



Poder Judicial de la Nación
CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

En Buenos Aires, a los siete días del mes de diciembre de 2021, reunidos en acuerdo los Señores Jueces de la Sala II de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal para conocer de los recursos interpuestos en autos “Swiss Medical SA c/ EN – Superintendencia – Ss – Resol. n° 1726/12 – Expte. n° 201.147/12 s/ Proceso de conocimiento”, respecto de la sentencia del 12/05/21, el Tribunal estableció la siguiente cuestión a resolver:

¿Se ajusta a derecho la sentencia apelada?

El Dr. Luis María Márquez dijo:

I. El 03/07/13 la firma Swiss Medical SA promovió [demanda](#) (fs. 2/48), contra la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (en lo sucesivo, “SSS”), con el objeto de impugnar la Resolución n° 1726/12, del 27/12/12 (fs. 69/72 del expediente n° 201.147/12, del registro de la SSS, reservado a fs. 74 de esta causa).

Por intermedio de aquella decisión, se intimó a la entidad de medicina prepaga a la inmediata afiliación –en calidad de beneficiario adherente– del Sr. A. F. G. C. (cuyos datos filiatorios obran en las presentes actuaciones), en virtud del reclamo que éste efectuara en sede administrativa por el rechazo de la admisión con base en la patología preexistente que registraba –hemofilia– (art. 1°). Asimismo, se ordenó la facturación del importe del plan al cual aspiraba acceder, sin el valor diferencial pretendido por la entidad y con la cobertura de las prestaciones médico-asistenciales correspondientes (art. 1°). Se dispuso que ambos extremos debían ser acreditados dentro de los cinco días.

A su vez, se le hizo saber a la firma que, en ese mismo plazo, debía informar el monto que percibía en ese entonces para el plan requerido, y presentar un detalle pormenorizado y fundado de los componentes a aplicar para la cuota diferencial, y la estructura de costos, aclarándose que la Unidad de Gestión sería el área competente para analizar el cálculo propuesto, y en su caso autorizarlo (art. 2°).

La decisión encontró sustento en las previsiones de la ley 26.682, por la que se aprobó el Marco Regulatorio de la Medicina Prepaga (BO 17/05/11), que en su art. 10 establece –en cuanto aquí importa–, que las enfermedades preexistentes no pueden ser criterio de rechazo del ingreso de los usuarios, aunque se aclara que la autoridad de aplicación aprobará valores diferenciales debidamente justificados, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

En este aspecto, el decreto reglamentario 1993/11 (BO 01/12/11), pone en cabeza de la SSS la determinación de las situaciones de preexistencia, que podrán ser de carácter temporario, crónico o de alto costo, y que regirán para todos los tipos de contratos comprendidos en la ley y su reglamentación. También le encomienda la



autorización de los valores diferenciales para las prestaciones de carácter temporario y la duración del período de pago de esa cuota diferencial, así como las cuotas diferenciales correspondientes a las patologías de carácter crónico y de alto costo.

II. Como antecedentes del acto impugnado, cabe señalar que, según surge de las actuaciones administrativas, el 18/01/12 el Sr. G. C. formuló reclamo ante la SSS (fs. 1), poniendo en conocimiento del organismo que a los efectos de desregular sus aportes de la Obra Social de Técnicos de Vuelo de Líneas Aéreas, a una prestadora privada de salud, solicitó su incorporación a Swiss Medical, y ésta desestimó informalmente la cobertura por su discapacidad –que acreditó con el correspondiente certificado (fs. 4)–, derivada de una enfermedad preexistente (hemofilia).

En lo que aquí importa, corrido el pertinente traslado, con fecha 09/08/12 Swiss Medical negó que el denunciante haya solicitado la afiliación, así como el rechazo informal de la admisión por parte de la empresa, y manifestó que, hasta ese momento, la SSS no había dictado normativa alguna que determinara las patologías que habrían de ser consideradas preexistentes ni las características que debían contener las declaraciones juradas, así como tampoco había definido los valores diferenciales. Arguyó que, en definitiva, el art. 10 de la ley 26.682 y su reglamentación –que imponen el ingreso al sistema de medicina prepaga ante la denuncia de patología preexistente por parte del pretensor–, no resultan operativos, y como consecuencia de ello, ninguna obligación puede ser exigida en virtud de dichas normas (fs. 55/56).

En ese contexto, la SSS dictó la citada Resolución n° 1726/12, por la que ordenó la afiliación del denunciante.

La entidad de medicina prepaga solicitó en sendas oportunidades la inmediata suspensión de los efectos del acto (ver presentaciones del 08/01/13, 01/02/13 y 07/03/13, a fs. 75/vta., 84 y 87), y frente a ello, la autoridad administrativa intimó a la firma a comprobar el cumplimiento de la decisión (ver providencia n° 195 del 22/01/13, a fs. 76; y providencia n° 710 del 21/02/13, a fs. 85), lo que fuera acreditado el 07/03/13, formulando las correspondientes reservas (fs. 87).

El 18/03/13 se corrió traslado al Sr. G. C. a efectos de que manifestara lo que estime corresponder, en especial, acerca de la manifestación de Swiss Medical respecto a que había procedido a la afiliación (ver providencia n° 1077, a fs. 92).

Con fecha 20/03/13 Swiss Medical solicitó la aprobación de la cuota diferencial allí calculada, bajo la aclaración de que ello no implicaba convalidar o consentir de manera alguna la resolución, así como tampoco la renuncia a la interposición de recursos, sobre lo cual formuló expresa reserva (fs. 96/98).





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

Luego de formular consideraciones clínicas genéricas sobre el padecimiento del Sr. G. C. y sus principales síntomas, describió el tratamiento previsible y los costos asociados a la patología –agrupando aquellos que se realizarían por única vez y los anuales–, y previó las formas graves y complicaciones, considerando en particular los fármacos (“benefix” y vacunación), laboratorio y diagnóstico por imágenes (análisis de sangre), las consultas (“varias”), el costo de las complicaciones por hemorragias (internación), y por cuestiones traumatológicas (reemplazo bilateral de rodilla).

Expresó que, al desconocer mayores datos del paciente y la posibilidad de escenarios distintos más complejos, se había incorporado un 25% de reserva técnica.

Sobre tales bases, y de conformidad con lo dispuesto en el art. 10 de la ley 26.682 y su decreto reglamentario, solicitó la aprobación de una cuota mensual con valor diferencial de \$35.270,38, durante el tiempo que se encuentre vigente la relación contractual. Además, dada la complicación por hemartrosis y la necesidad de eventual reemplazo total de rodilla bilateral, también requirió la aplicación de una cuota diferencial adicional de \$3.323,44, por 36 meses.

Aclaró que a todo ello debía adicionársele la alícuota del Impuesto al Valor Agregado, más los aumentos generales que se apliquen al valor del plan.

Previo a pronunciarse sobre el punto, el 15/05/13 la SSS corrió traslado al reclamante por el término de cinco días para que se expida sobre la aseveración de la entidad concerniente a que se había cumplido la afiliación, bajo apercibimiento de proceder al archivo de las actuaciones en caso de silencio (ver providencia n° 5.774, a fs. 99). Ante la infructuosa notificación, el 19/06/13, se insistió en anotar al denunciante para que manifieste si su reclamo se encontraba solucionado, a la vez que se ordenó, una vez cumplido lo anterior, el pase a la Gerencia de Gestión Estratégica con el objeto de que tome intervención en la órbita de su competencia, y se pronuncie respecto al valor diferencial que pretendía cobrar la entidad de medicina prepaga en virtud de la preexistencia denunciada en el caso (ver providencia n° 7.101, a fs. 103).

El 22/08/13 el Sr. G. C. informó que efectivamente Swiss Medical lo había incorporado como socio (fs. 107/109). Sin embargo, resistió la cuota diferencial propiciada por la entidad, alegando que ésta no había incurrido en mayores costos, dado que todos los profesionales que le brindaban atención se encontraban incluidos en la cartilla, y además, de existir necesidades adicionales, se trataba de un sistema abierto. También puso de resalto que la firma no era la encargada de proporcionar los factores hemofílicos IX sino la Obra Social de Técnicos de Vuelo de Líneas Aéreas,





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013,
aspecto que sindicó como el más costoso del tratamiento, comprendido además en el
Sistema Único de Reintegro (SUR), creado por la Resolución SSS n° 1200/12, razón

Fecha de firma: 07/12/2021

Firmado por: LUIS MARIA MARQUEZ, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: MARIA CLAUDIA CAPUTI, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: JOSE LUIS LOPEZ CASTINEIRA, JUEZ DE CAMARA

4

4



#10828712#308852445#20211207001641560

por la cual el Estado efectúa, según lo establecido en la Resolución SSS n° 1561/12, los reintegros peticionados por los agentes de salud –entre ellos, la Obra Social mencionada–, por prácticas médicas y suministro de medicamentos proporcionados a los afiliados a partir del 01/12/12.

El 20/12/13 (conf. providencia n° 31.847, fs. 119), se corrió el pertinente traslado a Swiss Medical, que fuera contestado mediante la transcripción literal de la estructura de costos ya presentada (fs. 96/98), sin formular precisión o aclaración adicional alguna (fs. 124/126 vta.).

Si bien la última actuación obrante en las actuaciones administrativas reservadas en la causa data del 24/09/14 (fecha en que se notificó a los interesados el dictamen jurídico en el que se requerían precisiones respecto a la “confusa” situación que se planteaba en el caso sobre los financiadores y prestadores de la cobertura prestacional del beneficiario –conf. providencia n° 59.967 de la Gerencia de Asuntos Jurídicos, del 23/09/14, a fs. 135/vta.–), lo cierto es que el 04/08/15, la actora denunció en este expediente (ver presentaciones idénticas de fs. 134/135 vta. y 142/143 vta.) el dictado de la Disposición n° 1003/15, del 19/05/15, por la cual la SSS autorizó una cuota diferencial mensual por preexistencia de \$78,61, con vigencia desde el mes de abril de 2015, adicional al valor del plan al que se encuentre afiliado el usuario, y mientras dure la relación contractual, debiendo ser actualizado conforme los aumentos generales establecidos por la autoridad de aplicación (art. 1°).

Al informar el dictado de la decisión en este expediente, la firma repitió los argumentos del libelo inaugural y manifestó que la recurriría en sede administrativa y, una vez que se encontrara firme, la denunciaría como hecho nuevo.

III. Por [sentencia](#) del 12/05/21 el Sr. Juez de grado rechazó, con costas, la demanda entablada.

Para decidir de ese modo, comenzó por descartar el reproche a la competencia de la SSS para el dictado de la Resolución n° 1726/12, a la luz de lo dispuesto en los arts. 3° y 7°, inc. a), de la ley 19.549, en su carácter de autoridad de aplicación de la ley 26.682 (conf. decreto 1276/11), y en uso de las facultades conferidas por los decretos 1615/96 (constitución de la SSS) y 1008/12 (designación de la Superintendente de Servicios de Salud).

Igualmente rechazó el vicio en la causa acusado por la accionante, advirtiendo que el reclamo deducido por el Sr. G. C. ante la SSS daba cuenta de la solicitud expresa para que la empresa lo incorporara a sus prestaciones médico-asistenciales, que operaba como antecedente fáctico determinante, siendo claro que la resolución cuestionada respondió a lo solicitado por el denunciante (art. 7°, inc. b, ley 19.549).





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

También desestimó el vicio en el objeto alegado sobre la base de que se ordenó incorporar al usuario sin valor diferencial de la cuota, puesto que el art. 10 de la ley 26.682 establece que la SSS debe autorizar el valor diferencial, pero no que esa aprobación deba ser anterior ni concomitante a la admisión (art. 7°, inc. c, ley 19.549).

Reparó en que, en el caso, al ordenar la afiliación del Sr. G. C., la SSS simultáneamente requirió a Swiss Medical que: i] informara el valor que se encontraba cobrando para el plan al cual pretendía acceder el interesado; ii] presentara un detalle pormenorizado de los componentes a aplicar como diferencial y iii] explicara en base a qué consideraciones fundamentaba ese importe, acompañando la estructura de costos. Ello así, en tanto el importe adicional debía ser aprobado por la Unidad de Gestión, área competente para analizar, y en su caso autorizar, el monto diferencial pretendido por la entidad de medicina prepaga.

