

S u p r e m a C o r t e:

–I–

La Cámara Federal de Mar del Plata confirmó la sentencia de primera instancia en cuanto hizo lugar al amparo promovido contra Swiss Medical S.A. con motivo de la desafiliación del actor y la consecuente negativa de la cobertura integral del tratamiento de rehabilitación por consumo de drogas y alcohol, y facultó a la demandada a renegociar la cuota de acuerdo al valor legalmente autorizado (ver resolución en formato digital, fechada 22 de mayo de 2020).

El tribunal observó que la declaración jurada de enfermedades, internaciones, operaciones y accidentes anteriores a la afiliación, muestra que todas las afecciones allí indicadas fueron negadas por el actor (en especial, respuestas 14 y 15). Asimismo, juzgó que el padecimiento ha quedado debidamente demostrado con las certificaciones médicas acompañadas con la demanda y con el relato de los hechos efectuado por el actor. En ese marco, concluyó que la omisión en que incurrió el accionante al momento de afiliarse, obsta a la constitución de un contrato eficaz, por cuanto el formulario de declaración jurada estipula que cualquier falsedad, omisión o inexactitud habilita a la demandada a invalidar la condición de asociado.

En ese contexto, la cámara, si bien reconoció que resultaba razonable la rescisión de la empresa demandada, en tanto no constituía un hecho controvertido que al momento de solicitar la afiliación el amparista estaba al tanto de su patología y que la negó, sostuvo que el marco regulatorio de la medicina prepaga restringe la facultad para negar la afiliación, a la vez que autoriza a cobrar valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios con enfermedades preexistentes (arts. 10 y 11, ley 26.682).

A partir de ello, resolvió que la demandada no está habilitada para negarle la afiliación, pero sí puede exigir un monto diferencial, el

que deberá sujetarse a los valores estipulados por la Superintendencia de Servicios de Salud (art. 10, dec. 1.993/11).

–II–

Contra ese pronunciamiento, la demandada interpuso recurso extraordinario que, debidamente sustanciado, fue concedido en la medida en que se pone en juego la interpretación de normas federales y denegado en cuanto concierne a la arbitrariedad planteada, sin que se haya deducido queja alguna (v. resolución en formato digital, de fecha 1 de julio de 2020).

La recurrente afirma que media cuestión federal en tanto se halla en juego la aplicación e interpretación de normas de naturaleza federal. Asimismo, sostiene que el fallo es arbitrario por autocontradictorio, pues si bien reconoce la legitimidad de la rescisión contractual, impone la obligación de mantener el vínculo, omitiendo lo dispuesto por el artículo 9 mencionado que permite a la empresa rescindir el contrato cuando se falsea la declaración jurada.

Alega centralmente que el contrato quedó extinguido (arts. 1077 y 1078, Código Civil y Comercial de la Nación) y que la rescisión es una facultad que la ley admite cuando se constata que el afiliado ocultó una preexistencia (art. 9, ley 26.682). Agrega que en autos se cumple con el requisito adicional previsto en el decreto reglamentario 1993/2011, en cuanto prescribe que la rescisión presupone “que el usuario no obró de buena fe”. En este sentido, destaca que el propio tribunal reconoce que, a la fecha en la que el accionante solicitó su afiliación, conocía su patología (por el propio relato y por la historia clínica acompañada) y nada dijo en la declaración jurada.

Critica a la sentencia por estar fundada en normas inaplicables al caso, como son los artículos 10 y 11 de la ley 26.682. El primero, porque se refiere al supuesto inverso al de autos, esto es: al de un afiliado que no ocultó la preexistencia. A ese respecto, aduce que la norma le otorga absoluta relevancia a la declaración jurada, terminando así con la discusión en torno a la

necesidad de un examen médico previo al ingreso y requiriendo, indefectiblemente, que la preexistencia sea declarada, no ocultada. Consagra así el criterio de que una preexistencia declarada no puede ocasionar el rechazo de la afiliación, pero la cuota a abonar tendrá un valor diferencial.

Sostiene que, de tal manera, se refuerza la razonabilidad del derecho ejercido por Swiss Medical S.A., ya que la norma no le exige la realización de estudios previos a la afiliación de cada usuario, sino que pone en cabeza de este último la obligación de informar las dolencias anteriores, con carácter de declaración jurada.

Por otro lado, argumentó que tampoco resulta aplicable el artículo 11 de la ley 26.682, según el cual la edad no puede fundar el rechazo de una admisión, pues el actor tiene 44 años (42 años al momento del completar la declaración jurada).

Enfatiza la naturaleza del contrato de medicina prepaga, que tiene aspectos marcadamente técnicos y que está regulado por una normativa específica, y afirma que estos elementos han sido ignorados por la sentencia que para prohibir la rescisión contractual y admitir el amparo se basó en principios demasiado genéricos, sin demostrar la inconstitucionalidad de las normas positivas aplicables.

Finalmente, argumenta que el fallo ignora los distintos subsistemas del sistema de salud, que suponen la existencia de otros prestadores, públicos y privados.

–III–

Ante todo, cabe señalar que el tribunal concedió el recurso exclusivamente en cuanto se halla en tela de juicio la interpretación y aplicación de normas federales y la recurrente no interpuso queja con respecto a los fundamentos fácticos de la sentencia, por lo que la jurisdicción de la Corte Suprema queda limitada a la materia federal debatida (Fallos: 329:5377,

“Federación Médica de Entre Ríos”; FRE 31001858/2006/CS1, “Medina, Medardo c/ D.G.A. s/ reclamos varios”, sentencia del 24 de septiembre de 2020; entre otros).

Por otro lado, el recurso extraordinario es formalmente procedente desde que invoca la facultad rescisoria prevista en el artículo 9 de la ley 26.682 –planteo que exige fijar la recta inteligencia de normativa de carácter federal– y la resolución impugnada es contraria al derecho que la apelante pretende sustentar en aquélla (art. 14, inc. 3, ley 48; Fallos: 330:3725, “Cambiaso Péres de Nealón”; 341:929, “Y, M.V.”, entre otros).

En ese plano, los argumentos de las partes o del *a quo* no vinculan la decisión de esa Corte, a la que le incumbe realizar una declaración sobre el tema en disputa (Fallos: 342:1632, “Fernández”, entre muchos otros).

–IV–

La cuestión federal que debe dilucidarse en esta instancia consiste en determinar si, frente a la falsedad de la declaración jurada de ingreso realizada por el afiliado, la empresa de medicina prepaga se encuentra habilitada para rescindir el contrato, en los términos del artículo 9 de la ley 26.682 y, consecuentemente, para negarle la cobertura requerida.

En ese marco, opino que el problema resulta análogo al que ha sido objeto de estudio en el día de la fecha, en la causa FMP 12572/2016/CS1 “A , B R c/ Swiss Medical S.A Medicina Privada s/ amparo ley 16986”, a cuyos términos cabe acudir, en lo pertinente, por razones de brevedad.

–V–

Por lo expuesto, opino que corresponde hacer lugar a la queja, declarar procedente el recurso extraordinario, y revocar la sentencia cuestionada, con el alcance y por los fundamentos expuestos.

Buenos Aires, 18 de noviembre de 2020.

**ABRAMOVICH
COSARIN Victor
Ernesto**

Firmado digitalmente por ABRAMOVICH
COSARIN Victor Ernesto
Nombre de reconocimiento (DN):
serialNumber=CUIL.2016543387, c=AR,
cn=ABRAMOVICH COSARIN Victor Ernesto
Fecha: 2020.11.18 14:41:44 -03'00'