



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

4144/2026

DEL CURA, FEDERICO JAVIER c/ SANCOR SALUD s/AMPARO LEY 16.986

Salta, 06 de julio de 2026.

AUTOS Y VISTOS: Para resolver en este Expte. FSA Nro. 4144/2026, caratulado “**DEL CURA, FEDERICO JAVIER c/ SANCOR SALUD s/ AMPARO LEY 16.986**”; y,

CONSIDERANDO:

I.- Que en autos se presentó Federico Javier Del Cura, por derecho propio y en representación de su hijo menor U.D.C.P., con el patrocinio letrado de los Dres. Esteban Nieva Haro y Federico Gabriel Lostia, e interpuso acción de amparo en los términos del art. 43 de la Constitución Nacional y de la Ley 16.986 contra la Asociación Mutual Sancor Salud Medicina Privada, a fin de que se ordene su inmediata reincorporación, junto con su grupo familiar, con la cobertura de salud pactada al momento de la contratación, la conservación de la antigüedad como afiliado y el mantenimiento del 100% de las prestaciones previstas en el plan Sancor 3000.

Asimismo, solicitó la cobertura integral del tratamiento oncológico requerido por su hijo menor, la prohibición de imponer condiciones económicas que calificó de abusivas o expulsivas para mantener la afiliación y, con carácter urgente, el dictado de una medida cautelar destinada a obtener la inmediata reafluencia del actor y de su grupo familiar, así como la continuidad del tratamiento médico del niño.

Relató que se encontraba afiliado a la demandada a través de la relación laboral que mantenía con la Cooperativa Farmacéutica de Provisión y



#41132766#509755923#20260706111226599

Consumo y que, durante ese período, se efectuaban mensualmente aportes al sistema de salud.

Señaló que todo su grupo familiar, incluido su hijo menor, recibía cobertura médica de Sancor Salud y afirmó que los aportes realizados alcanzaban aproximadamente la suma de \$ 300.000 mensuales, conforme el recibo de haberes correspondiente a enero de 2026.

Expuso que su hijo U.D.C.P., menor de edad, padece una patología oncológica, con diagnóstico de linfoma de Hodgkin estadio IIIB, síntomas B y enfermedad avanzada, y se encuentra actualmente en tratamiento activo, con requerimiento de prestaciones médicas continuas, controles especializados y medicación de alto costo. Sostuvo que la continuidad de la asistencia resulta indispensable para preservar su salud y su vida, por lo que la interrupción de la cobertura genera un riesgo grave e inmediato.

Indicó que actualmente tramita ante el Juzgado Federal N° 1 de Salta el Expte. FSA N° 14182/2025, promovido contra la misma demandada a raíz de la negativa a cubrir determinadas prestaciones y medicación vinculadas con el tratamiento oncológico del menor.

Manifestó que en dicho proceso se encuentra controvertida la obligación de Sancor Salud de garantizar la cobertura integral del tratamiento y consideró que la posterior baja de la afiliación del actor y de su grupo familiar resulta incompatible con las obligaciones derivadas del derecho a la salud, pudiendo constituir un intento indirecto de eludir aquellas que se discuten en ese expediente.

Refirió que el 6 de marzo de 2026, como consecuencia de su renuncia a la relación laboral, la demandada dio de baja su afiliación y la de su grupo





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

familiar. Afirmó que ello ocurrió sin notificación previa, sin otorgarle posibilidad de ejercer su derecho de defensa y sin informarle claramente las alternativas disponibles para mantener la cobertura.

Explicó que advertida esa situación, se comunicó con Sancor Salud y solicitó continuar afiliado en forma directa, expresando su voluntad de seguir abonando la cobertura médica. Añadió que la propia demandada reconoció esa circunstancia en la carta documento del 11 de marzo de 2026, en la que admitió que había requerido la continuidad como afiliado individual.

Manifestó que pese a ello, al solicitar la continuidad se le informó que debía contratar un plan cuyo valor ascendía aproximadamente a \$ 1.400.000 mensuales, suma que consideró absolutamente desproporcionada en comparación con los aportes que venía efectuando. Explicó que dejó constancia de ese importe en la nota presentada al requerir su reafiliación y pidió que el personal de la demandada colocara sello y firma.

Adujo que la imposición de una cuota de esa magnitud constituye una barrera económica para acceder al sistema de salud y configura una conducta expulsiva. Sobre esa base, cuestionó la baja por haberse dispuesto sin notificación previa y alegó que la interrupción abrupta de la cobertura, especialmente respecto de un menor que atraviesa una enfermedad grave, vulnera el deber de información, el derecho de defensa y el principio de buena fe contractual.

Invocó la aplicación de la Ley 24.240, por considerar que entre las partes existe una relación de consumo. Al respecto, mencionó que la demandada debía proporcionar información adecuada y veraz, brindar trato digno e interpretar la relación de la manera más favorable al consumidor.



#41132766#509755923#20260706111226599

Acotó que la falta de información sobre las alternativas para mantener la cobertura y su interrupción afectan los estándares de protección reconocidos por el art. 42 de la Constitución Nacional y la legislación consumeril.

En cuanto a la medida cautelar, sostuvo que la baja de la afiliación y las condiciones económicas impuestas para continuar con la cobertura colocan al menor en una situación de extrema vulnerabilidad y generan un riesgo cierto de interrupción del tratamiento oncológico.

Consideró que esa situación resulta incompatible con el principio de continuidad de las prestaciones, el interés superior del niño y el deber reforzado de protección que pesa sobre los agentes del sistema sanitario.

Alegó que el peligro en la demora resulta evidente, pues la suspensión o demora de las prestaciones médicas indicadas podría ocasionar daños irreparables. Por ello, solicitó que se ordene cautelarmente la inmediata reafluación del actor y de su grupo familiar, garantizando la continuidad del tratamiento médico prescripto.

Ofreció pruebas.

II.- Que mediante resolución de fecha 19/03/2026 (fs. 40) se hizo lugar a la medida cautelar innovativa solicitada y, en su mérito, se ordenó a la Asociación Mutua Sancor Salud, que en forma inmediata y perentoria, proceda a la reafluación provisoria del actor y su grupo familiar, garantizando la continuidad de la cobertura médica en condiciones equivalentes a las vigentes con anterioridad a la baja, y ello hasta tanto se dicte sentencia definitiva.

III.- Que el día 27/03/2026 (fs. 80/83) se presentó el apoderado de la Asociación Mutua Sancor Salud e hizo saber que el actor se encontraba vinculado a Sancor Salud como beneficiario del contrato corporativo celebrado





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

entre la demandada y la Cooperativa Farmacéutica de Provisión y Consumo Alberdi Ltda.

Explicó que conforme fue reconocido en la demanda, el Sr. Federico Del Cura dejó de ser empleado de esa empresa y, como consecuencia de ello, perdió su condición de beneficiario del convenio, habiendo sido su anterior empleadora quien solicitó la baja de la afiliación.

Manifestó que para dar cumplimiento a la medida cautelar dictada en autos, resultaba necesario que el actor seleccionara alguno de los planes que Sancor Salud comercializa al público en general y suscribiera la documentación acompañada, trámite que aquel se había negado a realizar en sede administrativa.

En virtud de ello, solicitó que se intimara al amparista a suscribir la documentación en presencia del actuario o, en su defecto, a concurrir a las oficinas de la demandada para completarla. Señaló que de otro modo, resultaba imposible cumplir la orden judicial, no por desconocimiento o desacato de la medida, sino por falta de colaboración de la parte actora.