Precisó que, por lo demás, las diferencias resultantes del plazo transcurrido entre la incorporación del interesado al sistema de medicina prepaga y la aprobación del adicional, constituyen materia de la impugnación que la parte actora dice haber promovido respecto a la Disposición n° 1003/15 (fs. 142/143), que fijó el valor diferencial y su metodología de cómputo.

Concluyó que la Resolución n° 1726/12 resiste incólume los embates propuestos en la demanda, dado que encuentra suficiente sustento en el reclamo formulado por el Sr. G. C. en el que manifestó que la empresa no lo había afiliado pese a sus solicitudes (antecedentes de hecho), y en la aplicación del art. 10 de la ley 26.682 (antecedente de derecho), que prohíbe a las entidades de medicina prepaga rechazar la admisión sobre la base de enfermedades preexistentes –norma cuya constitucionalidad analizó seguidamente–, todo lo cual había sido pormenorizadamente detallado en las actuaciones administrativas y explicitado en la motivación del acto administrativo (art. 7°, inc. e, ley 19.549).

En ese sentido, destacó que de las constancias acompañadas por el Sr. G. C. a fs. 169/174 surgía su pedido de afiliación a la entidad de medicina privada, como así también había quedado acreditada la enfermedad que padece (hemofilia) mediante el certificado de discapacidad obrante a fs. 4 de las actuaciones administrativas, extremos que demuestran que Swiss Medical no estaba habilitada para rechazar el ingreso y que tal proceder constituyó un acto arbitrario sin fundamento jurídico. Ello, sin perjuicio del derecho que le asiste a la actora al cuestionamiento de la citada Disposición n° 1003/15.





Poder Judicial de la Nación
CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Agregó que la efectividad del derecho a la salud e integridad física de las personas (*Fallos*: 302:1284), ambos de rango constitucional y reconocidos por convenciones internacionales, impone en el caso la directa aplicación de la ley 26.682 Expte. n° 28.835/2013



–en especial, su art. 10–, y convalidar la tesis opuesta, contravendría la doctrina conforme la cual los tribunales están obligados a desentrañar la significación jurídica de las leyes superando la rigidez de sus pautas gramaticales, y a abstenerse de toda interpretación que equivalga a prescindir de la norma aplicable (*Fallos*: 326:1864).

Sobre esta base, juzgó que no era atendible el argumento referido a la falta de operatividad del art. 10 de la ley 26.682, pues como bien ha señalado el Alto Tribunal, las obligaciones que incumben a la Nación en materia sanitaria “*también se proyectan sobre las entidades públicas y privadas que se desenvuelven en este ámbito (doctrina de Fallos: 321:1684; 323:1339, 3229; 324:754, voto de los jueces Belluscio y Fayt, y 3569; 328:1708). De lo contrario, las leyes sancionadas en la materia no dejarían de ser sino enfáticas enumeraciones programáticas vacías de operatividad*” (*Fallos*: 331:2135 y sus citas).

De acuerdo con estos principios, coligió que la falta de aprobación del formulario de denuncia de enfermedades preexistentes o de la autorización de los valores diferenciales de las prestaciones, de ningún modo conforman un obstáculo para reconocer el derecho a la admisión al sistema de medicina prepaga.

Además, desechó el planteo de invalidez constitucional del art. 10 de la ley 26.682.

Advirtió que la empresa actora no había acreditado la afectación que la norma le produce en concreto. Explicó que las manifestaciones del Sr. G. C. eran contundentes en cuanto a que Swiss Medical no le brindó nada extraordinario por fuera del Programa Médico Obligatorio ni del contrato prestacional, y que es la Obra Social de Técnicos de Vuelo de Líneas Aéreas (OSTVLA) la que efectúa la tramitación del factor antihemofílico ante el SUR conforme las Resoluciones SSS n° 1200/12 y n° 453/14.

De otro lado, aclaró que si bien el perito médico legista (fs. 213/215) refiere a valores de consultas especializadas, kinesiología, rehabilitación, natación, cirugías, internaciones, otros medicamentos y psicoterapia –además del costo del tratamiento en base al factor de coagulación que es provisto por el Estado Nacional–, lo cierto era que no se acreditó la falta de cobertura de tales prestaciones de acuerdo al plan al que se encontraba adherido el Sr. G. C.

En este orden de ideas, puso de resalto que, cuando se pretende objetar el costo excesivo de una cobertura de salud el Alto Tribunal ha requerido la demostración del desequilibrio por cuanto “el derecho a la salud, sobre todo si se trata de enfermedades graves, está íntimamente relacionado con el derecho a la vida, siendo éste el primer –y preexistente– derecho de la persona humana, reconocido y



garantizado por la Constitución Nacional como por diversos tratados de derechos humanos’ (Fallos: 337:471).





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

Insistió en que, de acuerdo a tales principios, en la especie los agravios de la actora han de canalizarse a través del cuestionamiento a la Disposición n° 1003/15.

Abordando el planteo de inconstitucionalidad desde una perspectiva más general, puso de manifiesto que el Estado posee facultades reglamentarias con respecto al ejercicio de ciertas industrias y actividades, a efectos de restringirlas o encauzarlas en la medida que lo exijan la defensa y el afianzamiento de la salud, la moral y el orden público (*Fallos*: 318:2311).

Y, en este orden, el derecho a la preservación de la salud se encuentra comprendido dentro del derecho a la vida, y la autoridad pública tiene la obligación impostergable de garantizar ese derecho con acciones positivas, por lo cual es evidente la facultad del Estado de vigilar y controlar que las prestadoras cumplan sus obligaciones (*Fallos*: 321:1684; 323:1339; 331:2614).

Agregó que las empresas de medicina prepaga también adquieren un compromiso social con sus usuarios en tanto tienden a proteger las garantías constitucionales a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas (*Fallos*: 324:677).

Puso en evidencia que, en definitiva, los derechos a la libertad de contratación y de propiedad que se dicen vulnerados, no son absolutos sino que han de ser gozados conforme las leyes que reglamentan su ejercicio (arg. art. 14, CN; *Fallos*: 315:952; 315:1190; 316:188; 319:1165; 320:196; 321:3542; 322:215; 325:11; entre muchos otros). Admitió que toda norma reguladora del ejercicio de derechos y cumplimiento de deberes constitucionales de los ciudadanos, para adquirir validez constitucional, debe descansar sobre el principio de razonabilidad (art. 28, CN), principio que fija el límite al que se halla sometido el ejercicio de las potestades públicas y reclama la existencia de circunstancias justificantes, fin público, adecuación a él del medio utilizado para su obtención y ausencia de inequidad manifiesta, por lo que las limitaciones a los derechos han de ser impuestas por la necesidad y proporcionadas al fin propuesto, y basarse en la razón y no ser arbitrarias ni caprichosas.

Desde esta perspectiva, entendió que la obligación de admitir a los usuarios pese a cursar enfermedades preexistentes, se enmarca dentro de la finalidad de garantizar el acceso al sistema de salud.

Para más, sostuvo que la cuestión se inscribe entre las facultades del Congreso de la Nación dirigidas a legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos con la finalidad precisamente de asegurar, a través del mecanismo de discriminación inversa o positiva, el derecho a la salud de grupos



tradicionalmente perjudicados como las personas con discapacidad (art. 75, inc. 23, CN; *Fallos*: 324:754).

Y en cuanto a las alegaciones formuladas por la accionante con relación a la lesión a la libertad contractual, como así también la irrazonabilidad de la reglamentación por trasladarle obligaciones propias de Estado, aseveró que resultan conjeturales frente a la falta de acreditación del perjuicio concreto que la norma le habría provocado (*Fallos*: 324:754).

A igual conclusión arribó en torno a la alegada imposibilidad de realizar cálculos actuariales, lo que a su vez impediría la redistribución de riesgos, que la actora apoya sobre una supuesta semejanza entre el contrato de medicina prepaga y el contrato de seguro, toda vez que no se ha acreditado la baja de las utilidades que produciría la afiliación del Sr. G. C. (*Fallos*: 324:754, voto del Dr. Vázquez).

Con referencia a la falta de una clara política legislativa en la delegación establecida en el art. 10 de la ley 26.682, afirmó que la actora no había explicitado de qué modo el decreto 1993/11 configura un exceso reglamentario, alterando el espíritu de la ley que reglamenta. Por el contrario, la norma reglamentaria, dictada en ejercicio de las facultades previstas en el art. 99, inc. 2º, de la CN, se limita a establecer condiciones, requisitos, limitaciones o distinciones que, aún cuando no hayan sido contemplados por el legislador de una manera expresa, no sólo se ajustan al espíritu de la norma reglamentada, sino que además sirven, razonablemente, a la finalidad esencial que ella persigue, por lo cual son parte integrante y tienen la misma validez y eficacia que ésta (*Fallos*: 325:645; 326:3521; 330:2255; 335:146; 337:149; entre otros).

Consideró que la empresa actora no había justificado las razones de la tacha que formula, limitándose a señalar que la norma se tornaba irrazonable frente a la falta de plazo para que la SSS analice y resuelva acerca del valor diferencial (subsana a partir del dictado del decreto 66/19), sin advertir que en las actuaciones administrativas no se ha verificado el transcurso de un plazo irregular para la fijación del valor de la cuota adicional.

Reguló los honorarios de los letrados intervinientes.

Expresó que, a los fines de cuantificar los emolumentos de los profesionales actuantes, debía determinarse la ley vigente al momento de cumplirse los trabajos objeto de la regulación. Al respecto, estuvo a lo resuelto por la Corte Suprema de Justicia de la Nación –por mayoría– en la causa “Establecimiento Las Marías SACIFA c/ Provincia de Misiones s/ Acción declarativa” (*Fallos*: 341:1063), en cuanto estableció que la ley 27.423 no es aplicable a los procesos fenecidos o en trámite, en lo que respecta a la labor desarrollada en las etapas procesales concluidas durante la





Poder Judicial de la Nación
CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

vigencia de la ley 21.839, y su modificatoria 24.432, o que hubieran tenido principio de ejecución, en virtud de lo dispuesto en el art. 7° del decreto 1077/17.

En función de ello, con respecto a los trabajos alcanzados por las previsiones de la ley 21.839 y su modificatoria 24.432, en atención al mérito, calidad, eficacia y extensión de la labor cumplida en las dos primeras etapas del juicio y el resultado del pleito, reguló los honorarios de: a) La Dra. G. C. F., el Dr. A. J. Z. y el Dr. C. A. V., por la dirección letrada y representación de la parte demandada, en conjunto, en \$50.000 (pesos cincuenta mil), conforme los arts. 1°, 6°, 9°, 10, 11, 37 y 38, de la ley 21.839, modificada por la ley 24.432; y b) La Dra. María Gisela STELLA, por la dirección letrada y representación del tercero citado G. C., en \$40.000 (pesos cuarenta mil), conforme los arts. 1°, 6°, 9°, 11, 37 y 38, del citado cuerpo legal.

Por otra parte, teniendo presente el mérito, extensión y eficacia de las tareas realizadas en las incidencias resueltas a fs. 189/vta. y 225/vta. (rechazo de la oposición formulada por la demandada a la producción de la prueba pericial médica ofrecida por la actora, y declaración de negligencia de la accionada en la producción de la prueba informativa pendiente, acusada por la demandante), fijó los emolumentos del Dr. Lucas A. PIAGGIO, en su carácter de representante y patrocinante de la parte actora, en \$8.304 (pesos ocho mil trescientos cuatro), por cada incidencia, equivalente a 2 UMA (conf. art. 33 de la ley, que se aplica también analógicamente a la incidencia resuelta a fs. 225/vta. en razón de la observación formulada en el art. 5° del decreto 1077/17 al art. 47 de la ley 27.423).

Finalmente, justipreció los honorarios del experto médico legista Jorge Antonio GAZZANIGA, por la tarea pericial (conf. informe obrante a fs. 213/215), en \$24.912 (pesos veinticuatro mil novecientos doce), equivalente a 6 UMA (art. 61 de la ley 27.423, conf. Ac. n° 7/21).

