión contractual: «Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada». Por su parte, el decreto reglamentario 1993/2011 establece qué debe entenderse por falsedad de la declaración jurada: » Para 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 CCYCN. La falta de acreditación de la mala fe del usuario, determinará la ilegitimidad de la resolución». En consecuencia, conforme la normativa invocada, las empresas de medicina prepaga pueden rescindir el contrato celebrado cuando el usuario haya falseado la declaración jurada; sin embargo, la reglamentación es clara al advertir que para que la entidad pueda resolver con justa causa, resulta necesaria la acreditación de que el usuario no obró de buena fe. A su vez, el artículo 10 de la ley 26.682, garantiza que la preexistencia de enfermedades no puede ser criterio de rechazo de admisión de los usuarios y que los contratos no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio. Expuesto el cuadro normativo 3 imperante en autos, corresponde analizar la procedencia de la acción intentada considerándola en el marco del derecho a la salud y, por ello, bajo las pautas y los lineamientos desarrollados por la Corte Suprema de Justicia de la Nación con relación al derecho a la vida y a la salud reconocidos en la Constitución Nacional, los Tratados Internacionales de Derechos

Humanos y la legislación especial vigente y dictada a tales fines (Fallos: 302 :1284; 310:112; 321:1684; 323:1339; entre muchos otros; arts. 33 y 75, inc. 22, de la Const. Nac., arts. 1 y 2 de la Ley N° 23.661).En esa misma inteligencia, es preciso señalar que la vía escogida por la accionante y cuestionada por la demandada en tanto consideró acotado el marco probatorio ofrecido por el a quo, resulta procedente.Es dable destacar que la acción de amparo se erige como una vía adecuada para la satisfacción de los intereses en juego, por cuanto la naturaleza de los valores que se intentan proteger en esta causa, justifican su resolución de modo expedito y eficaz.La Corte Suprema de Justicia de la Nación tiene dicho que el derecho a la salud, sobre todo cuando se trata de enfermedades graves, se encuentra íntimamente relacionado con el derecho a la vida que está reconocido por la Constitución Nacional y por los Tratados Internacionales que tienen jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22), por lo que frente a ellos los restantes valores siempre tienen carácter instrumental (Fallos: 323:1339).En tal contexto, y partiendo de una concepción holística e integral de los derechos en juego, considero que el presente caso debe analizarse no sólo en base a la interpretación del articulado de la ley 26.682 sino también en el marco de protección del derecho a la salud, a lo que se suman los principios tuitivos que acompañan al consumidor en sus relaciones de consumo.Bajo esa constelación es que habrá de dilucidarse en forma minuciosa si fue o no procedente la cancelación de la afiliación del actor basada en el falseamiento de la declaración jurada como causal de rescisión, a fin de evitar que pueda transformarse en una vía por la que las empresas puedan desligarse, apelando a secas a la letra de la ley, de una relación contractual potencialmente no rentable a su criterio.Ya fue mencionado anteriormente el decreto reglamentario que establece que para que la entidad pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, debe acreditarse que el usuario no obró de buena fe. Es decir, puede resolverse válidamente un contrato por falsedad de la declaración jurada, si y sólo si la entidad demuestra fehacientemente que el usuario conocía de antemano la existencia de la enfermedad no declarada oportunamente.Ahora bien, en el caso en estudio, ese extremo no ha sido acreditado en forma alguna.Como primera cuestión, es dable aclarar que no existe controversia con respecto a la fecha en que el amparista contrató la cobertura de salud en OSDE. La pretensión actoral que llega a esta instancia apunta al restablecimiento de la afiliación a la cobertura médica asistencial con la que contaba, ya que la parte demandada le informó la «baja» como asociado, con fundamento en la omisión de denuncia de la enfermedad al momento de la contratación.Incluso suponiendo que el actor presentaba algún tipo de padecimiento o dolencia a la fecha de la declaración jurada, no se encuentra acreditado que conocía la enfermedad que con el correr de los meses le fue diagnosticada. Tampoco hay constancias que permitan sostener la hipótesis alegada por la demandada.Por ello, si de las constancias obrantes no se evidencia la mala fe invocada por la demandada para resolver el vínculo contractual, no puede ser convalidada por quien suscribe.Reitero, no se encuentra acreditado fehacientemente el factor subjetivo, esto es la intencionalidad del afiliado de consignar información inexacta u omitir suministrar detalles que le eran requeridos.Sobre el particular, cabe agregar que además de las características propias de los contratos de adhesión y las normas tuitivas de consumidores y usuarios, en el caso, no consta que el amparista, con anterioridad a su afiliación, estuviera anoticiada de la patología que luego -ya durante la vigencia del contrato- se le diagnosticó. De tal manera, a pesar del corto período transcurrido entre la afiliación y el diagnóstico, la hipótesis de la intencionalidad de engaño por parte del actor no ha sido demostrada.En definitiva, no hay elementos que permitan sostener que Hermida Trejo haya obrado de mala fe en los términos del art.961 del Código Civil y Comercial.. Finalmente, es preciso advertir que 4 la demandada OSDE apeló por altos los honorarios regulados al letrado patrocinante de la actora, quien -a su vez- se notificó y prestó conformidad a los estipendios fijados por el a quo.Al respecto, cabe destacar que los honorarios establecidos por el juez de primera instancia no resultan elevados, por lo que se confirma lo decidido al respecto ya que sólo han sido apelados por altos.Conforme lo expuesto, corresponde confirmar la sentencia de primera instancia, sin costas de Alzada atento la falta de contestación del recurso por parte de la actora.VI. Conforme el alcance de los agravios aquí traídos, propongo al Acuerdo rechazar el recurso de apelación interpuesto por la demandada y, en consecuencia, confirmar la sentencia de primera instancia, sin costas de Alzada atento la falta de contestación por parte de la actora.Así lo voto.EL JUEZ ALVAREZ DIJO:Por compartir los aspectos sustanciales, adhiero a la solución propuesta.Así lo voto.Por ello, SE RESUELVE rechazar el recurso de apelación interpuesto por la demandada y, en consecuencia, confirmar la sentencia de primera instancia, sin costas de Alzada atento la falta de contestación por parte de la actora.Regístrese, notifíquese, ofíciense electrónicamente al juzgado, y remítase a primera instancia a través del Sistema Lex100.JORGE EDUARDO DI LORENZOJUEZ DE CÁMARACESAR ÁLVAREZJUEZ DE CÁMARAIGNACIO ENRIQUE SÁNCHEZSECRETARIO DE CÁMARA