Precisó que el accionante debía completar y suscribir en todos los casos, la “Solicitud de Ingreso o Modificación”, las “Condiciones Generales del Subsidio de Cobertura Superadora para Medicamentos” y la “Autorización de Débito Pago a través de Clave Bancaria Única (CBU) o Tarjeta de Crédito”. Agregó que una vez elegido el plan en el cual pretendiera continuar luego de su desvinculación del contrato corporativo, debía completar también el “Formulario de Reconocimiento” correspondiente.

En definitiva, requirió se imprimiera a la causa el trámite sumarísimo del art. 321 del CPCCN, se intimara al actor a cumplir los actos necesarios para posibilitar la reafiliación, se tuviera por acompañada la documentación destinada a su suscripción y por introducida la cuestión constitucional.



#41132766#509755923#20260706111226599

IV.- Que en fecha 06/04/2026 (fs. 85/103) el apoderado de la demandada evacuó el informe circunstanciado requerido en autos.

En primer término, formuló una negativa general y particular de los hechos invocados en la demanda. Asimismo, negó que corresponda ordenar la reincorporación del actor y de su grupo familiar en las condiciones pretendidas, así como mantener la cobertura del Plan SanCor 3000 y del 100% de las prestaciones requeridas por su hijo. Desconoció haber impuesto condiciones económicas abusivas o expulsivas para la continuidad de la afiliación, como también haber negado prestaciones o medicación vinculadas con el tratamiento del menor.

Igualmente, rechazó que la baja se hubiera producido de manera arbitraria, sin información previa ni posibilidad de mantener la cobertura. Sostuvo que no existió una interrupción ilegítima del servicio ni una conducta contraria a la buena fe contractual o al deber de información y negó que el valor cotizado para la continuidad del plan resultara desproporcionado en relación con los aportes efectuados durante la vigencia del vínculo laboral.

Además, afirmó que la relación entre las partes no se encuentra alcanzada por la Ley de Defensa del Consumidor y desconoció la autenticidad de los comprobantes de aportes correspondientes al mes de enero de 2026 acompañados por el actor.

En cuanto a los hechos, puso de manifiesto que Federico Javier Del Cura y su grupo familiar se encontraban asociados a Sancor Salud como beneficiarios del contrato corporativo celebrado entre la demandada y la Cooperativa Farmacéutica de Provisión y Consumo Alberdi Ltda.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

Explicó que en virtud de ese convenio, era la empleadora quien abonaba a Sancor Salud el servicio médico y no el actor en forma directa, destacando que este no acreditó haber efectuado pagos individuales a la entidad durante la vigencia de la relación.

Señaló que al haber cesado la relación laboral del Sr. Del Cura con la Cooperativa, aquel perdió su condición de beneficiario del contrato corporativo. Añadió que fue su anterior empleadora quien solicitó la baja de la afiliación del actor y de su grupo familiar, con vigencia a partir del 6 de marzo de 2026, debido a su renuncia.

Expuso que conocida esa situación, Sancor Salud informó al actor que debía presentarse en un centro de atención para suscribir la documentación necesaria, ante la imposibilidad de instrumentar automáticamente el cambio de modalidad afiliatoria.

Indicó que al concurrir a la entidad, se le explicó que podía continuar afiliado en los términos de la Resolución 163/2018, acceder al plan elegido, conservar su antigüedad y no abonar valores diferenciales por preexistencias. Agregó que también se puso a su disposición la cotización correspondiente al plan con el cual pretendía continuar, pero que el actor se negó a completar la documentación requerida.

Aseveró que la situación se encuentra específicamente regulada por la Resolución 163/2018, dictada para los supuestos en los que un beneficiario de una entidad de medicina prepaga experimenta un cambio en su modalidad de afiliación susceptible de provocar el cese de la cobertura.

Informó que conforme esa normativa, el usuario proveniente de una contratación grupal o corporativa tiene derecho a solicitar la continuidad en alguno de los planes que la entidad comercializa, sin que ello implique



#41132766#509755923#20260706111226599

necesariamente conservar el mismo plan ni las condiciones económicas vigentes durante la contratación anterior.

En particular, invocó los arts. 4 inc. b y 6 de la citada resolución. Mencionó que el primero permite a los usuarios adheridos mediante contrataciones grupales o corporativas solicitar su adhesión directa y la de su grupo familiar a cualquiera de los planes comercializados al público en general por la misma entidad, dentro del plazo previsto por la norma. En cuanto al valor de la cuota, refirió que debe calcularse tomando como referencia la cuota de ingreso correspondiente a un nuevo afiliado situado en la franja etaria que tenía el beneficiario al momento de su incorporación originaria, adicionando las variaciones por edad que hubieran correspondido hasta su ingreso como afiliado directo.

Sobre esa base, adujo que la única alternativa legal para el actor, una vez extinguida su condición de beneficiario del contrato corporativo, consiste en abonar la cuota determinada de acuerdo con el art. 6 de la Resolución 163/2018.

Expresó que el importe cotizado fue calculado según el plan elegido y los valores informados por Sancor Salud a la Superintendencia de Servicios de Salud en cumplimiento de la Resolución 2165/2021, con los incrementos que correspondieran conforme los arts. 5 y 17 de la Ley 26.682.

En consecuencia, sostuvo que el monto presupuestado posee sustento normativo y que no existió conducta arbitraria o ilegítima de su parte. Agregó que el actor pretende continuar afiliado en condiciones económicas propias de un contrato corporativo del cual ya no forma parte, pese a que podía optar por alguno de los planes de menor valor ofrecidos por Sancor Salud o contratar la cobertura de otra empresa de medicina prepaga.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

Concluyó que no se configura una conducta manifiestamente arbitraria o ilegítima que justifique la procedencia de la acción y solicitó su rechazo, con expresa imposición de costas a la parte actora.

V.- Que el día 01/04/2026 (fs. 114/118) la parte actora denunció el incumplimiento de la medida cautelar dictada en autos y solicitó que se intimara a la demandada a su inmediato cumplimiento, bajo apercibimiento de aplicar astreintes en los términos del art. 37 del CPCCN.

Sostuvo que pese a haberse ordenado a Sancor Salud la reafiliación del actor y de su grupo familiar en las mismas condiciones vigentes con anterioridad a la baja, garantizando la continuidad de la cobertura médica, la demandada no ha dado cumplimiento efectivo a la manda judicial, pues mantiene en los hechos la interrupción de la cobertura o condiciona su restablecimiento al cumplimiento de requisitos improcedentes.

En particular, señaló que Sancor Salud pretende que el actor suscriba nueva documentación, elija un nuevo plan y acepte condiciones económicas diferentes de las originales, lo que resulta contrario a lo dispuesto en la resolución cautelar.

Afirmó que no se está frente a un nuevo vínculo contractual, sino ante la continuidad de uno preexistente; que la orden judicial había dispuesto la reafiliación en las mismas condiciones anteriores; y que la imposición de requisitos adicionales implica una alteración ilegítima de su alcance. En consecuencia, aseveró que la demandada no puede supeditar el cumplimiento de la medida a la suscripción de nuevos formularios o a la aceptación de nuevas condiciones contractuales.