IV. Disconforme con lo resuelto en punto al fondo de la cuestión debatida, [apeló](#) la parte actora el 17/05/21. [Expresó agravios](#) el 01/09/21, [replicados](#) por su contraria el 09/09/21.

A su turno, el 24/05/21 los letrados de la demandada A. J. Z., C. A. V. y G. C. F. [apelaron por bajos los honorarios regulados a su favor en la instancia de origen](#), y solicitaron la discriminación individual de los emolumentos correspondientes a cada uno.

V. La actora se agravió en cuanto el sentenciante de grado, en orden al rechazo de la demanda entablada, se basó en meras consideraciones dogmáticas sin efectuar un análisis de los argumentos volcados en el escrito de inicio, sosteniendo su



decisión exclusivamente en la presunción de legitimidad que gozan los actos administrativos, omitiendo considerar cuestiones fundamentales para dirimir el caso, como la aprobación de una cuota diferencial de forma extemporánea y muy por debajo del valor adecuado, circunstancia que ha quedado acreditada con la prueba producida en autos.

En concreto, objetó la falta de tratamiento de la insuficiencia de la cuota diferencial establecida por la Disposición n° 1003/15, así como de la demora injustificada en que incurriera la SSS, lo que provoca un ostensible estado de indefensión en la actora, que se vio privada de un acceso pleno a la jurisdicción por no resultar, supuestamente, la manera de “canalizarse” dicho agravio, cuando desde un primer momento, la presente causa tuvo por objeto obtener la declaración de nulidad de la Resolución n° 1726/12, por resultar contraria a la ley 26.682, al imponer a la demandante la obligación de afiliarse al Sr. G. C. sin haberse aprobado previa o simultáneamente la correlativa cuota diferencial que corresponde en función de la enfermedad preexistente reconocida por el propio interesado, lo cual contraría toda lógica razonable.

Arguyó que la Disposición n° 1003/15 no fue más que la ratificación del obrar ilegítimo de la SSS, cuya validez no debe ni puede ser analizada por separado.

Destacó que el dictado de esa Disposición es un hecho acontecido después de la interposición de la demanda, que guarda relación con la cuestión que se ventila, encuadra en los términos de la causa y el objeto de la pretensión deducida, y fue debidamente introducido en tiempo oportuno, por cuanto ha sido formulado con anterioridad a la apertura a prueba (art. 365, CPCCN), y admitido mediante el proveído del 03/07/15.

Advirtió que el hecho nuevo no puede importar una nueva pretensión o defensa, sino solamente un nuevo elemento de juicio relativo a la pretensión o defensa ya esgrimida al trabarse la litis. Sin embargo, la Resolución impugnada (1726/12) fue cuestionada precisamente por haber ordenado afiliarse al denunciante sin siquiera evaluar la cuota diferencial peticionada, demorando su determinación por años y reconociendo, sólo de forma parcial, los perjuicios irrogados a la prestadora del servicio, que fueran expuestos en el escrito de demanda. Ello implica que el valor de la cuota diferencial establecido en la Disposición n° 1003/15, así como la demora incurrida por la SSS, integran la decisión atacada.

Así, si bien se trata en rigor de un acto administrativo distinto, debió ser parte integrante, y justamente eso se reclama, razón por lo cual, no podría resultar irrelevante en el examen de la validez de la Resolución n° 1726/12 que la cuota diferencial se haya dilatado más de tres años y que únicamente cubra una ínfima –o





Poder Judicial de la Nación
CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

aún inexistente– porción de los costos que la empresa debió afrontar, y que fueron debidamente acreditados en autos.

Entendió que la Resolución n° 1726/12 en crisis resultaba contraria a derecho, por no otorgar oportunamente y a valores adecuados, la cuota diferencial prevista por el legislador como una alternativa al “período de carencia”, a fin de equilibrar el detrimento patrimonial que afecta a la empresas de medicina prepaga, y en consecuencia al sistema de salud en su conjunto, circunstancia que fuera confirmada por la Disposición n° 1003/15, de lo que se concluye que no podría prescindirse de un análisis conjunto, dado que necesariamente la invalidez de una extiende sus efectos a la otra. En tales condiciones, la actora no puede verse compelida a solicitar la nulidad de aquella disposición en otro proceso, como se aduce en la sentencia apelada, cuando en definitiva, una decisión resulta inescindible de la otra.

En otro orden, destacó que el sentenciante de grado omitió ponderar la prueba producida en autos, en lo que hace al perjuicio patrimonial concreto que sufrió la firma actora por el ilegítimo accionar de la Sss.

Observó que el Sr. Juez *a quo* siquiera reparó en el hecho de que arbitrariamente la Sss aprobó, de manera extemporánea, una cuota diferencial mensual de sólo \$78,81, mientras que Swiss Medical oportunamente había solicitado en sede administrativa la aprobación de la suma de \$35.270,38 por mes –en base al tratamiento farmacológico de la enfermedad del Sr. G. C., así como las consultas, prácticas, análisis, internaciones, posibles complicaciones y rehabilitación–, cálculo que fuera reproducido en la demanda.

Añadió que, más allá de la demora y los efectos disvaliosos que conlleva, de la prueba pericial médica producida en autos surgía con claridad que los costos de las prestaciones médicas no pueden cubrirse, en modo alguno, con el valor diferencial aprobado.

Al respecto, el experto determinó que el nombrado padece hemofilia, enfermedad hemorrágica hereditaria, que se caracteriza por la aparición de hemorragias internas y externas, describiendo los síntomas y manifestaciones y admitiendo expresamente que tiene carácter crónico. Asimismo, especificó que el tratamiento consiste en reemplazar el factor de coagulación que falta en la sangre, inyectando por vía intravenosa un producto que contiene el factor faltante, calculando su costo anual entre 2 y 3 millones de pesos aproximadamente, a lo que había que añadir otros tipos de tratamiento como consultas especializadas, kinesiología, rehabilitación, natación, cirugías, internaciones, otros medicamentos y psicoterapia, que sumarían, en conjunto y estimativamente, entre \$500.000 y \$1.000.000 por año en promedio.



A pesar de ello, en la sentencia en recurso no se hizo mención alguna a las categóricas conclusiones periciales ni a los tratamientos descritos en la demanda, por entender simplemente que la acreditación de los evidentes perjuicios que ocasionó el accionar de la SSS, no resultan conducentes para la solución del caso, apartándose sin fundamento alguno de las constancias de la causa que comprueban el menoscabo de orden económico.

Se quejó en cuanto, a juicio del Sr. Juez *a quo*, por tratarse de una cuestión vinculada al derecho a la salud, la empresa debe soportar un perjuicio que resulta desmesurado por un doble orden de motivos: no sólo por la demora infundada por parte de la Administración, sino además por la autorización de un monto mucho menor al que correspondería, y sin siquiera conceder expresamente efectos retroactivos al aumento, desatendiendo injustificadamente las razones expuestas al momento de presentar la estructura de costos de este caso en particular.

Advirtió que, más allá del planteo de inconstitucionalidad oportunamente formulado, en el art. 10 de la ley 26.682 el legislador estableció un mecanismo para evitar el deterioro económico de las empresas de medicina prepaga, y así garantizar la adecuada subsistencia de este régimen, el cual no podría ser válidamente desvirtuado por la reglamentación (o la ausencia de ella), ni mucho menos por la actuación de la SSS.

Explicó que si bien la norma no establece plazos, criterios de valuación ni ningún otro parámetro para autorizar (o no) el valor de la cuota diferencial, eso no justifica la notoria arbitrariedad de la autoridad administrativa. Recordó que, según jurisprudencia del Máximo Tribunal, la circunstancia de que la Administración obre en ejercicio de facultades discrecionales, en manera alguna puede constituir un justificativo de su conducta arbitraria, puesto que es precisamente la razonabilidad con que se ejercen tales facultades, el principio que otorga validez a los actos de los órganos del Estado.

De este modo, aún asumiendo –a modo de hipótesis– que la empresa tenía la obligación de afiliar a la denunciante y luego solicitar la autorización de la cuota diferencial, no parece razonable tener que aguardar un plazo de tres años para obtener una resolución, demora que impidió recuperar los montos cubiertos por la afección crónica del denunciante y transformó a la cuota diferencial fijada por la SSS en virtualmente inexistente.

En efecto, tanto la ley 26.682 como su reglamentación, no imponen la incorporación al sistema de medicina prepaga de una persona con patologías preexistentes graves sin percibir, como contrapartida, el precio de cuota diferencial, o con mora en la aprobación.





Poder Judicial de la Nación
CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

Finalmente, cuestionó la íntegra imposición de las costas del proceso a su parte, por entender que, debido a las características del caso, la actora promovió la acción sobre la base de una convicción razonable acerca del derecho invocado, y por ende, debió ser eximida del pago de los accesorios.

VI. Previo a toda otra consideración, no es ocioso recordar que los jueces no están obligados a seguir a las partes en todas y cada una de las argumentaciones que se pongan a consideración del Tribunal, sino tan sólo en aquéllas que sean conducentes para decidir el caso y basten para dar sustento a un pronunciamiento válido (*Fallos*: 258:308; 262:222; 265:301; 272:225; 278:271; 291:390; 297:140:301:970).

Y tampoco es obligación del juzgador ponderar todas las pruebas agregadas, sino únicamente las que estime apropiadas para resolver el conflicto (*Fallos*: 274:113; 280:320; 291:390; 310:267; 321:1776), temperamento éste que tuvo recepción normativa, en tanto de acuerdo al art. 386 del ordenamiento de rito, el magistrado debe apreciar la prueba de conformidad con las reglas de la sana crítica, valorando sólo aquella que considere esencial y decisiva para arribar a la decisión definitiva, sin encontrarse obligado a mencionar todas y cada una de las pruebas rendidas en la causa.

VII. Como primera aproximación, no debe perderse de vista que no es materia de controversia la discapacidad que registra el Sr. G. C. –derivada de la enfermedad que padece–, quien formulara reclamo ante la SSS con el objeto de que ordenara su incorporación a Swiss Medical –con la derivación de aportes de la Obra Social a la que estaba afiliado–, y que fuera citado como tercero en las presentes actuaciones a instancias de la entidad de medicina prepaga actora.

El denunciante alegó que Swiss Medical había denegado la solicitud de admisión, circunstancia que lo condujo a presentar la petición ante la SSS en los términos señalados, y aún cuando tales extremos fueron controvertidos por la entidad de medicina prepaga, lo cierto es que, ante la ausencia de disputa sobre la patología y sus alcances e implicancias, así como su carácter previo al requerimiento de ingreso, todo lo cual fuera revelado sin reserva alguna por parte del afectado, resulta indiferente el cumplimiento del procedimiento establecido en la normativa aplicable, en lo concerniente a la catalogación de las patologías preexistentes y a la suscripción de la correspondiente declaración jurada, que tiene por objeto, precisamente, que el interesado denuncie esas patologías sin limitación ni ocultamiento, a los efectos de que la entidad de medicina prepaga a la que pretende afiliarse conozca con claridad



las obligaciones que asumirá en virtud de la enfermedad que padece, lo que por cierto está satisfecho en el caso.

Máxime, tomando en consideración que al formular la denuncia ante la SSS, el afectado G. C. acompañó el Certificado de Discapacidad n° 07783, expedido el 22/10/04 por el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad, dependiente del –por entonces– Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y con validez hasta el 22/10/14, por la deficiencia motora derivada de la hemofilia tipo “B” que padecía (fs. 4).

Y además, adjuntó su historia clínica (n° 1119), de la Fundación de la Hemofilia (fs. 21/26), en la que consta un registro pormenorizado de los antecedentes médicos del reclamante desde su niñez.

Desde esta perspectiva, no ha de soslayarse que, en el caso, no se alegó que el pretensor haya sido reticente en la provisión de información sobre su patología, ni se invocó la falsedad y mala fe en la declaración, único supuesto en que a la postre podría válidamente la entidad de medicina prepaga resolver con justa causa el contrato celebrado (art.9°,inc.2.b, decreto 1993/11; Cám. Nac. Civ. y Com. Fed., Sala III, “M.M.J. y otro c/ OSDE s/ Amparo de salud”, causa n° 7.443/14, del 29/06/17).