Como prueba de la conducta que atribuyó a la accionada, acompañó un intercambio de correos electrónicos entre personal de Sancor Salud y de su



#41132766#509755923#20260706111226599

anterior empleadora. Manifestó que de esas comunicaciones surge que la baja había sido gestionada administrativamente por la Cooperativa, que el actor había solicitado la continuidad de la afiliación, que aquella se produjo sin consultarlo previamente y que la demandada tenía conocimiento de que su hijo se encontraba atravesando un tratamiento oncológico.

Acto seguido, cuestionó la defensa de Sancor Salud según la cual no podía cumplir la medida cautelar porque el actor no había suscripto la documentación requerida. Al respecto, mencionó que la propia demandada reconoció que aquel había manifestado su voluntad de continuar con la cobertura; que la baja se había dispuesto sin consulta previa; y que no podía trasladarse al afiliado la carga de subsanar una situación generada por la accionada. Sobre esa base, afirmó que la falta de firma de los formularios no constituye un obstáculo válido para el cumplimiento de la orden judicial.

Añadió que el incumplimiento reviste especial gravedad por afectar el derecho a la salud de un menor de edad en tratamiento oncológico, circunstancia que impone un estándar reforzado de protección. Señaló que la conducta de la demandada configura una resistencia indebida al cumplimiento de la medida cautelar y compromete la efectividad de la tutela judicial.

Finalmente, solicitó que se haga efectivo el apercibimiento dispuesto en la resolución cautelar y se apliquen astreintes por cada día de incumplimiento, computadas desde que la demandada quedó notificada de aquella.

VI.- Que, posteriormente, el día 09/04/2026 (fs. 120/122) la parte actora informó el actual y persistente incumplimiento de la medida cautelar y solicitó que se hiciera efectivo el apercibimiento dispuesto, junto con las astreintes fijadas mediante decreto del 6 de abril de 2026.

Señaló que conforme ya había puesto en conocimiento del Tribunal, la demandada no había dado cumplimiento real, íntegro ni efectivo a la orden que





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

dispuso la reafiliación provisoria del actor y de su grupo familiar, garantizando la continuidad de la cobertura médica en condiciones equivalentes a las vigentes con anterioridad a la baja.

Manifestó que a la fecha de su presentación, Sancor Salud no había procedido a la reafiliación ordenada y persistía la falta de cobertura, con la gravedad que ello implicaba por encontrarse involucrado un menor de edad en tratamiento oncológico.

Añadió que la demandada continuaba supeditando el cumplimiento de la resolución judicial a exigencias que consideró improcedentes y ajenas al contenido de la cautelar, tales como la suscripción de nueva documentación, la elección de un plan distinto y la aceptación de condiciones contractuales y económicas diversas de las existentes con anterioridad.

Recordó que mediante decreto del 6 de abril de 2026, el Tribunal había intimado a la demandada para que dentro del plazo de 48 horas de notificada, cumpliera con la reafiliación dispuesta, bajo apercibimiento de desobediencia judicial y de aplicar sanciones conminatorias, fijadas en la suma de \$ 30.000 diarios, a computarse desde el vencimiento de dicho plazo y hasta el efectivo cumplimiento.

Sobre esa base, sostuvo que al haber transcurrido el término conferido sin que Sancor Salud cumpliera acabadamente la orden judicial, correspondía hacer efectivo el apercibimiento y tener por devengadas las astreintes desde el vencimiento del plazo de 48 horas fijado en el decreto del 6 de abril de 2026, conforme la fecha de notificación que surgiera de las constancias de la causa.

Aseguró que la conducta omisiva de la accionada no constituye una mera diferencia interpretativa, sino una resistencia concreta al cumplimiento de



#41132766#509755923#20260706111226599

una orden judicial dictada en tutela del derecho a la salud y del interés superior del niño, que compromete directamente la continuidad asistencial del grupo familiar y, especialmente, del menor involucrado.

Por ello, consideró que la falta de cumplimiento no puede ser tolerada ni relativizada y que corresponde adoptar las medidas necesarias para asegurar la eficacia de la tutela cautelar concedida.

VII.- Que en fecha 13/04/2026 (fs. 124/135) el apoderado de la demandada interpuso recurso de reposición in extremis, con apelación en subsidio, contra los decretos del 6 y 10 de abril de 2026 y, subsidiariamente, solicitó la modificación de la medida cautelar dictada en autos.

Explicó que el primero de aquellos proveídos la había intimado a cumplir, dentro del plazo de 48 horas, con la reafiliación provisoria del actor y de su grupo familiar, garantizando la continuidad de la cobertura médica en condiciones equivalentes a las vigentes con anterioridad a la baja, bajo apercibimiento de desobediencia judicial y de aplicar astreintes de \$ 30.000 diarios. A su vez, señaló que mediante el decreto del 10 de abril se reiteró la intimación, bajo apercibimiento de elevar las sanciones conminatorias, y se hizo saber que las fijadas anteriormente se encontraban en curso.

Solicitó que ambos proveídos fueran dejados sin efecto por considerar que no existió incumplimiento alguno de su parte. Para el supuesto de rechazo, requirió que se concediera la apelación subsidiariamente interpuesta, por entender que no contaba con otra oportunidad procesal para reeditar la cuestión y garantizar su derecho de defensa.

Como primer agravio, sostuvo que el Tribunal la intimó a cumplir la cautelar pese a que nunca existió incumplimiento y que, por el contrario, fue el actor quien omitió prestar la colaboración necesaria y suscribir la documentación correspondiente.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

Reiteró que Federico Del Cura dejó de ser empleado de la Cooperativa Farmacéutica y, como consecuencia de ello, perdió su condición de beneficiario del contrato corporativo, habiendo sido su anterior empleadora quien solicitó la baja.

Manifestó que para posibilitar el cumplimiento de la cautelar, el actor debía seleccionar alguno de los planes que SanCor Salud comercializa al público en general y suscribir la documentación oportunamente acompañada, trámite que aquel se negó a realizar en sede administrativa.

Añadió que la Cooperativa, titular del contrato corporativo y quien anteriormente efectuaba el pago, ya no abonaría la cobertura correspondiente al Sr. Del Cura. Por ello, sostuvo que resultaba indispensable que el actor suscribiera la documentación requerida, pues la prestación del servicio no podía efectuarse gratuitamente. Sobre esa base, consideró que la intimación dispuesta carecía de fundamento y solicitó su revocación.

Subsidiariamente, para el supuesto de que no prosperara la reposición, solicitó la modificación de la medida cautelar por considerar que se había producido una variación sustancial de las circunstancias existentes al momento de su dictado, o bien que habían surgido elementos que no pudieron ser ponderados por el Tribunal al resolverla inaudita parte.

Volvió a señalar que el actor y su grupo familiar se encontraban afiliados como beneficiarios del contrato corporativo celebrado entre Sancor Salud y la Cooperativa Farmacéutica de Provisión y Consumo Alberdi Ltda., siendo esta última quien abonaba el servicio médico. Destacó que el accionante no había acreditado ningún pago directo a la demandada durante la vigencia de ese convenio y que, al cesar la relación laboral, perdió su condición de beneficiario.



#41132766#509755923#20260706111226599

Expuso que la baja fue solicitada por la anterior empleadora con vigencia desde el 6 de marzo de 2026 y que, conforme la carta documento agregada a la causa, Sancor Salud informó al actor que debía concurrir al centro de atención para suscribir la documentación necesaria, ante la imposibilidad de efectuar automáticamente el cambio de modalidad afiliatoria.

Indicó que una vez presentado en la entidad, se le explicó que la continuidad se regía por la Resolución 163/2018, que podía acceder al plan elegido conservando su antigüedad y sin abonar valores diferenciales por preexistencias, y que se puso a su disposición la cotización correspondiente. Sin embargo, afirmó que el actor se negó a completar el trámite y le atribuyó haber incurrido en expresiones ofensivas hacia el personal de Sancor Salud.

Sostuvo que la cautelar resultaba de imposible cumplimiento en sus términos actuales, porque la afiliación anterior dependía de un contrato corporativo del cual el actor había dejado de ser beneficiario y cuyo costo era abonado por la Cooperativa. Por ello, entendió que si la medida no era modificada, no quedaba determinado quién debía afrontar el pago del servicio de salud.

En esa línea, alegó que la medida había sido concedida sin audiencia de la demandada y sin que el Tribunal tuviera conocimiento suficiente de la modalidad corporativa de la afiliación, del hecho de que la Cooperativa era quien efectuaba los pagos y de que el actor había perdido su condición de beneficiario como consecuencia de la finalización del vínculo laboral.

En virtud de todo ello, solicitó que se dejara sin efecto la cautelar o, subsidiariamente, se dispusiera expresamente que Federico Del Cura debía afrontar el pago de la cobertura conforme al valor correspondiente.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

VIII.- Que, a continuación, el 10/04/2026 (fs. 136/144) la Defensora Pública Oficial en el carácter de Asesora de Menores e Incapaces contestó la vista conferida y señaló que no advierte la existencia de intereses contrapuestos entre el niño y su representante legal, estimando procedente la acción intentada.

Recordó que existe un plus de protección respecto de los derechos y garantías de los NNyA que además deben ser satisfechos con absoluta prioridad.

Dictaminó que considera acertada la actuación de la representante legal del menor U.D.C.P., en tanto se ven protegidos sus derechos constitucionales y convencionales, estimando procedente la acción de amparo interpuesta.

IX.- Que corrida la vista ordenada a la Unidad Fiscal Federal en virtud de lo establecido en el art. 2º, inc. b) de la Ley 27.148, el Fiscal Federal consideró que la acción de amparo interpuesta en autos resulta procedente (cfr. dictamen de fecha 21/04/2026, fs. 165/174), por lo que el día 22/04/2026 (fs. 101) pasaron los autos a despacho para sentencia.

X.- Que en forma previa a resolver, es dable señalar que el amparo es el procedimiento judicial más simple y breve para tutelar real y verdaderamente los derechos consagrados por la ley fundamental. En este sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha dicho reiteradamente que tiene por objeto una efectiva protección de derechos (Fallos, 321:2823) y ha explicitado la imprescindible necesidad de ejercer esa vía excepcional para la salvaguarda del derecho fundamental de la vida y de la salud (Fallos, 325:292 y sus citas).

El Alto Tribunal ha recalcado que: "...el derecho a la vida es el primer derecho natural de la persona humana preexistente a toda legislación positiva que resulta garantizado por la Constitución Nacional (Fallos, 302:1284; 310:112 y 323:1339). Asimismo, ha entendido que la vida de los individuos y



su protección -en especial el derecho a la salud- constituyen un bien fundamental en sí mismo, que, a su vez, resulta imprescindible para el ejercicio de la autonomía personal. El derecho a la vida, más que un derecho no enumerado en los términos del art. 33 de la Ley Fundamental, es un derecho implícito, ya que el ejercicio de los derechos reconocidos expresamente requiere necesariamente de él y, a su vez, el derecho a la salud está íntimamente relacionado con el primero y con el principio de autonomía personal, toda vez que un individuo gravemente enfermo no está en condiciones de optar libremente por su propio plan de vida.

A mayor abundamiento, sostuvo también que el derecho a la salud, desde el punto de vista normativo, está reconocido en los tratados internacionales con rango constitucional (art. 75, inc. 22) entre ellos, el art. 12, inc. c) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; inc. 1, arts. 4 y 5 de la Convención sobre Derechos Humanos –Pacto de San José de Costa Rica e inc. 1, del art. 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, extensivo no sólo a la salud individual sino también a la salud colectiva (conf. Fallos, 323:1339).

Sobre tales postulados, la acción de amparo deviene formalmente admisible en el caso bajo examen, por encontrarse en riesgo la salud del actor y de su grupo familiar primario, cuando es sabido que la existencia de otras vías procesales no es postulable en abstracto, sino que depende -en cada caso- de la situación concreta de cada demandante, cuya evaluación, como es obvio, debe ser efectuada por el tribunal de grado (CS, fallo del 6/6/95 Video Club Dreams c/ Instituto Nacional de Cinematografía s/ amparo, la Ley 1195 - D, pág. 243).





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

XI.- Que bajo tales pautas, corresponde examinar la cuestión de fondo traída a juzgamiento, a los fines de determinar si concurre o no en la especie el recaudo de la arbitrariedad o ilegalidad manifiesta por parte de la demandada como característica del acto impugnado que se dice lesivo.

En el caso que nos ocupa, de las constancias incorporadas a la causa surge acreditado que Federico Javier Del Cura se encontraba afiliado, junto con su grupo familiar, a la Asociación Mutual SanCor Salud bajo el Plan SanCor 3000, en virtud del convenio corporativo celebrado entre dicha entidad y la Cooperativa Farmacéutica de Provisión y Consumo Alberdi Ltda., para la cual prestaba servicios en relación de dependencia. Conforme surge del contrato acompañado por la demandada, la Cooperativa asumía frente a SanCor Salud el pago de los planes contratados, sin perjuicio de la facultad de trasladar o no su costo a cada afiliado mediante descuentos en sus haberes, y tenía a su cargo informar las altas, bajas y modificaciones del personal comprendido en el convenio.

A su vez, de los recibos de haberes acompañados surge que al actor se le efectuaban descuentos mensuales bajo los conceptos “Obra Social” y “Aporte SanCor Salud”. En particular, durante los últimos períodos de la relación laboral, las sumas vinculadas a la cobertura médica ascendían aproximadamente a \$250.000/\$270.000 mensuales. En igual sentido, del intercambio de correos electrónicos incorporado posteriormente a la causa surge que, al gestionarse la baja, SanCor Salud informó que el último monto correspondiente al actor para la liquidación final ascendía a \$270.442,46.

También se encuentra acreditado que U.D.C.P., hijo del amparista, tenía 15 años de edad al momento de promoverse la acción y se encontraba incluido en la cobertura del grupo familiar. El menor presenta diagnóstico de “Linfoma de Hodgkin estadio IIIB, con síntomas B y enfermedad avanzada” y, al tiempo



de los hechos que dieron origen a estas actuaciones, se encontraba en tratamiento oncológico activo, requiriendo prestaciones médicas continuas, controles especializados y medicación de alto costo. Asimismo, de las constancias de autos surge que, con anterioridad al inicio de esta causa, tramitaba ante el Juzgado Federal de Salta N° 1 el Expte. FSA N° 14182/2025, promovido contra la misma demandada con motivo de la cobertura de prestaciones y medicación vinculadas con el tratamiento oncológico del menor.

Por otra parte, se encuentra probado que la relación laboral entre Federico Del Cura y la Cooperativa Farmacéutica de Provisión y Consumo Alberdi Ltda. finalizó como consecuencia de la renuncia del primero. En razón de ello, el 6 de marzo de 2026 la ex empleadora solicitó a Sancor Salud la baja del actor del convenio corporativo, con vigencia desde esa misma fecha, circunstancia que determinó el cese de la cobertura de todo el grupo familiar.