VIII. Sobre tales bases, debe dejarse en claro que el objeto de la presente acción se circunscribió a la declaración de nulidad de la Resolución n° 1726/12, por cuyo intermedio la SSS únicamente ordenó a la entidad de medicina prepaga la afiliación del denunciante, mas nada decidió definitivamente respecto a la determinación de la cuota diferencial, difiriéndola a los efectos de permitir a la firma pronunciarse sobre la estructura de costos que demande esa patología en general, así como la situación que atraviesa el paciente involucrado en particular.

En consonancia con ello, la pretensión actoral contenida en la demanda comprendía el cuestionamiento de dos aspectos diferenciados de la decisión atacada.

De un lado, la accionante objetó la afiliación compulsiva por un doble orden de motivos.

En primer lugar, entendió que la omisión en el dictado de la normativa reglamentaria que regule el procedimiento para el ingreso al sistema de medicina prepaga en caso de patología preexistente, impedía conocer las condiciones esenciales del acuerdo al momento de contratar. En concreto, objetó el vacío normativo sobre las características de las declaraciones juradas y los valores diferenciales, razón por la cual la ley 26.682 y su decreto reglamentario no resultarían operativos. Puso de manifiesto que en el caso, se había ordenado la afiliación sin que el reclamante hubiera suscripto la correspondiente declaración jurada, con la sola mención en un escrito del padecimiento de una seria enfermedad y acompañando el certificado de





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

discapacidad, de modo que la empresa debía calcular el costo de las prestaciones sin contar con mínimos elementos a tal fin que le permitieran mensurar el costo del tratamiento.

En otro orden, juzgó vulnerada la libertad de contratación al imponerse la vinculación con una determinada persona, así como las condiciones esenciales de ese convenio. Señaló que el hecho de que una relación contractual deba ser regulada porque su objeto es un bien jurídico protegido de la envergadura que detenta la salud, o la circunstancia de que se trate de una relación de consumo, en nada justifica compeler a contratar, ya que antes de entablarse la relación convencional, el Estado no tiene injerencia. Como corolario de lo expuesto, planteó la inconstitucionalidad del art. 10 de la ley 26.682, ya referido.

Y por otra parte, cuestionó el aplazamiento en la determinación de la cuota diferencial, por el perjuicio económico que ello le traería aparejado, al tener que esperar *sine die*, eternamente o a discreción de la SSS, la autorización para el cobro de una cuota diferencial, dado que no existía en las normas aplicables –al momento de incoar la acción– un plazo para que se expida la autoridad administrativa.

En la misma línea de razonamiento, destacó que el plexo normativo no establece que la estructura de costos de la cuota diferencial deba ser acreditada ante el organismo de control *después* del ingreso, y por ser ello así, juzgó que sólo una vez autorizado ese valor diferencial podría ser compelida la entidad a perfeccionar el contrato con quien pretende ser afiliado. Explicó que una interpretación en contrario perjudicaría a ambas partes: a la empresa por verse obligada a sostener durante un tiempo indeterminado el tratamiento de una patología preexistente sin contraprestación justa –debido a los gastos adicionales que irroga–, y al afiliado, por encontrarse en la incertidumbre total sobre cuál será la obligación cierta a su cargo.

Expresó que mediante el contrato de medicina prepaga el prestador del servicio se obliga a cubrir, bajo ciertas condiciones, determinado riesgo –aleatorio, por cuanto las enfermedades pueden o no sucederse–, cuya asunción requiere alguna previsibilidad, lo cual se encuentra directamente vinculado con el estado general de salud del afiliado. Agregó que se trata de un contrato de larga duración, en el cual el usuario hace un esfuerzo económico cuando está sano, a fin de ser compensado cuando carezca de salud; esquema que se ve totalmente desnaturalizado cuando se quiebra el principio de corresponsabilidad de larga duración como consecuencia de la frustración del elemento previsión.

IX. La línea argumental central del recurso en trato reposa, en cambio –como surge diáfano de la reseña de los agravios, descriptos en el Considerando V de la presente–, en la invocada insuficiencia de la cuota diferencial fijada *a posteriori* de



la orden de afiliación y en la demora en que habría incurrido la autoridad administrativa en su determinación, más aún teniendo en cuenta que el cálculo no fue retroactivo.

La actora se agravió concretamente de la aprobación por medio de la Disposición SSS n° 1003/15 de una cuota diferencial insuficiente e inadecuada, calificándola de ínfima o virtualmente inexistente.

En efecto, el recurso en examen refiere, en lo medular, a la alegada desatención por parte de la SSS de la solicitud de cuota diferencial formulada por Swiss Medical, y de la estructura de costos presentada a tal fin, lo que implica que la prestación del servicio médico a su cargo debe realizarse contra el pago de una cuota que no alcanza a cubrir el costo real de los tratamientos que debía obtener el afiliado (págs. 3 y 4 del formato PDF del libelo recursivo).

Además, la actora sostiene que la cuota fue fijada de forma extemporánea, por la dilación injustificada de más de tres años en que incurriera el organismo administrativo, sin otorgar efectos retroactivos a la estimación (pág. 5 y 7 del formato PDF de la expresión de agravios).

X. Así las cosas, es claro que los argumentos recursivos no están encaminados al ataque a la orden de afiliación del denunciante que porta una enfermedad preexistente, sino a poner en tela de juicio la cuota diferencial establecida como consecuencia de ello –por escasa e intempestiva–, tópico sobre el cual nada decidió la Resolución SSS n° 1726/12, puesta en crisis en autos, y que fuera resuelto más tarde por la autoridad administrativa mediante la Disposición n° 1003/15, cuya legitimidad no puede ser examinada en autos.

Es que, con posterioridad al dictado del acto objeto de impugnación en esta causa (Resolución SSS n° 1726/12), y luego de la traba de la litis, la SSS se expidió, a través de la referida Disposición n° 1003/15, no ya en punto al derecho a la afiliación por parte del denunciante –y a la correlativa obligación de admisión en cabeza de la entidad de medicina prepaga–, sino respecto a la cuota diferencial pretendida por Swiss Medical.

Como se adelantara (Considerando II), la emisión de esta última decisión fue informada en autos el 04/08/15 por la actora (ver escritos idénticos de fs. 134/135 vta. y 142/143 vta.), acompañando copia del acto administrativo (fs. 129/133 y 137/141). En esa presentación, la firma no intentó desvirtuar los fundamentos de la decisión, sino que se limitó a reproducir los argumentos del libelo inaugural, y manifestó que recurriría en sede administrativa la disposición (en la cual se había aclarado que los interesados podrían deducir recurso de reconsideración o de alzada, o la acción





Poder Judicial de la Nación
CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013
judicial pertinente –conf. art. 2°–), y que una vez que dicho acto administrativo se encontrara firme, lo denunciaría como hecho nuevo.

Tales manifestaciones, como es de toda evidencia, no pueden ser computadas, siquiera en forma tácita, como una articulación autónoma y fundada que ponga en tela de juicio la legitimidad de la decisión. Muy por el contrario, la actora dejó en claro que entablaría una vía recursiva paralela a esta causa.

Bajo esta perspectiva, adviértase que el Tribunal de grado dispuso simplemente la agregación de la documentación acompañada, conforme surge de las providencias –consentidas y firmes– del [03/07/15](#) y del [11/08/15](#) (fs. 135 y 144), sin dar siquiera intervención a la contraparte, lo que no mereció reparos de la accionante.

De allí que resulta claro que el dictado de la Disposición n° 1003/15 –que constituye el único pronunciamiento de la SSS sobre la cuota diferencial, cuyo valor resiste la demandante recién en esta instancia–, no fue denunciado oportunamente como hecho nuevo en los términos del art. 365 de la ley adjetiva, y mucho menos admitido como tal por el Juzgado interviniente, como asevera la apelante (pág. 6 del formato PDF de la expresión de agravios).

Allende, en momento alguno la actora siquiera informó sobre el resultado de esa supuesta impugnación en sede administrativa.

Tampoco acompañó o requirió la remisión de lo actuado en sede administrativa respecto a la cuota diferencial. Máxime, si se tiene en cuenta que de la propia Disposición SSS n° 1003/15 surge que tomaron intervención diversas áreas técnicas (Gerencia de Gestión Estratégica, Gerencia de Control Prestacional y Subgerencia de Evaluación de Costos de la Gerencia de Gestión Estratégica), cuyos dictámenes constituyeron antecedentes del acto y en los que se fundó el temperamento adoptado por la autoridad administrativa, y ninguno fue arrimado a esta causa.

Muy por el contrario, a pesar de todo ello, fue la propia actora la que solicitó la clausura del período probatorio y luego el llamado de autos a sentencia (ver presentaciones del [27/09/19](#) y del [20/12/19](#)).

En mérito a lo expuesto hasta aquí, es evidente que las cuestiones que introduce en este recurso la actora constituyen fruto de una reflexión tardía y, por lo tanto, son materia manifiestamente ajena a esta causa y exceden la jurisdicción del Tribunal *a quo* y, por lógica implicancia, la de esta Sala.

En efecto, en el remedio en examen la accionante no persistió en las objeciones introducidas en el libelo inaugural, concernientes a la omisión reglamentaria –por el vacío normativo respecto a las enfermedades preexistentes y a las características de la declaración jurada a suscribir por el pretenso usuario, y la



consecuente ausencia de elementos para determinar los costos del tratamiento–, y tampoco sostuvo el planteo de inconstitucionalidad del art. 10 de la ley 26.682 –sobre la base de la vulneración de la libertad de contratación–, y sus quejas discurren, por el contrario, sobre cuestiones ajenas a las señaladas, aludiendo únicamente a lo exiguo del valor diferencial estimado en el caso y a la dilación en su determinación.

En definitiva, la actora pretende sortear la absoluta, ostensible e incontrastable omisión de impugnar de la Disposición SSS n° 1003/15 –ora paralelamente a esta acción, ora en estas actuaciones como hecho sobreviniente, relacionado y conducente–, bajo el argumento de que la fijación de la cuota diferencial plasmada en esa decisión, debió integrar la Resolución n° 1726/12, aquí impugnada –a pesar de que se trata de actos administrativos distintos–, y en ese entendimiento, afirma que el reclamo primigenio, contenido en el libelo inaugural, era comprensivo de aquel tópico, en el que se afinca el recurso.

Sin embargo, contrariamente a lo sostenido por la apelante (págs. 8 y 9 del formato PDF de la expresión de agravios), y sin perjuicio de que la Disposición SSS n° 1003/15 guarda relación con su antecesora, Resolución SSS n° 1726/12 –por cuanto la afiliación compulsiva encuentra como natural correlato la evaluación, y eventualmente, el establecimiento de un valor diferencial en carácter de contraprestación del servicio de salud–, lo cierto es que tales decisiones resultan perfectamente escindibles, y por ende, su validez puede ser analizada separadamente, de suerte tal que ambas deben ser impugnadas explícita y autónomamente.

Y aún si a modo de hipótesis, se admitiera que los actos administrativos señalados están indisolublemente ligados, a punto tal que la legitimidad de uno no puede ser válidamente revisada independientemente de la del otro, así debió haberlo propuesto la demandante tempestivamente en esta causa en la instancia de grado, mediante un concreto y específico planteo de nulidad, enderezado a invalidar el dispositivo y, por ello mismo, a derribar no sólo la obligatoriedad en la afiliación sino también la cuota diferencial impuesta.

XI. En el sentido expuesto, en la sentencia apelada se señaló que “...las diferencias resultantes del plazo transcurrido entre la incorporación del interesado al sistema de medicina prepaga y la aprobación del mentado adicional, resultan materia del reclamo que la parte actora dice haber promovido con respecto a la disposición nro. 1003/15 (conf. fs. 142/143) que fijó el valor diferencial y su metodología cómputo” (Considerando IV.2.b, último párrafo, pág. 15 del formato PDF de la sentencia).