Asimismo, de la carta documento remitida por Sancor Salud el 11 de marzo de 2026 surge que el día 10 de ese mes, la entidad tomó conocimiento, mediante un correo electrónico enviado por el actor, de su voluntad de continuar con la cobertura como afiliado individual y directo. En dicha comunicación, la demandada reconoció que le indicó que debía concurrir a un centro de atención para suscribir la documentación correspondiente, ante la imposibilidad de realizar automáticamente el cambio de modalidad afiliatoria. También dejó constancia de que durante el asesoramiento brindado, se informó al accionante que podía continuar afiliado en los términos de la Resolución 163/2018, acceder al plan elegido, conservar su antigüedad y no abonar valores diferenciales por preexistencias, poniéndose a su disposición la cotización del plan con el cual pretendía continuar.

En igual sentido, del intercambio de correos electrónicos mantenido entre personal de Sancor Salud y de la Cooperativa surge que el 10 de marzo





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

de 2026, la demandada tenía conocimiento de que Federico Del Cura manifestaba haber solicitado la continuidad individual de la cobertura, cuestionaba que se hubiera dispuesto su baja sin consulta previa y tenía un hijo en tratamiento oncológico. Por su parte, la Cooperativa informó que únicamente había solicitado la baja del actor del convenio corporativo y que previamente le había comunicado que no quedaría sin cobertura, sino que debía continuar abonándola en forma particular.

Finalmente, se encuentra acreditado que al procurar continuar afiliado directamente, se informó al actor un valor sustancialmente superior al que regía durante la contratación corporativa, circunstancia que dio origen a la presente acción. Frente a ello, Sancor Salud sostuvo que la continuidad debía instrumentarse mediante la elección de uno de los planes comercializados al público, la suscripción de la documentación correspondiente y el pago de la cuota calculada conforme a la Resolución 163/2018.

Por su parte, al momento de evacuar el informe circunstanciado, el apoderado de la Asociación Mutual Sancor Salud sostuvo que el actor y su grupo familiar se encontraban afiliados como beneficiarios del contrato corporativo celebrado entre la demandada y la Cooperativa Farmacéutica de Provisión y Consumo Alberdi Ltda.; que al finalizar la relación laboral, el Sr. Del Cura perdió esa condición; y que fue su anterior empleadora quien solicitó la baja del grupo familiar. En ese marco, negó haber incurrido en una conducta arbitraria o ilegítima y afirmó que el cese de la cobertura obedeció exclusivamente a la extinción del vínculo que habilitaba al accionante a integrar aquella contratación corporativa.

Explicó que la situación se encuentra regida por la Resolución 163/2018 de la Superintendencia de Servicios de Salud y que la continuidad pretendida no configura una nueva admisión, sino un cambio en la modalidad afiliatoria



que puede traer aparejado un cambio de plan. Sobre esa base, señaló que el actor debía optar por alguno de los planes que la entidad comercializa al público y abonar la cuota calculada conforme al art. 6 de dicha resolución, cuyo importe fue cotizado de acuerdo con los valores informados a la autoridad de aplicación y los incrementos legalmente correspondientes. Por ello, sostuvo que no existieron condiciones económicas abusivas o expulsivas y que la pretensión de mantener la cobertura en los términos solicitados resultaba improcedente.

Sentado ello, corresponde señalar que no se encuentra controvertido en autos que el Sr. Federico Javier Del Cura y su grupo familiar se encontraban afiliados a Sancor Salud en virtud de una contratación corporativa; que dicha modalidad afiliatoria cesó como consecuencia de la finalización de la relación laboral que el nombrado mantenía con la Cooperativa Farmacéutica de Provisión y Consumo Alberdi Ltda.; ni que, dentro del plazo legal, el actor manifestó expresamente su voluntad de continuar afiliado a la misma entidad de medicina prepaga.

En tales condiciones, la controversia no radica en determinar si el accionante y su grupo familiar tenían derecho a continuar vinculados con la demandada -extremo que en rigor, la propia Sancor Salud reconoce-, sino en establecer las condiciones en que dicha continuidad debía instrumentarse luego del cese de la afiliación corporativa y, en particular, si la demandada se encontraba facultada para interrumpir la cobertura y supeditar su restablecimiento a la elección de un plan, la suscripción de nueva documentación y el pago de la cuota cotizada al actor.

A) Que a fin de resolver dicha cuestión, cabe recordar que el art. 15 de la Ley 26.682 establece: “El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, si lo solicita en el plazo de sesenta (60) días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba. El sujeto comprendido en el artículo 1º de la presente ley debe mantener la prestación del Plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días.”.

Asimismo, la situación se encuentra específicamente reglamentada por la Resolución 163/2018 de la Superintendencia de Servicios de Salud, dictada con el objeto de regular aquellos supuestos en los que se produce una modificación en la modalidad de afiliación susceptible de provocar el cese de la cobertura. Dicha norma parte de la premisa de que la continuidad en la misma entidad no constituye una nueva admisión, sino un cambio en la modalidad afiliatoria que mantiene la continuidad jurídica del vínculo, aun cuando pueda traer aparejada una modificación del plan.

En lo que aquí interesa, el art. 4 inc. a) contempla expresamente el supuesto de los usuarios adheridos mediante contrataciones grupales o corporativas que hubieran cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que celebró el contrato, reconociéndoles el derecho a solicitar su adhesión directa y la de su grupo familiar a cualquiera de los planes que la misma entidad comercialice al público en general. La norma dispone, además, que conservarán la antigüedad que detentaban, que la afiliación directa no podrá ser considerada como una nueva incorporación y que no podrá exigírseles valor diferencial alguno por situaciones preexistentes.

Por su parte, el art. 5 establece que una vez ejercida la opción dentro del plazo previsto, la entidad deberá proceder a la incorporación del usuario y de



su grupo familiar al plan elegido. A su vez, el art. 6 determina el modo de calcular la cuota correspondiente a la afiliación directa, tomando como referencia el valor de ingreso fijado para un nuevo afiliado situado en la franja etaria que tenía el beneficiario al momento de su incorporación originaria al plan corporativo, con más las variaciones por edad que le hubieran correspondido hasta su incorporación como afiliado directo y los impuestos que resulten aplicables.

Sin embargo, el régimen no se agota en la determinación de la cuota prevista por el art. 6. El art. 7 establece expresamente que dicho importe recién comenzará a devengarse una vez transcurrido el plazo de sesenta (60) días hábiles previsto en el último párrafo del art. 15 de la Ley 26.682 y que, durante ese lapso, la entidad deberá mantener al usuario y a su grupo familiar la misma cobertura del plan corporativo del que provienen, sin derecho a cobrar contraprestación alguna al afiliado, sin perjuicio de lo que hubiera acordado con el empleador o la empresa contratante.

En esa línea, la Cámara Federal de Apelaciones de Salta ha señalado recientemente que, frente al cese de la relación laboral que sustentaba una afiliación de carácter corporativo, la manifestación oportuna de la voluntad de continuar afiliado determina el derecho del usuario a mantener el vínculo con la entidad de medicina prepaga, junto con su grupo familiar y con reconocimiento de la antigüedad, sin que el cambio de modalidad pueda ser considerado una nueva afiliación. Asimismo, sostuvo que cualquier modificación del plan debe contemplar, a los efectos de la determinación de la cuota, la edad que tenía el beneficiario al momento de su incorporación originaria a la entidad (cfr. Cámara Federal de Apelaciones de Salta, Sala I, “V., J. L. c/ Boreal Cobertura de Salud S.A. s/ Amparo Ley 16.986”, sentencia del 29/05/2026).





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

Trasladadas tales consideraciones al caso que nos ocupa, se advierte que el supuesto de autos encuadra en la situación expresamente contemplada por el art. 4 inc. a de la Resolución 163/2018, pues el Sr. Federico Javier Del Cura se encontraba incorporado, junto con su grupo familiar, a Sancor Salud mediante una contratación corporativa y perdió esa condición como consecuencia del cese de la relación laboral que mantenía con la Cooperativa Farmacéutica de Provisión y Consumo Alberdi Ltda..

Tampoco se encuentra controvertido que el actor manifestó oportunamente su voluntad de continuar afiliado a la misma entidad. En efecto, la propia demandada reconoció en la carta documento remitida el 11 de marzo de 2026 que había tomado conocimiento de dicha intención el día anterior, esto es, apenas cuatro días después de producida la baja del convenio corporativo. De este modo, el accionante ejerció la opción dentro del plazo previsto por el art. 15 de la Ley 26.682 y por la Resolución 163/2018, quedando alcanzado por el régimen de continuidad allí establecido.

En tales condiciones, la finalización de la relación laboral y la consiguiente pérdida de la calidad de beneficiario del contrato corporativo no habilitaban a Sancor Salud a interrumpir la cobertura del actor y de su grupo familiar. Por el contrario, frente a la voluntad de permanencia manifestada en tiempo oportuno, la demandada debía asegurar la continuidad jurídica del vínculo y adoptar las medidas necesarias para instrumentar el cambio de modalidad afiliatoria, sin considerar al accionante como un nuevo afiliado, respetando la antigüedad adquirida y sin imponer valores diferenciales por preexistencias.

Ahora bien, la obligación a cargo de la demandada no se limitaba a ofrecer al actor alguno de los planes comercializados al público y a cotizar la cuota correspondiente a la afiliación directa. Como se señaló, el art. 7 de la



Resolución 163/2018 establece un régimen específico para el período inmediatamente posterior al cese del vínculo que sustentaba la contratación corporativa, durante el cual la entidad debe mantener al usuario y a su grupo familiar la misma cobertura del plan del que provienen, sin derecho a exigirles contraprestación alguna.

Por consiguiente, desde la baja producida el 6 de marzo de 2026 y hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días hábiles previsto por la normativa aplicable, Sancor Salud debía mantener al actor y a su grupo familiar bajo la cobertura del Plan SanCor 3000, en las mismas condiciones asistenciales de las que gozaban con anterioridad, sin supeditar su continuidad al pago de la cuota correspondiente a la nueva modalidad afiliatoria. Recién una vez transcurrido dicho lapso comenzaba a devengarse el importe determinado conforme a las pautas establecidas por el art. 6 de la Resolución 163/2018.

Sin embargo, de las constancias de la causa surge que la demandada procedió a la baja del grupo familiar con vigencia desde el 6 de marzo de 2026 y, pese a haber tomado conocimiento cuatro días después de la voluntad del actor de continuar afiliado, no restableció la cobertura en los términos previstos por el art. 7 de la Resolución 163/2018. Antes bien, condicionó la continuidad a la concurrencia del accionante a una sucursal, la suscripción de documentación, la elección de un plan y la aceptación de la cotización correspondiente a una afiliación directa, sin observar el régimen transitorio que la propia normativa invocada en su defensa imponía durante los sesenta días hábiles posteriores al cese de la afiliación corporativa.

Tal proceder adquiere especial relevancia si se considera que la entidad conocía que uno de los integrantes del grupo familiar era un menor de edad que atravesaba un tratamiento oncológico activo. En efecto, del intercambio de comunicaciones incorporado a la causa surge que, al tiempo de gestionarse la





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

continuidad, Sancor Salud había sido expresamente informada de esa circunstancia. Pese a ello, la cobertura permaneció interrumpida y su restablecimiento fue condicionado al cumplimiento de exigencias que, durante aquel período inicial, no podían desplazar la obligación de mantener la misma cobertura corporativa en los términos expresamente previstos por el art. 7 de la Resolución 163/2018.

En consecuencia, la conducta de la demandada resultó manifiestamente ilegítima en cuanto interrumpió la cobertura del actor y de su grupo familiar y omitió mantenerla durante el período expresamente protegido por la normativa aplicable, pese a la oportuna manifestación de voluntad de continuar afiliado y al conocimiento del tratamiento oncológico que atravesaba el hijo menor del accionante. La arbitrariedad no radica, entonces, en la sola circunstancia de que Sancor Salud pretendiera instrumentar posteriormente el paso a una afiliación directa ni en que esta pudiera generar una cuota diferente de la correspondiente al convenio corporativo, sino en haber dejado al grupo familiar sin cobertura y condicionado su restablecimiento durante un lapso en el que la propia Resolución 163/2018 imponía su mantenimiento.

B) Que distinta es la situación una vez transcurrido el plazo de sesenta (60) días hábiles previsto por el art. 7 de la Resolución 163/2018. A partir de entonces, la continuidad del vínculo debía instrumentarse bajo la modalidad de afiliación directa, supuesto en el cual el actor podía optar por cualquiera de los planes que Sancor Salud comercializara al público en general, conservando la antigüedad adquirida y sin que pudieran exigírsele períodos de carencia ni valores diferenciales por preexistencias.

En ese marco, asiste razón a la demandada en cuanto sostiene que el cese de la relación laboral y la consiguiente pérdida de la calidad de beneficiario del contrato corporativo impedían mantener indefinidamente la



modalidad económica propia de aquel convenio. En efecto, la continuidad jurídica reconocida por la normativa aplicable no importa la subsistencia inalterada de todas las condiciones de la contratación anterior, pues el art. 6 de la Resolución 163/2018 regula expresamente el valor de la cuota que debe abonar quien pasa de una afiliación corporativa a una directa.

De acuerdo con dicha disposición, el importe correspondiente no puede ser fijado tomando la edad actual del usuario como si se tratara de un nuevo afiliado, sino que debe calcularse sobre la base de la cuota de ingreso establecida para una persona perteneciente a la franja etaria que aquel tenía al momento de su incorporación originaria al plan corporativo, adicionándose las variaciones por edad que hubieran correspondido hasta su ingreso como afiliado directo y los impuestos aplicables.

Ahora bien, el reconocimiento de la facultad de la demandada de percibir, una vez finalizado el período previsto por el art. 7, la cuota correspondiente a la nueva modalidad afiliatoria no conduce, sin más, a considerar legítimo el importe que habría sido informado al actor. La aplicación del art. 6 exige que el valor de la cuota responda a las pautas objetivas allí establecidas y que su determinación pueda ser conocida y verificada por el usuario, máxime cuando el monto cotizado resultaba sustancialmente superior al que se abonaba durante la vigencia de la contratación corporativa.

En el caso de autos, Sancor Salud sostuvo que el importe ofrecido fue calculado de conformidad con aquella disposición y con los valores informados a la autoridad de aplicación. Sin embargo, no explicó concretamente cuáles fueron los parámetros utilizados para arribar a la suma comunicada al accionante, ni individualizó la cuota de ingreso tomada como base, la franja etaria correspondiente al momento de su incorporación





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

originaria, las variaciones posteriores aplicadas o los demás conceptos que integraban el valor final.