Y al concluir en la legitimidad de la Resolución SSS n° 1726/12 puesta en tela de juicio, dejó a salvo el “...derecho que le asiste a la empresa actora de cuestionar la





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

disposición nro. 1003/15...actividad impugnativa que manifiesta haber promovido...”
(Considerando IV.3, último párrafo, pág. 16 del formato PDF de la sentencia).

De igual modo, al referirse a la afectación invocada, por los perjuicios económicos que alega haber sufrido Swiss Medical, el Sr. Juez *a quo* dejó en claro que “...los agravios de la actora han de canalizarse a través del cuestionamiento a la disposición nro. 1003/15...” (Considerando VI.1, último párrafo, pág. 18 del formato PDF de la sentencia).

Así, no se verifica incongruencia u omisión alguna en la decisión recurrida, pues mal podría haberse expedido el Sr. Juez de la instancia anterior sobre cuestiones sobrevinientes, como la corrección y justicia de una cuota aún no fijada al tiempo de promoción de la acción, o sobre una supuesta demora en esa estimación, en la que todavía no había incurrido la demandada. Extremos que tampoco fueron debidamente cuestionados una vez acaecidos, y de allí que no es cierto que el sentenciante de grado haya considerado tales cuestiones irrelevantes, o las haya desatendido (págs. 7 y 11 del formato PDF de la expresión de agravios).

Muy por el contrario, el Magistrado de la instancia anterior cumplió con su deber de pronunciarse respetando el principio de congruencia, que impone a los jueces sujetarse a los límites que resultan de las pretensiones deducidas en el juicio (art. 163, inc. 6º, CPCCN), es decir, debe mediar conformidad entre lo requerido y lo sentenciado, en cuanto a las personas, el objeto y la causa (esta Sala –en una anterior integración–, “Iturrieta Carlos Adolfo y otros c/ EN – MJS DH – PNA s/ Personal militar y civil de las FFAA y de seg.”, del 29/04/08, y sus citas).

Además, si los litigantes incluyeran en medio del proceso, abierta o encubiertamente, cuestiones no consideradas en los escritos iniciales, se permitiría una abierta vulneración al derecho de defensa de la otra parte, que se encuentra impedida de desplegar sus defensas respecto a la cuestión irregularmente introducida, quebrantando el principio de igualdad (doc. Sala IV, “Nobleza Piccardo SAICF c/ EN – DGI s/ DGI”, causa n° 40.014/95, del 22/12/98).

En suma, al juzgador le está vedado apartarse de la relación procesal, pues la alteración unilateral de los términos de la litis genera agravio concreto al derecho de defensa, ya que son las partes –exclusivamente– quienes determinan el *thema decidendum*, y el juez debe limitar su pronunciamiento tan sólo a lo que ha sido pedido y debatido por aquéllas, incurriendo en incongruencia si al fallar no se atiende a las cuestiones incluidas en la pretensión de la parte actora y en la oposición de la parte demandada.

Ergo, en el *sub judice*, de haber resuelto el Sr. Juez *a quo* aspectos no incluidos en la pretensión actoral, hubiera incurrido en un exceso en el límite de sus



facultades decisorias, al apartarse de la relación procesal, lo que conduciría a la descalificación del pronunciamiento como acto jurisdiccional válido (*Fallos*: 295:417; 296:481).

XII. Igual limitación cabe, naturalmente, respecto a la jurisdicción de esta Alzada.

Sobre el punto, téngase presente que el art. 277 del CPCCN prohíbe a la Alzada fallar sobre capítulos no propuestos oportunamente a la decisión del juez de primera instancia, en virtud del principio de congruencia. Ello así, pues la demanda y contestación trazan como límite al conocimiento del tribunal de segunda instancia el *thema decidendum* sometido por las partes en la instancia anterior. La apelación no importa un nuevo juicio donde los litigantes pueden traer a decisión de la Alzada pretensiones u oposiciones que no fueron materia de debate en la instancia precedente (doc. esta Sala, “F. J. C. c/ EN – SIDE – Dto. 1088/03 1386/06 s/ Empleo Público”, causa n° 35.172/09, del 05/03/15; “Pérez Ricardo César c/ EN – M° Defensa – AA s/ Daños y perjuicios”, causa n° 48.617/06, del 12/12/12; esta Cámara, Sala I, “Yanov Eduardo Raúl c/ Instituto Nacional Acción Cooperativa y Mutual s/ Amparo por mora”, causa n° 5.924/00, del 07/09/00; “Panorama TV SRL EF y otro c/ Comisión Nacional de Telecomunicaciones y otros s/ Proceso de conocimiento”, causa n° 4.619/92, del 23/09/10; Sala III, “Sciola Genaro c/ EMGE s/ Personal militar y civil de las FFAA y de seg.”, causa n° 40.726/95, del 07/02/06; Sala IV, “Biessy Ana María y otros c/ EN – MSAS – Secretaría de Salud – CENARESO s/ Empleo público”, causa n° 29.847/96, del 29/08/00; Sala V, “San Hilario Dante Patricio c/ EN – SIDE – Dto. 1088/03 s/ Empleo público”, causa n° 1.426/10, del 06/11/14).

Inclusive, se ha considerado que las cuestiones susceptibles de tratamiento en segunda instancia no pueden ser modificadas ni siquiera por acuerdo de partes, por no tratarse de una cuestión disponible (esta Sala, “Falk Gerardo Francisco Julio c/ EN – M° Defensa – Armada s/ Daños y perjuicios”, causa n° 1.291/05, del 13/03/12, y sus citas).

Por consiguiente, si bien el recurso de apelación contra la sentencia de la anterior instancia abre la jurisdicción de la alzada a los efectos de resolver si la sentencia se ajusta a derecho, en manera alguna posibilita fallar sobre las peticiones formuladas en segunda instancia con prescindencia de las cuestiones planteadas ante el juez *a quo*, pues el primer presupuesto de la división de los tribunales en grados es que la decisión propuesta a la alzada haya sido demandada ante primera instancia (Sala IV, “ANA c/ Lustig Roberto C. s/ Ejecución fiscal”, causa n° 13.906/93, del 17/10/96).





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

En tales condiciones, resulta inadmisibile el tratamiento de las cuestiones introducidas tardíamente en esta instancia.

XIII. En otro orden, y sin perjuicio de señalar que la demora en que habría incurrido la autoridad administrativa en la determinación de la cuota no es objeto de este juicio que, como se vio, se ciñe a la impugnación de la Resolución SSS n° 1726/12, lo cierto es que la actora sí puso en entredicho en la demanda el diferimiento allí dispuesto respecto a la estimación del valor diferencial, en el entendimiento de que debe ser aprobado y justipreciado simultáneamente a la orden de afiliación, cuestionamiento sobre el que insiste en el recurso.

1. Como punto de partida, cabe señalar que, según lo previsto en la normativa aplicable, si bien le asiste a la entidad de medicina prepaga el derecho a facturar un valor diferencial por la enfermedad preexistente denunciada –pues en modo alguno puede admitirse que las empresas deban mantener cuotas que no reflejen el costo de las prestaciones–, lo cierto es que esa patología, sus alcances y las erogaciones derivadas del tratamiento que demanda, deberán ser determinados por la SSS –en su carácter de autoridad de aplicación del Marco Regulatorio de la Medicina Prepaga (art. 4°, primer párrafo, decreto 1993/11)–, y sobre tales bases, evaluará la autorización del valor diferencial como contraprestación del servicio de salud, y en su caso, lo cuantificará (ver, en este sentido, Cám. Nac. Civ. y Com. Fed., Sala I, “F.M.R. c/ OSDE s/ Amparo de salud”, causa n° 2.096/17, del 30/11/17).

Bajo ese ángulo, y conteste con lo señalado en el pronunciamiento apelado, nada obsta a que la autoridad administrativa, en uso de las facultades conferidas por la normativa aplicable y en cumplimiento de su misión tuitiva del derecho a la salud, ordene la afiliación de quien padece una patología preexistente y difiera la determinación de la cuota diferencial.

Como se anticipara (Considerando I), la ley 26.682 prevé que las enfermedades preexistentes no pueden ser criterio de rechazo para la admisión, aunque aclara que la autoridad de aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para tal supuesto, de acuerdo a lo que disponga la reglamentación (art. 10, e igual precepto del decreto reglamentario).

Así, en línea con lo decidido por el Sr. Juez *a quo* (Considerando IV.2.b, pág. 15 del formato PDF de la sentencia apelada), las previsiones legales son claras en cuanto no supeditan la entrada al sistema de medicina prepaga a la *previa* fijación de la cuota diferencial, de lo que se sigue que la hermenéutica inversa, propuesta en el recurso, importaría desconocer la pauta interpretativa que desaconseja distinguir allí donde la ley no distingue (*Fallos*: 294:74; 333:735; 336:844; 337:567; 338:1344).



Si el legislador hubiese pretendido que la estimación del valor diferencial fuese necesariamente anterior o concomitante a la afiliación, así lo habría prescripto, explícita y categóricamente, sin espacio a dudas.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que, según arraigada jurisprudencia del Alto Tribunal, las normas deben interpretarse computando que los términos utilizados no son superfluos sino que han sido empleados con algún propósito (*Fallos*: 341:1460), y que la primera fuente de exégesis es su letra, por cuanto en definitiva el fin primordial del intérprete es dar pleno efecto a la intención del legislador (*Fallos*: 200:165; 281:144) –cuya inconsecuencia o falta de previsión no pueden presumirse (*Fallos*: 314:1849; 319:2249; 326:704; 340:644)–, sin que sea admisible una inteligencia que equivalga a prescindir del texto legal, y cuando la norma no exige esfuerzo en su hermenéutica debe ser aplicada directamente, absteniéndose de consideraciones que excedan las circunstancias del caso expresamente contempladas en ella (*Fallos*: 327:5614; 329:3470; 335:608; 341:1322).

2. Además, un temperamento contrario podría provocar un daño mayor e irreparable en la salud del denunciante, mientras se debate la determinación de la cuota diferencial.

En efecto, sujetar al enfermo –en el caso, discapacitado–, que se encuentra en una situación de fragilidad y vulnerabilidad, a la previa determinación de la cuota diferencial para obtener el acceso a la cobertura médica y la continuidad del tratamiento, implicaría desnaturalizar –o aún frustrar o tornar ilusoria– la sustancia de su derecho ante la inminencia de un menoscabo a un bien que, como la salud, merece la máxima tutela (doc. *Fallos*: 329:1226).

La solución seguida por la autoridad administrativa aparece razonable e impresiona como la menos gravosa para el portador de la patología, procurando no privarlo de cobertura médica, atento la dolencia que padece y la necesidad de tratamiento médico, puesto que, de lo contrario, en el ínterin, de no ordenarse la afiliación, se lo colocaría en un estado de indefensión.

En ese escenario, la decisión adoptada por la SSS es la que mejor se compadece con los valores en juego y los bienes jurídicos tutelados, al verse comprometida la salud e integridad física de las personas, de jerarquía constitucional (*Fallos*: 302:1284; 324:3074; Cám. Nac. Civ. y Com. Fed., Sala III, “C.E.V. c/ OSDE s/ Amparo de salud”, causa n° 5.851/14, del 03/05/18).

Desde esta perspectiva, es indudable que el espíritu que motivó la sanción del Marco Regulatorio de la Medicina Prepaga (y su normativa reglamentaria) y el fin último por él perseguido consiste en garantizar el acceso al servicio de salud y la protección de ese derecho respecto de los usuarios del sistema médico privado (Cám.





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

Nac. Civ. y Com. Fed., Sala I, “R.S.L.B. y otro c/ OSDE s/ Amparo de salud”, causa n° 6.682/15, del 02/05/18).

En ese sentido, no puede pasar inadvertido –como bien señalara el Sr. Juez de grado– que en la especie está el juego la protección del derecho a la salud –por padecer el denunciante una enfermedad grave (*Fallos*: 331:453)–, íntimamente relacionado con el derecho a la vida, que constituye el primer derecho de la persona humana, reconocido y protegido por la Ley Fundamental (*Fallos*: 302:1284), y ambos constituyen un bien fundamental en sí mismo (*Fallos*: 326:4931).