De tal modo, si bien la demandada invocó la Resolución 163/2018 como fundamento de la cotización efectuada, la sola referencia a dicha normativa no resultaba suficiente para que el actor pudiera conocer de manera clara cómo se había determinado el valor de su continuidad como afiliado directo. Ello adquiere particular relevancia si se considera que la modificación de la modalidad afiliatoria se produjo en un contexto en el que la continuidad de la cobertura resultaba indispensable para un grupo familiar integrado por un menor que atravesaba un tratamiento oncológico activo.

En ese sentido, la Cámara Federal de Apelaciones de Salta ha señalado que, frente a una modificación de la modalidad de afiliación, no basta con poner a disposición del usuario una cotización, sino que corresponde brindar información cierta, clara y detallada acerca de las condiciones en que puede ejercer su derecho a continuar vinculado con la entidad, de modo que cuente con elementos suficientes para adoptar una decisión informada (Cámara Federal de Apelaciones de Salta, Sala I, “Carrizo c/ Swiss Medical S.A. s/ Amparo Ley 16.986”, sentencia del 12/03/2021).

Por consiguiente, una vez vencido el período contemplado por el art. 7 de la Resolución 163/2018, el actor no tenía derecho a mantener indefinidamente el valor económico propio del convenio corporativo, pero tampoco podía ser compelido a aceptar, como condición para la continuidad de su cobertura, una suma cuya composición y adecuación a las pautas del art. 6 no le habían sido debidamente explicadas. Correspondía, en cambio, que Sancor Salud instrumentara su incorporación como afiliado directo y



determinara la cuota conforme al mecanismo previsto por dicha norma, informando de manera clara, detallada y verificable los parámetros empleados para su cálculo.

Lo expuesto permite, asimismo, dar respuesta al planteo formulado por la demandada respecto de la falta de producción de la prueba ofrecida al evacuar el informe circunstanciado.

Al respecto, cabe señalar que los extremos decisivos para la resolución de la controversia surgen de la documentación incorporada a la causa y no se encuentran sustancialmente discutidos: la existencia de la contratación corporativa, la afiliación del actor y de su grupo familiar al Plan SanCor 3000, el cese de la relación laboral, la baja dispuesta con vigencia desde el 6 de marzo de 2026 y la manifestación de voluntad de continuar afiliado, conocida por la demandada el 10 de ese mes. La solución del caso depende, esencialmente, del alcance jurídico que corresponde asignar a tales circunstancias a la luz de la Ley 26.682 y de la Resolución 163/2018.

Por su parte, la determinación del importe concreto de la cuota posterior al vencimiento del período previsto por el art. 7 tampoco exige, en las particulares circunstancias de autos, la apertura de una etapa probatoria, pues no corresponde a este Tribunal sustituir a la entidad en la realización del cálculo previsto por el art. 6. Bastará, a los fines de satisfacer adecuadamente la pretensión, con ordenar a Sancor Salud que practique dicho cálculo conforme a las pautas normativas aplicables y comunique al actor, de manera detallada y verificable, los elementos considerados para arribar al valor final.

En consecuencia, no se advierte que la falta de producción de la prueba ofrecida haya colocado a la demandada en estado de indefensión ni impedido contar con los elementos necesarios para resolver la cuestión planteada.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

C) Que, en definitiva, las circunstancias comprobadas en la causa permiten concluir que la conducta asumida por Sancor Salud resultó arbitraria e ilegítima en cuanto, frente al cese de la relación laboral del actor y a la oportuna manifestación de su voluntad de continuar afiliado, interrumpió la cobertura del grupo familiar y omitió observar el régimen de continuidad expresamente previsto por la normativa aplicable.

En efecto, durante el plazo de sesenta (60) días hábiles contemplado por el art. 7 de la Resolución 163/2018, la demandada debía mantener al Sr. Federico Javier Del Cura y a su grupo familiar bajo la misma cobertura del plan corporativo del que provenían, sin exigir contraprestación alguna al afiliado. Una vez transcurrido dicho período, correspondía instrumentar su incorporación como afiliados directos, con reconocimiento de la antigüedad adquirida, sin períodos de carencia ni valores diferenciales por preexistencias, y determinar la cuota conforme a las pautas establecidas por el art. 6 de la citada resolución.

De allí que no pueda compartirse la postura de la actora en cuanto pretende conservar indefinidamente las condiciones económicas vigentes durante la contratación corporativa, pues aquella modalidad cesó como consecuencia de la finalización del vínculo laboral que permitía al accionante integrar el convenio celebrado entre su ex empleadora y Sancor Salud. Sin embargo, tampoco resulta admisible la posición de la demandada, que interrumpió la cobertura desde el 6 de marzo de 2026 y condicionó su continuidad a la aceptación de una nueva cotización, sin respetar el período de mantenimiento obligatorio previsto por el art. 7 ni brindar información suficiente acerca de los parámetros utilizados para determinar el valor que correspondería abonar con posterioridad.



Asimismo, y como ya se dijo más arriba, la solución adquiere particular relevancia en las circunstancias concretas de autos, en las que la interrupción de la cobertura alcanzó a un menor de edad que se encontraba atravesando un tratamiento oncológico activo, extremo que era conocido por la demandada al momento en que el actor procuró instrumentar la continuidad de la afiliación. En ese contexto, correspondía a la entidad adoptar una conducta especialmente diligente, dirigida a evitar toda discontinuidad asistencial y a facilitar el tránsito entre ambas modalidades afiliatorias, antes que supeditar el restablecimiento de la cobertura al cumplimiento de exigencias que no podían desplazar el régimen de protección expresamente previsto por la normativa aplicable.

Por consiguiente, corresponde hacer lugar parcialmente a la acción de amparo y ordenar a la Asociación Mutual Sancor Salud mantener la afiliación del Sr. Federico Javier Del Cura y de su grupo familiar, reconociendo la antigüedad adquirida y sin imponer períodos de carencia ni valores diferenciales por preexistencias. Asimismo, deberá instrumentar la continuidad bajo la modalidad de afiliación directa, permitiendo al actor optar por cualquiera de los planes que la entidad comercialice al público en general -incluido el Plan SanCor 3000, en caso de encontrarse disponible bajo dicha modalidad- y determinar la cuota correspondiente de conformidad con las pautas establecidas por el art. 6 de la Resolución 163/2018, informando de manera clara, detallada y verificable los parámetros empleados para su cálculo.

Asimismo, teniendo en cuenta que la continuidad de la afiliación tiene por finalidad inmediata evitar la interrupción del tratamiento oncológico que atraviesa el hijo menor del accionante, corresponde ordenar a la demandada que garantice la cobertura integral de las prestaciones, prácticas, controles y





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

medicación que aquel requiera con motivo de dicha patología, conforme las indicaciones de sus profesionales tratantes y en los términos de la normativa aplicable.

XII.- Que en cuanto a las costas, corresponde imponerlas a la demandada vencida, de conformidad con el principio objetivo de la derrota establecido por el art. 68, primer párrafo, del CPCCN.

Ello así, pues si bien la acción prospera parcialmente en los términos expuestos, la pretensión sustancial del amparista -dirigida a obtener la continuidad de la afiliación y de la cobertura de salud de su grupo familiar, así como a garantizar la atención integral del tratamiento oncológico de su hijo menor- ha sido acogida. Y la circunstancia de que no se reconozca el derecho a mantener indefinidamente las condiciones económicas propias del convenio corporativo no justifica apartarse de aquella regla, toda vez que fue la interrupción de la cobertura dispuesta por Sancor Salud y la falta de adecuada instrumentación del régimen de continuidad previsto por la normativa aplicable lo que obligó al actor a promover la presente acción para obtener la tutela de sus derechos.