De igual modo, la salud está ligada al principio de autonomía personal, toda vez que un individuo gravemente enfermo no está en condiciones de elegir su propio plan de vida, viendo condicionada la libertad de toda opción acerca del proyecto vital (*Fallos*: 323:1339; 326:4931).

En este orden, la CSJN tiene dicho que el hombre es el eje y centro de todo el sistema jurídico, y en tanto fin en sí mismo –más allá de su naturaleza trascendente– su persona es inviolable y constituye un valor fundamental, con respecto al cual los restantes tienen siempre carácter instrumental (*Fallos*: 323:3229; 324: 3569; 329:4918; 338:1110).

Por ello, la salud –especialmente la de los discapacitados– es acreedora del más alto grado de protección a nivel constitucional (Cám. Nac. Civ. y Com. Fed., Sala I, “I.P.J.M. c/ Swiss Medical s/ Amparo de salud”, causa n° 1.633/16, del 09/11/17; “Ayala Dana María José c/ Medicus SA de Asistencia Médica y Científica s/ Amparo de salud”, causa n° 1.842/16, del 02/03/17; Sala III, “B.J.L. y otro c/ Obra Social Unión Personal de la Unión del Personal Civil de la Nación s/ Amparo de salud – Incidente de apelación”, causa n° 6.822/15, del 24/05/16), especialmente en los tratados internacionales que gozan de jerarquía constitucional (art. 75, incs. 22 y 23, CN; arts. I, XI y XVI, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; art. 3° y art. 25, inc. 1°, Declaración Universal de Derechos Humanos; art. 4°, inc. 1° y art. 5°, inc. 1°, Convención Americana sobre Derechos Humanos; art. 12, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; art. 6°, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; y Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad).

Todo ello, ratifica la trascendencia de la cuestión debatida en autos, más aún, tratándose de personas con discapacidad, cuyos requerimientos merecen especial atención (doc. CSJN, *Fallos*: 327:2127; 327:2413; 330:4160; “Y.G.N. c/ Obra Social de la Policía Federal s/ Incidente de apelación”, del 04/03/21; esta Cámara, Sala III, “Javier Carolina Ayelén c/ EN – M° Salud – PROFE 40-5- 0821636-0 s/ Amparo ley 16.986”, causa n° 2.726/12, del 17/10/12; “Romero Venancio c/ EN – M° Salud y





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Desarrollo de la Nación y otro s/ Amparo ley 16.986”, Expte. n° 28.835/2013,
causa n° 10.877/20, del

Fecha de firma: 07/12/2021

Firmado por: LUIS MARIA MARQUEZ, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: MARIA CLAUDIA CAPUTI, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: JOSE LUIS LOPEZ CASTINEIRA, JUEZ DE CAMARA

24 24



#10828712#308852445#20211207001641560

02/10/20), e impide que las disposiciones que garantizan el derecho a la salud en general, y el de los discapacitados en particular, sean interpretadas de un modo que conduzca a una restricción irrazonable de la protección constitucionalmente acordada (doc. esta Sala, “OSDE c/ DNCI – Disp. n° 408/11 – Expte. n° S01:303.425/10”, causa n° 38.267/11, del 20/09/12).

Sobre el particular, no puede soslayarse que a partir de la reforma constitucional de 1994, cobra especial relieve el deber de brindar respuestas especiales y diferenciadas para los sectores vulnerables, con el objeto de asegurarles el goce pleno y efectivo de todos sus derechos.

La discapacidad es considerada una causa predisponente determinante de vulnerabilidad, circunstancia que normalmente obliga a los concernidos a contar con mayores recursos para no ver comprometida seriamente su existencia o calidad de vida y el consecuente ejercicio de sus derechos fundamentales (*Fallos*: 343:264).

A la especial atención de los discapacitados por parte de quienes están directamente encargados de su cuidado, se le adiciona la de los jueces y la de la comunidad toda, por lo que la consideración primordial del interés del incapaz, viene tanto a orientar como a condicionar la decisión jurisdiccional de los jueces llamados al juzgamiento de estos casos (*Fallos*: 322:2701; 334:122; 327:2413; esta Sala, “Moreno del Campo Agustina María Ibel c/ EN – M° de Salud y otro s/ Amparo ley 16.986”, causa n° 6.594/13, del 07/08/14).

3. Así, con la adopción de la medida resistida, la autoridad administrativa cumplió con el deber a su cargo de asegurar el fiel cumplimiento de los derechos constitucionales que amparan la salud y, en definitiva, la vida, que constituyen una obligación impostergable y prioritaria del Estado (doc. *Fallos*: 323:1339 –voto de los Dres. Moliné O’Connor y Boggiano–; 329:1226; esta Sala, “Giménez Mariano Eduardo c/ UBA s/ Educación Superior – Ley 24.521 – Art. 32”, causa n° 1.354/15, del 17/11/15).

Ello así, tomando en consideración que están en juego normas y principios constitucionales de innegable trascendencia y prioridad para el sistema de salud, que involucra –entre otros sujetos– a las prestadoras privadas de servicios médicos (*Fallos*: 330:2494).

En este orden de ideas –en línea con lo expuesto por el Sr. Juez *a quo*–, el Máximo Tribunal ha destacado –con especial énfasis tras la reforma constitucional del año 1994– el impostergable deber de las autoridades públicas de garantizar el derecho a la salud con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de medicina prepaga (CSJN, *Fallos*: 323:3229; 324:3569; 326:4931; 328:1708; 328:4640;





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

329:2552; 330:4160; esta Sala, “Caballero Jorge c/ EN – M° Justicia – PFA – Acto 12/06/06 s/ Personal militar y civil de las FFAA y de seg.”, causa n° 23.143/08, del 03/09/13; esta Cámara, Sala I, “CEMIC c/ DNCI s/ Defensa del consumidor – Ley 24.240 – Art. 45”, causa n° 39.230/13, del 20/05/15; Sala IV, “Pacheco Antonia del Carmen c/ EN – M° Salud – PROFE s/ Amparo ley 16.986”, causa n° 18.357/11, del 30/08/11).

También ha remarcado que corresponde al Estado velar por el fiel cumplimiento de los tratamientos requeridos y garantizar su continuidad y regularidad, habida cuenta la función rectora que le atribuye la legislación nacional y las facultades que debe ejercer para coordinar e integrar sus acciones con las autoridades provinciales y con los diferentes sujetos que conforman el sistema de sanitario, en miras a lograr la plena realización del derecho a la salud (doc. *Fallos*: 329:1226; 335:76; esta Cámara, Sala III, “J.C.A. c/ EN – M° de Salud s/ Amparo”, causa n° 2.726/12, del 17/10/12).

4. En una afín comprensión, debe tenerse especialmente en consideración que el principio protectorio se acrecienta en algunos grupos de consumidores –como en el caso, los discapacitados–, que tienen niveles de vulnerabilidad más intensos, denominados ‘subconsumidores’, y por ello demandan una protección acentuada con respecto al consumidor promedio (doc. *mutatis mutandi*, esta Sala, “HSBC Bank Argentina SA c/ DNCI – Disp. n° 315/08 Expte. n° S01:314.634/04”, causa n° 14.876/08, del 22/03/16).

La vulnerabilidad general –de orden económico, jurídico y técnico–, a la que da lugar una relación de consumo, está vinculada a una falla estructural del mercado, que afecta por igual a todos los sujetos que realizan prácticas de consumo. En cambio, la vulnerabilidad que genera una protección mayor para el ‘subconsumidor’, está vinculada a fallas especiales que afectan a una categoría particular de sujetos, tales como menores de edad, ancianos, analfabetos o *enfermos graves*, entre otros (Cám. Nac. Civ., Sala H, “G.R.J.H.”, del 02/06/14).

Sin perjuicio de ello, como regla, en materia de relaciones de consumo, el prestador agrega al servicio un valor que es la competencia específica de su área de conocimiento, razón por la cual se lo considera como experto en relación a su contraparte, profano en la materia (esta Sala, “Fiduciaria Buenos Aires”, causa n° 45.103/15, del 10/11/15; “Directv”, causa n° 46.261/11, del 07/06/12; “Medicus”, causa n° 3.966/96, del 08/10/96; “Diners Club”, causa n° 10.361/97, del 04/11/97; “Lacroze Propiedades”, causa n° 12.023/98, del 25/11/99; Sala V, “Diners Club”, causa n° 21.416/97, del 04/03/98; Sala III, “Banco Sudameris”, causa n° 4.207/05, del 13/07/06; “Diners Club”, causa n° 33.294/06, del 31/10/07), y de allí que el estándar



que se impone a la entidad en cuanto prestador de servicios salud tiene un umbral más alto que el que existe en las relaciones contractuales típicas que presuponen una relativa paridad de información y condiciones de negociación entre las partes.

5. Por otra parte, no debe perderse de vista que la SSS, al aplazar la determinación del valor diferencial y requerirle a la entidad de medicina prepaga la presentación de la estructura de costos, le permitió ejercer su derecho a defensa, brindándole la oportunidad de formular una estimación propia de los gastos y argumentar en pos de ella, así como también habilitó al reclamante a expedirse al respecto, corriéndole nuevamente traslado de la presentación Swiss Medical (ver reseña efectuada en el Considerando II, al que cabe remitir en honor a la brevedad).

De tal suerte, lejos de perjudicar los intereses de la prestadora del servicio, la SSS procura tutelarlos.

6. También debe repararse en que la entidad es quien se encuentra en mejor posición –pudiendo considerarse incluso dominante o privilegiada– para determinar los alcances de la patología y los costos derivados de su tratamiento. Y la prueba más cabal de ello es que, si bien la actora alega que la norma no establece plazos ni criterios de valuación, o ningún otro parámetro para la determinar el valor de la cuota diferencial (pág. 12 del formato PDF de la expresión de agravios), ello no fue óbice para la presentación de una pormenorizada estructura de costos, con las constancias obrantes en las actuaciones administrativas.

En esta línea, debe recordarse que las entidades de medicina prepaga están dotadas de alta especialización y tienen amplia experiencia técnica y particular idoneidad, lo que impone el deber de obrar con especial atención, celo y prudencia. De allí que, en virtud de su profesionalidad y de la delicada función que se les ha encomendado, rige a su respecto la pauta agravada de apreciación de su responsabilidad que surge del art. 902 del Código Civil –vigente al momento de los hechos– (en sentido análogo, art. 1725, párrafo primero, Código Civil y Comercial de la Nación), según la cual cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos, por lo que cabe presumir que actuarán sin ligereza, adoptando todas las diligencias suficientes y apropiadas, según lo exijan las circunstancias de persona, tiempo y lugar (art. 512, Código Civil y, en sentido análogo, art. 1724, Código Civil y Comercial; doc. *Fallos*: 308:2461; 317:687; *mutatis mutandi*, esta Sala, “HSBC Bank Argentina SA c/ DNCI – Disp. n° 315/08 – Expte. n° S01:314.634/04”, causa n° 14.876/08, del 22/03/16, y sus citas; “Banco Privado de Inversiones SA y otros c/ BCRA s/ Entidades financieras – Ley 21.526 – Art. 42”,





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

causa n° 48.607/15, del 10/05/16; Sala III, “Monaldo Daniel Alfonso c/ BCRA y otros s/ Daños y perjuicios”, causa n° 23.779/06, del 30/10/09; Sala IV, “Banco Bi Creditanstalt SA y otros c/ BCRA – Resol. n° 324/13 s/ Entidades financieras – Ley 21.526”, causa n° 37.064/13, del 16/06/15; “Banco de Corrientes SA y otros c/ BCRA s/ Entidades financieras – Ley 21.526 – Art. 42”, causa n° 1.244/14, del 13/08/15; Sala V, “Valdez Ignacio Martín c/ EN – BCRA y otro s/ Daños y perjuicios”, causa n° 34.444/09, del 30/08/16).

Y es también en esa inteligencia, que no puede pasar inadvertida la magnitud de la operatoria de Swiss Medical, desde que se trata de una entidad de primera línea y gran alcance (esta Sala, “Swiss Medical SA c/ DNCI s/ Recurso directo de organismo externo”, causa n° 29.546/14, del 21/04/15).