XIII.- Que, por último, cabe expedirse por los honorarios de los profesionales que intervinieron como patrocinantes del actor, parte vencedora en estos autos. A este respecto, corresponde señalar que en virtud de la observación parcial formulada por el Poder Ejecutivo Nacional al art. 64 de la nueva ley de honorarios n° 27.423 (B.O. del 22/12/2017), Decreto n° 1077/17 B.O. 21/12/17, la regulación de los estipendios de los profesionales se efectuarán conforme las normas contenidas en la nueva ley de honorarios, en razón que sus trabajos se cumplieron con posterioridad a la entrada de la vigencia de la dicha ley.



En ese sentido, el art. 48° de la Ley 27.423 establece que “Por la interposición de acciones de inconstitucionalidad, de amparo, de hábeas data, de hábeas corpus, en caso de que no puedan regularse de conformidad con la escala del artículo 21, se aplicarán las normas del artículo 16, con un mínimo de veinte (20) UMA”.

Por su parte, el art. 16° de dicha norma establece que “Para regular los honorarios de los profesionales intervinientes se tendrá en cuenta lo siguiente: a) El monto del asunto, si fuera susceptible de apreciación pecuniaria; b) El valor, motivo, extensión y calidad jurídica de la labor desarrollada; c) La complejidad y novedad de la cuestión planteada; d) La responsabilidad que de las particularidades del caso pudiera derivarse para el profesional; e) El resultado obtenido; f) La probable trascendencia de la resolución a que se llegare, para futuros casos; g) La trascendencia económica y moral que para el interesado revista la cuestión en debate”.

Asimismo, en su última parte señala que “Los jueces no podrán apartarse de los mínimos establecidos en la presente ley, los cuales revisten carácter de orden público”.

A este respecto, deberá tenerse presente que de acuerdo a lo dispuesto por la Resolución SGA Nro. 1352/2026 la Corte Suprema de Justicia de la Nación fijó el valor de la UMA (Unidad de Medida Arancelaria), la cual asciende a \$ 98.112 a partir del 1° de abril de 2026 (conf. Acordada 12/2026).

Sentado lo anterior, cabe señalar que el presente proceso carece de un contenido patrimonial inmediato que deba ser tomado como base regulatoria. Por tal razón, a los fines regulatorios, deben considerarse el conjunto de pautas establecidas en los incisos “b” a “g” del citado art. 16. En este sentido y frente a la impronta establecida por la normativa de aplicación, cabe traer al presente lo resuelto por la Cámara Federal de Apelaciones de Salta in re: “Martearena,





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

Julia Angélica c. Pami s/Amparo” en Expte. FSA n° 38281/2018, del 30/10/2019” en el que decidió reducir los honorarios fijados por la primera instancia y en el que hace clara mención a la contradicción que a continuación se transcribe: “...Es decir, que mientras por un lado la ley fija un mínimo arancelario y prohíbe a los jueces apartarse del mismo, por otro los faculta a ponderar pautas generales en base al caso concreto cuando el asunto no fuera susceptible de apreciación pecuniaria. Esta aparente contradicción debe ser superada a través de la interpretación armónica de ambas disposiciones, teniendo siempre en miras el derecho de propiedad del deudor y el del acreedor a una justa retribución. Por ello, en aquellos casos en que el mínimo arancelario no guarda simetría con las restantes pautas del art. 16, en detrimento de la garantía constitucional de razonabilidad, los honorarios deben ser fijados conforme al prudente arbitrio judicial, en concordancia con lo establecido por el art. 1255 2° párrafo del CCC.”.

Así las cosas, teniendo en consideración la labor desplegada por los profesionales intervinientes durante el trámite de la acción y el trámite de la cautelar resuelta el 19/03/2026, el resultado obtenido, la importancia, cantidad y extensión de las presentaciones efectuadas, el carácter en que actuaron, como también el valor de la UMA vigente a esta fecha, corresponde regular los honorarios profesionales de los Dres. Federico Gabriel Lostia y Esteban Nieva Haro en la suma de \$ 686.784 (pesos seiscientos ochenta y seis mil setecientos ochenta y cuatro con 00/100 ctvos.) para cada uno, equivalente a siete (7) UMA, al resultar la parte actora vencedora en el presente proceso.

El pago será definitivo y cancelatorio únicamente si se abona la cantidad de moneda de curso legal que resulte equivalente a la cantidad de UMA contenidas en la presente regulación, según su valor vigente al momento del pago, conforme lo dispone el art. 51 de la norma arancelaria, debiendo ser



abonado por la condenada en costas dentro de los diez (10) días de quedar firme la presente, conforme lo establece el art. 54.

Finalmente, déjase establecido que al monto de honorarios deberá adicionarse el IVA correspondiente en caso de que los profesionales revistan la condición de responsables inscriptos frente a dicho tributo.

Así, en mérito a todo lo expuesto,

RESUELVO:

I.- HACER LUGAR parcialmente a la acción de amparo promovida en autos y, en consecuencia, **ORDENAR** a la Asociación Mutual Sancor Salud, que inmediate de notificada de la presente, mantenga la afiliación del Sr. Federico Javier Del Cura y de su grupo familiar, reconociendo la antigüedad adquirida y sin imponer períodos de carencia ni valores diferenciales por preexistencias. Asimismo, deberá instrumentar la continuidad bajo la modalidad de afiliación directa, permitiendo al actor optar por cualquiera de los planes que la entidad comercialice al público en general -incluido el Plan SanCor 3000, en caso de encontrarse disponible bajo dicha modalidad- y determinar la cuota correspondiente de conformidad con las pautas establecidas por el art. 6 de la Resolución 163/2018, informando de manera clara, detallada y verificable los parámetros empleados para su cálculo.

II.- ORDENAR a la Asociación Mutual Sancor Salud que garantice la cobertura integral de las prestaciones, prácticas, controles y medicación que requiera el menor U.D.C.P. con motivo de su patología oncológica, conforme las indicaciones de sus profesionales tratantes y en los términos de la normativa aplicable.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE SALTA 2

III.- IMPONER las costas a la demandada, de conformidad a lo establecido en el Punto XII de los considerandos.

IV.- REGULAR los honorarios profesionales del Dr. Federico Gabriel Lostia, por la labor desarrollada en el trámite del juicio principal, en la suma de \$ 686.784 (pesos seiscientos ochenta y seis mil setecientos ochenta y cuatro con 00/100 ctvos.), equivalente a siete (7) UMA, con más el correspondiente IVA en caso de revestir el letrado la condición de responsable inscripto frente a dicho tributo, los que deberán ser abonados por la condenada en costas, dentro del plazo de diez (10) días a contarse de la notificación de la presente.

V.- REGULAR los honorarios profesionales del Dr. Esteban Nieva Haro, por la labor desarrollada en el trámite del juicio principal, en la suma de \$ 686.784 (pesos seiscientos ochenta y seis mil setecientos ochenta y cuatro con 00/100 ctvos.), equivalente a siete (7) UMA, con más el correspondiente IVA en caso de revestir el letrado la condición de responsable inscripto frente a dicho tributo, los que deberán ser abonados por la condenada en costas, dentro del plazo de diez (10) días a contarse de la notificación de la presente.

VI.- MANDAR se copie, registre y notifique.-

jcz