7. Para más, tampoco pueden prosperar las quejas concernientes a la supuesta mora de la Administración para expedirse sobre la cuota diferencial, a cuyo respecto la recurrente entiende que, aún si se admitiera la obligación de afiliación sin fijar al mismo tiempo ese valor diferenciado, es irrazonable la espera de más de tres años para obtener una decisión sobre la cuestión.

7.1. En primer lugar –y sin perjuicio de que, contrariamente a lo señalado por la actora, entre la orden de afiliación (27/12/12) y la determinación de la cuota diferencial (19/05/15), transcurrieron menos de dos años y cinco meses–, el plazo que insumió este tramo del procedimiento no puede ser computado en forma aislada, absoluta, objetiva y abstracta.

En este aspecto, no puede pasar desapercibido que la entidad se mantuvo impasible a lo largo de todo el trámite.

7.2. Al respecto, corresponde poner de resalto que si bien se intimó a la entidad a proceder a la afiliación el 27/12/12, fecha en que se dictó la Resolución SSS n° 1726/12, lo cierto es que recién el 07/03/13 Swiss Medical acreditó el cumplimiento de la medida, adjuntando la impresión de pantalla del sistema informático de la empresa, del que surgía que el Sr. G. C. se encontraba dado de alta desde marzo de 2013 (fs. 87), a pesar de haber sido notificada la firma en la misma fecha del dictado del acto, e intimada a cumplir dentro del plazo de cinco días (fs. 74).

De tal modo, la actora demoró la afiliación por tres meses, desde diciembre de 2012 hasta marzo de 2013, sin invocar circunstancia justificante alguna.

Y también fue recién el 20/03/13 que la empresa presentó la estructura de costos requerida casi tres meses antes, el 27/12/12.

Además, la Disposición SSS n° 1003/15 fue emitida el 19/05/15, y la última actuación obrante en el expediente administrativo remitido a la instancia de grado



data del 24/09/14, fecha en que se notificó a los interesados el dictamen jurídico en el que se requerían precisiones respecto a la “confusa” situación que se planteaba en el caso en punto a los financiadores y prestadores de la cobertura prestacional del beneficiario (providencia n° 59.967 de la Gerencia de Asuntos Jurídicos, del 23/09/14, a fs. 135/vta.).

Frente a ello, la actora no requirió la remisión de las actuaciones administrativas, y siquiera explicó el devenir del trámite en ese período de casi ocho meses, transcurrido entre septiembre de 2014 y mayo de 2015, y menos aún explicitó la razón por la cual el lapso que insumió la prosecución de las actuaciones en ese período es imputable a la SSS y derivado de su inercia, desidia, desinterés, displicencia, inercia, indiferencia o morosidad.

Además, y ligado a lo anterior, no ha de pasarse por alto que –sin perjuicio de que, como fuera largamente expuesto, lo tocante al detrimento económico invocado como derivación de la cuota diferencial fijada, por exigua y tardía, no puede ser válidamente examinado en autos–, la actora no ha realizado esfuerzo argumental alguno, en sede administrativa o aún judicial, para esclarecer los alcances de las obligaciones a su cargo respecto al denunciante. En este sentido, como se vio, debido a la confusa situación que se planteaba en el caso respecto de los financiadores y prestadores de la cobertura del Sr. G. C., la SSS requirió a la Obra Social de Técnicos de Vuelo de Líneas Aéreas que informara en virtud de qué contratación el beneficiario podría acceder a los servicios superadores ofrecidos por Swiss Medical y acompañara copia del respectivo contrato, así como también en virtud de qué contratación prestacional la Obra Social de Empresarios, Profesionales y Monotributistas brindaba cobertura de salud al beneficiario, y aclarara quién brindaría las prestaciones correspondientes al tratamiento de la patología que sufre el beneficiario, para el caso de que éste decida abonar una diferencia por encima de sus aportes y contribuciones para acceder a la cobertura de Swiss Medical (ver providencia de la Gerencia de Asuntos Jurídicos n° 59.967, de fecha 23/09/14, a fs. 135/vta. de las actuaciones administrativas).

En este sentido, al responder el traslado conferido en sede administrativa respecto del cálculo de la cuota diferencial pretendida por Swiss Medical, el denunciante señaló que los factores antihemofílicos “factor IX” no eran provistos por la nombrada sino por la Obra Social de Técnicos de Vuelos de Líneas Aéreas, siendo este el aspecto más costoso del tratamiento de la patología. Y agregó que, de todos modos, tales factores están comprendidos en el SUR, creado por Resolución SSS n°



1200/12, por lo cual el Estado efectúa los correspondientes reintegros conforme lo establecido en la Resolución SSS n° 1561/12, peticionados por los agentes de salud (como la obra social mencionada), por las prácticas médicas y suministros de





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

medicamentos a sus afiliados (ver presentación de fs. 107/109 del expediente administrativo).

7.3. Allende, aún cuando los plazos administrativos son obligatorios tanto para los administrados como para la Administración (art. 1° inc. e, ap. 1°, ley 19.549; esta Cámara, Sala IV, “Zhuang Cheng c/ EN – DNM s/ Amparo por mora”, causa n° 3.287/16, del 23/08/16), lo real y concreto es que en el caso no existía, al momento del dictado de la Resolución Sss n° 1726/12 y de la Disposición Sss n° 1003/15, un plazo cierto para que la autoridad competente se pronunciara sobre la pretensión de cuota diferencial, sin perjuicio de que –en línea con lo señalado por el sentenciante de grado–, mucho después se modificaron las previsiones del decreto 1993/11, estableciéndose que, a los efectos de la determinación de la cuota diferencial en caso de patologías preexistentes, la Sss dispondría de un plazo máximo de treinta días para su aprobación, contados a partir de la presentación completa del trámite ante la autoridad administrativa por parte de los sujetos comprendidos en la ley (art. 5°, decreto 66/19 –Bo 23/01/19–).

7.4. Con todo, y si bien como señala la recurrente, la ausencia un plazo normativamente establecido no habilita a la autoridad de aplicación a dilatar *sine die* la resolución de la cuestión sometida a decisión, tampoco debe ignorarse que la inactividad formal de la Administración no excusa a los interesados del cumplimiento de sus deberes, máxime teniendo en cuenta que el ordenamiento jurídico otorga herramientas para instar el accionar administrativo (esta Cámara, Sala IV, “BNP Paribas Sucursal Buenos Aires c/ BCRA s/ Entidades financieras – Ley 21.526 – Art. 42”, causa n° 33.553/15, del 08/11/16; “Cambio Topaz SRL y otros c/ BCRA s/ Entidades financieras – Ley 21.526”, causa n° 6.313/16, del 25/04/17).

En efecto, y como tiene dicho este Tribunal (esta Sala, “González Héctor Diego y otro c/ EN – M° Economía – SAGPA – SENASA – Expte. n° S01:117.096/06 y otro s/ Daños y perjuicios”, causa n° 12.080/09, del 14/06/18), el particular participa del procedimiento administrativo y puede controlar su desarrollo, y tiene a su alcance remedios para poner fin a la morosidad administrativa y obtener así una decisión en tiempo oportuno, tales como el amparo por mora (art. 28, ley 19.549), la queja por incumplimiento de plazos legales o reglamentarios ajenos al trámite de recursos (art. 71, decreto 1759/72), o el silencio administrativo (art. 10, ley 19.549).

Sin embargo, en momento alguno la entidad manifestó su disconformidad en sede administrativa sobre la duración del trámite ni instó su desarrollo (esta Sala, “Banco de la Provincia de Buenos Aires c/ UIF s/ Código Penal – Ley 25.246 – Dto. 290/07 Art. 25” y “Helguero Marta Elena y otros c/ UIF s/ Código Penal – Ley 25.246 – Dto. 290/07 – Art. 25”, causas n° 127/21 y n° 132/21, resueltas conjuntamente el





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

17/11/21, y sus citas; en sentido análogo, esta Sala, “Banco de la Provincia del Expte. n° 28.835/2013,

Fecha de firma: 07/12/2021

Firmado por: LUIS MARIA MARQUEZ, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: MARIA CLAUDIA CAPUTI, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: JOSE LUIS LOPEZ CASTINEIRA, JUEZ DE CAMARA

30 30



#10828712#308852445#20211207001641560

Neuquén SA c/ BCRA – Resol. n° 261/12 – Expte. n° 100.061/02 – Sum. Fin. n° 1036”, causa n° 732/13, del 05/09/13; Sala III, “Aseguradora de Créditos y Garantías SA – TF 28.934-A/1 c/ DGA s/ Recurso directo de organismo externo, causa n° 30.865/16, del 18/10/16; “Bartolomé Juan Antonio c/ EN – M° Economía s/ Código Aduanero – Ley 22.415 Art. 70”, causa n° 36.579/13, del 15/04/14).

Y si bien no se advierte que la actora haya obstaculizado o interferido en el normal desarrollo del procedimiento, o dilatado su prosecución, y ciertamente no está en su cabeza el impulso del trámite –dado que ello importaría encomendarle el cumplimiento de acciones que corresponden indelegablemente a la autoridad administrativa, relevándola de su trascendental misión–, sí es menester su colaboración y comportamiento activo para la rápida y eficaz conclusión del procedimiento, así como su asistencia a la SSS en el ejercicio de sus funciones (doc. esta Cámara, Sala V, “Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina c/ Superintendencia Seguros Salud s/ Obras Sociales – Ley 23.661 – Art. 45”, causa n° 38.916/16, del 06/03/18).

7.5. De otra parte, debe enfatizarse que si bien la actora solicitó –sin éxito– la suspensión de los efectos de la Resolución SSS n° 1726/12 en sede administrativa, no requirió idéntica medida en sede judicial. Si –como alega la empresa– la determinación de la cuota diferencial debió ser contemporánea a la orden de afiliación, por el supuesto descalabro económico que produce el ingreso al padrón sin la debida contrapartida, pudo y debió haber peticionado judicialmente la suspensión de los efectos del acto.

XIV. Resta señalar que tampoco se advierte una afectación de la libertad de contratación por la imposición de las condiciones esenciales del contrato –en lo que fuera materia de agravios ante esta Alzada–, pues los acuerdos de esta especie, en atención a la naturaleza de los bienes jurídicos tutelados y a los valores en juego, no están gobernados completamente por la autonomía de la voluntad de los contrayentes.

Un afiliado a una empresa de medicina prepaga no es sólo un consumidor sino, antes que ello, un beneficiario de un sistema de salud, en virtud de la singular trascendencia de la función social que tienen las prestadoras, que se encuentra por encima de toda cuestión comercial, considerando por sobre todo los delicados intereses involucrados concernientes a la integridad psicofísica, salud y vida de las personas (esta Sala, “Swiss Medical SA c/ DNCI – Disp. n° 614/10 – Expte. n° S01:83.434/05”, causa n° 35.816/10, del 19/04/12).

De tal modo, y aún cuando es cierto que el régimen examinado tiene carácter contractual, se procura equilibrar la medicina y la salud, con los imperativos económicos, pues más allá de su constitución como empresas, los entes de medicina





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

prepaga tienen a su cargo –cabe insistir– una trascendental función social, lo que los distingue de un mero inversor, de modo que no puede equipararse a una actividad económica cualquiera (doc. *Fallos*: 328:4747, “Sartori”, 2005, disidencia de los Dres. Fayt y Maqueda; 330:3725; “Cambiaso Péres”, 2007), razón por la cual debe sopesarse la naturaleza de los bienes protegidos frente a las restricciones a las libertades económicas (doc. *Fallos*: 324:677; Cám. Nac. Civ. y Com. Fed., Sala III, “C.M.G. c/ OSECAC s/ Amparo de salud”, causa n° 4.760/17, del 15/08/17; “E.P.L.E. y otros c/ OSDE s/ Amparo de salud – Incidente de apelación”, causa n° 4.462/16, del 02/11/17; “M.F.A. c/ Obra Social Unión Personal s/ Sumarísimo de salud”, causa n° 4.646/14, del 11/11/14).

Consecuentemente, si bien la actividad de las empresas de medicina prepaga presenta ciertos rasgos mercantiles, dichas entidades tienden a proteger los derechos a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas, y adquieren paralelamente, un compromiso social para con los usuarios, debiendo asegurar efectivamente a los beneficiarios las coberturas tanto pactadas como legalmente establecidas, lo cual supone una responsabilidad que trasciende el mero plano negocial (*Fallos*: 324:677; 324:754; 327:5373; 330:3725; esta Sala, “OSPACA c/ SSS – Resol. n° 211/11 – Expte. n° 127.411/07”, causa n° 3.532/12, del 14/06/12).

Por ello, la atribución de la entidad de medicina prepaga para decidir si otorga o mantiene determinada afiliación, o sus condiciones, no es absoluta ni tiene autonomía plena, y tampoco está exenta de control judicial, debiendo ser interpretada en forma restrictiva y prevaleciendo en caso de duda una hermenéutica de equidad que favorezca al usuario, dada su condición de parte más débil en el vínculo, de acuerdo con el principio de buena fe que debe primar en este tipo de relaciones (doc. *Fallos*: 327:5373; ver, en sentido análogo, Cám. Nac. Civ. y Com. Fed., Sala I, “D.J.L. c/ Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación s/ Amparo de salud – Incidente de medida cautelar”, causa n° 5.591/15, del 13/10/16; “I.P.J.M.”, ya citado; Sala III, “C.S.A. c/ Obra Social del Poder Judicial de la Nación s/ Amparo de salud”, causa n° 2.032/12, del 24/10/18).

Y, además, según lo expuesto hasta aquí, en casos como el presente no se desconocen los intereses de las entidades de medicina prepaga, por cuanto se permite el cobro de una cuota diferencial, con la previa intervención de la empresa y del reclamante, fijada por el organismo especializado competente y sujeta a revisión administrativa y judicial.

A mayor abundamiento, y como pusiera de resalto el judicante de grado, conforme inveterada jurisprudencia del Máximo Tribunal, los derechos y garantías





Poder Judicial de la Nación
CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013
constitucionales, no son absolutos sino que deben ser ejercidos con arreglo a las leyes
que reglamentan su ejercicio, con la única condición de no ser alterados en su



substancia (*Fallos*: 249:252; 257:275; 262:205; 283:98; 300:700; 305:831; 303:1185; 308:1631; 310:1045; 311:1132; 314:225; 315:952; 316:188; 319:1165; 320:196; 321:3542; 322:215; 325: 11; entre muchos otros).

XV. El agravio formulado por la parte actora respecto a la íntegra imposición a su parte de las costas correspondientes a la instancia previa, y la consecuente propuesta de exención –bajo la comprensión de que promovió la acción con base en una convicción razonable sobre el derecho invocado–, no puede ser admitido.

Sobre el punto, es oportuno recordar que, en la materia, como principio, la parte vencida en el juicio deberá pagar todos los gastos de la contraria, aún cuando ésta no lo hubiese solicitado, según lo establece el art. 68, primer párrafo, del ordenamiento ritual. Su fundamento radica en el hecho objetivo de la derrota y en la directiva según la cual se debe impedir, en cuanto sea posible, que la necesidad de servirse del proceso para la defensa del derecho se convierta en daño de quien se ve constreñido a accionar o defenderse en juicio para pedir justicia (conf. Palacio, Lino E., “Derecho Procesal Civil”, Tomo III, pág. 366; Fassi–Yañez, “Código Procesal Civil y Comercial”, Tomo I, pág. 68).

Es cierto que, conforme al segundo párrafo del citado precepto, el juez podrá eximir total o parcialmente de esta responsabilidad al litigante vencido, siempre que encontrare mérito para ello, expresándolo en su pronunciamiento, bajo pena de nulidad.

Con todo, si bien la norma otorga al juez un margen de arbitrio, debe admitirse la eximición de costas únicamente sobre la base de circunstancias objetivas y muy fundadas, ya que de acordarse con laxitud, la vencida resultaría ser en rigor una parcial vencedora, al imponer al triunfante el sacrificio patrimonial constituido por el costo de la defensa de quien se vio obligado a litigar (conf. Fenochietto–Arazi, “Código Procesal Civil y Comercial de la Nación. Comentado y concordado con el Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de Buenos Aires”, Buenos Aires, 2º edición, Tomo I, Astrea, 1993, pág. 279).

Es que al decidir cómo distribuir las costas, no puede perderse de vista que el triunfo en el tema central alrededor del cual giró la controversia debe reflejarse en la imposición de las costas, pues no se trata de castigar al perdedor sino de resarcir a la contraria por las erogaciones en que se la obligó a incurrir (*Fallos*: 322:1888; esta Sala, “Tello Néstor Oscar c/ Armada Argentina s/ Personal militar y civil de las FFAA y de seg.”, causa nº 16.905/96, 26/05/11).

Siendo ello así, el apartamiento del principio objetivo de la derrota que rige la asignación de las costas es excepcional y de carácter restrictivo y debe asentarse en sólidas y objetivas razones. La invocación de la sola convicción o creencia subjetiva





Poder Judicial de la Nación

CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

del litigante de la razón probable para demandar no es, por sí misma, suficiente para eximir del pago de las costas al perdedor, pues es indudable que todo aquél que somete una cuestión a los tribunales de justicia, cree tener razón, mas ello no lo exime del pago de los gastos del contrario si el resultado del juicio no le es favorable (esta Sala, “Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo SA c/ EN – AFIP – Dto. 863/98 s/ Proceso de conocimiento”, causa n° 127.854/02, del 15/03/12; “Puentes del Litoral SA TF 26.823-I c/ DGI”, causa n° 141/12, del 24/04/12; “Cervantes SA c/ EN – M° del Interior s/ Daños y perjuicios”, causa n° 41.031/04, del 22/03/12; esta Cámara, Sala I, “Santiago Manuel Jorge c/ EN – M° Relaciones Exteriores y Culto s/ Empleo público”, causa n° 1.309/98, del 13/04/10).

Así las cosas, no advirtiéndose en el caso que exista una circunstancia objetiva que justifique la exoneración, y en tanto no hay duda alguna de que la demandante ha resultado perdedora en el asunto traído a conocimiento del tribunal, corresponde la atribución de los accesorios a dicha parte, como consecuencia necesaria de la forma en que se ha dirimido la cuestión planteada (doc. esta Sala, “Moyano Nores José Manuel c/ EN – AFIP s/ Amparo ley 16.986”, causa n° 21.041/12, del 20/12/12).

Por razones análogas, los gastos causídicos de esta Alzada también habrán de ser soportados por la actora (art. 68, primera parte, CPCCN).

XVI. Por último, a fin de tratar los recursos interpuestos por los profesionales actuantes en defensa de la demandada –Dra. G. C. F., Dr. A. J. Z. y Dr. C. A. V.–, cabe señalar en primer término que mediante la regulación de honorarios se busca compensar de modo adecuado la tarea desplegada por los letrados que se desempeñaron durante la sustanciación de la causa. Para ello debe ponderarse la magnitud del trabajo realizado y el grado de responsabilidad asumido, en concordancia con la complejidad de los intereses económicos en juego y la contribución que cada uno ha aportado para llegar a la solución definitiva del pleito.

Además a fin de lograr una retribución equitativa y justa no resulta conveniente tan sólo la aplicación automática de porcentajes previstos en los aranceles, en la medida en que las cifras a las que se arriba pudieren conducir a una evidente e injustificada desproporción con la obra realizada. Tal proceder, limitaría la misión del Juzgador a un trabajo mecánico sin un verdadero análisis y evaluación de la tarea encomendada a los abogados, peritos, consultores y otros (esta Sala, “Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina c/ EN – M° de Salud y Acción Social – y otro s/ Juicios de Conocimientos”, del 30/12/97; “EN – MOSPE c/ Baiter SA”, del 02/04/98; entre otras), razón por la cual se impone la adecuada y prudente



ponderación de la totalidad de los factores que conducen a la ajustada valoración de la tarea profesional.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha dicho que el valor del juicio no es la única base computable para las regulaciones de honorarios, las que deben ajustarse al mérito, naturaleza e importancia de la labor profesional (*Fallos*: 270:388; 296:124; entre muchos más).

Sobre la base de las consideraciones precedentemente expuestas y en atención a la fecha en que fueron realizados los trabajos, cabe tener en cuenta la naturaleza del asunto, el resultado, y el contenido patrimonial involucrado en atención a que la presente acción tiene por objeto la solicitud de nulidad de la Resolución SSS n° 1726/12; por lo cual atento al mérito, calidad, eficacia y extensión de la labor profesional desarrollada durante las dos etapas del pleito cumplidas, se elevan a la suma de PESOS SESENTA MIL (\$60.000) los honorarios de la dirección letrada y representación de la demandada SSS; correspondiendo la suma de PESOS VEINTE MIL (\$20.000) para cada uno de los profesionales, Dra. G. C. F., Dr. A. J. Z. y Dr. C. A. V., respectivamente (arts. 6°, 7°, 8°, 9°, 10, 37, 38, y ccdtes. de la ley 21.839, modificada por la ley 24.432).

Por las tareas efectuadas en la alzada, atento el resultado obtenido, y lo resuelto por la CSJN doc. Fallo “Las Marías”, corresponde regular en la suma de PESOS DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA (\$18.480) –equivalente a 3 UMA–, y PESOS SIETE MIL SETECIENTOS (\$7.700) –equivalente a 1,25 UMA– los honorarios del Dr. C. A. V. y de la Dra. G. C. F., patrocinante y apoderada, actuantes en la defensa de la demandada (arts. 20, 21, 29, 30, y ccdtes. y citados de la ley 27.423).

El importe del impuesto al valor agregado integra las costas del juicio y deberá adicionarse a los honorarios, cuando el profesional acreedor revista la calidad de responsable inscripto en dicho tributo (esta Sala, “Beccar Varela Emilio – Lobos Rafael Marcelo c/ Colegio Públ. de Abog.”, del 16/07/96).

Para el caso de que el profesional no haya denunciado la calidad que inviste frente al IVA, el plazo para el pago del tributo sobre el honorario regulado, correrá a partir de la fecha en que lo haga.

Las consideraciones vertidas me llevan a propiciar: 1) Desestimar, con costas, el recurso intentado por la demandante, y en consecuencia, confirmar la sentencia apelada, en cuanto fue materia de agravios; y 2) Admitir los recursos interpuestos por los profesionales actuantes en defensa de la demandada, Dr. A. J. Z., Dra. G. C. F. y Dr. C. A. V., contra la regulación de honorarios de la instancia de grado, y en consecuencia, elevar el monto





Poder Judicial de la Nación
CÁMARA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL –
SALA II

Expte. n° 28.835/2013

fijado discriminándolo para cada uno de ellos, y asimismo, regular los honorarios por la labor desarrollada ante esta Alzada por la Dra. G. C. F.y el Dr. C. A. V.; todo ello, según lo expuesto en el Considerando XVI.

El Dr. José Luis Lopez Castiñeira y la Dra. María Claudia Caputi adhieren al voto precedente.

En virtud del resultado que instruye el acuerdo que antecede, el Tribunal RESUELVE: 1) Rechazar, con costas, la apelación interpuesta por la actora, y en consecuencia, confirmar el pronunciamiento recurrido, en cuanto fue materia de agravios; y 2) Admitir los recursos interpuestos por los profesionales actuantes en defensa de la demandada, Dr. A. J. Z., Dra. G. C. F.y Dr. C. A. V., contra la regulación de honorarios de la instancia de grado, y en consecuencia, elevar el monto fijado discriminándolo para cada uno de ellos, y asimismo, regular los honorarios por la labor desarrollada ante esta Alzada por la Dra. G. C. F.y el Dr. C. A. V.; todo ello, de conformidad con lo dispuesto en el Considerando XVI.

Regístrese, notifíquese y, oportunamente, devuélvase.

JOSÉ LUIS LOPEZ CASTIÑEIRA

LUIS MARÍA MÁRQUEZ

MARÍA CLAUDIA CAPUTI

