



Poder Judicial de la Nación

CAMARA FEDERAL DE CORDOBA - SALA A

AUTOS: "G., M, B c/ SANCOR SALUD s/AFILIACIONES"

///doba, 10 de junio del año dos mil veintiseis

Y VISTOS:

Estos autos caratulados: "G.M.B. c/ SANCOR SALUD S/ AFILIACION" (Expte. N° 13973/2023/CA2), venidos a conocimiento de este Tribunal en virtud del recurso de apelación interpuesto por el letrado apoderado de la demandada en contra de la resolución de fecha 16 de septiembre de 2025 dictada por el señor Juez Federal de Bell Ville que, en lo pertinente dispuso: "... I) Acoger la acción de amparo articulada por G. M. B., en contra de ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD y ordenar que, de manera inmediata y efectiva, proceda a reincorporarla como afiliada al Plan 4000 (sin coseguro), abonando desde dicho momento el monto de la cuota mensual autorizada por la autoridad de aplicación (SSS) para todos los afiliados a dicho plan, tomando como base la que venía abonando en conjunto con su esposo antes del incremento abusivo sin más condiciones previas ni carencias de ningún tipo, bajo apercibimiento de comunicar a la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, en caso de incumplimiento, entre otros. II) Imponer las costas a la parte demandada perdedora (art. 14 de la ley N° 16.986 y art. 68 del C.P.C.C.N.). ...".

Y CONSIDERANDO:

I.- Llegan los presentes autos a conocimiento y decisión de este Tribunal en virtud del recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la demandada en autos, en contra de la resolución de fecha 16 de septiembre de 2025 dictada por el señor Juez Federal de Bell Ville, cuya parte pertinente fue transcripta precedentemente.

II.- Se queja la recurrente, por cuanto sostiene que en el decisorio en crisis, el magistrado de grado incurrió en fundamentación aparente por diferentes cuestiones. Refiere que desecha, con arbitrariedad y apartándose de toda normativa legal- prueba que resulta conducente y fundamental para resolver la cuestión planteada en autos. También se aparta de la normativa legal vigente, la cual no cuestiona ni declara inconstitucional. Señala que el magistrado de grado reconoce y tiene por probado que

Fecha de firma: 10/06/2026

Alta en sistema: 11/06/2026

Firmado por: MIGUEL VILLANUEVA, SECRETARIO DE CAMARA

Firmado por: EDUARDO DANIEL AVALOS, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: GRACIELA MONTESI, PRESIDENTE

Firmado por: LILIANA NAVARRO, JUEZA DE CÁMARA



#37817000#500211965#20260506131805399

la Sra. G. era beneficiaria de su representada mediante el contrato corporativo existente entre SANCOR SALUD y COYSPU. También tiene por acreditado que dicho contrato fue resuelto, por lo que la actora dejó de ser beneficiaria del mismo. Por otro lado, sin sustento alguno y de forma auto contradictoria, sostiene que “supuestamente” no se habría notificado de la resolución del contrato a la Sra. G. Señala que el contrato corporativo era entre SANCOR SALUD Y COYSPU, entonces, el plazo de 60 días previsto en dicho contrato es para las partes que lo celebraron y NO con respecto a la Sra. G. Sostiene que sin perjuicio de lo expuesto resulta absurdo lo propuesto por el a quo en base a que, de conformidad a lo establecido por el Art. 4 de la Res. 163/2018, la única forma que la Sra. G. haya podido continuar como asociada de ASOCIACION MUTUAL SANCOR SALUD luego de la resolución del contrato corporativo, reconocido por el magistrado de grado, es que haya solicitado su continuidad dentro del plazo de 60 días de haber tomado noticia de dicha resolución tal cual lo establece la normativa vigente, caso contrario hubiese dejado de ser asociada de la demandada.

Pese a ello, la Sra. G. continuó siendo asociada de su representada de forma posterior a resolución del contrato corporativo. Así, siguió recibiendo los servicios por SANCOR SALUD brindados, con las facturas correspondientes, pero no las abonó, y luego de producirse la resolución contractual por falta de pago de su parte, concurrió ante los estrados judiciales para que se convalide su pretensión de recibir un servicio prepago, pero abonando lo que quisiera y no lo que legalmente correspondería. Por ello, entiende que queda más que probado y desvirtuados de esta manera los argumentos sostenidos por el magistrado de grado.

Se agravia asimismo toda vez que el magistrado de grado desecha prueba fundamental para la resolución del proceso, precisamente la pericial contable, bajo el sustento, arbitrario y carente de toda fundamentación, de que se tomó como referencia el valor del plan SANCOR 4000 aplicable a la edad que tenía la actora al momento de su ingreso como asociada a la Asociación Mutual Sancor Salud, vigente para el mes de mayo de 2022, y que, conforme lo informado por la demandada a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en cumplimiento de lo establecido por el segundo párrafo del artículo 5 de la Resolución 2165/2021, se examinaron los aumentos a las cuotas que cobran las Entidades de Medicina Prepaga, autorizados en los términos del artículo 17 de la Ley 26.682, con vigencia entre el





Poder Judicial de la Nación

CAMARA FEDERAL DE CORDOBA - SALA A

01/06/2022 y el 01/12/2023, y que a partir de la aludida información, se calcularon los valores mensuales del plan SANCOR 4000 (v. Informe del Contador Público Juan Manuel Bolatti).

En ese orden, refiere que el monto facturado a la afiliada no coincide con los montos que según la planilla del perito corresponden con los autorizados entre el 01/06/2022 y el 01/12/2023 (en los términos del artículo 17 de la Ley 26.682) ya que en junio de 2022 sin convenio y con aumentos legales según la pericia le hubiera correspondido facturar la suma \$ 65.445,38 y Sancor Salud facturó \$ 47.991 a la señora G., M.B. y a su marido \$ 16.792. Si bien la función del perito es la de suministrar al magistrado elementos técnicos ajenos a su información jurídica, que se supone son del conocimiento de aquél y que, si bien no está obligado por los dictámenes periciales, tampoco debe dejarlos de lado sin fundar dicha oposición con razones valederas. Así, en autos ha quedado acreditado por el propio juzgador, que la Sra. G. era beneficiaria mediante un contrato corporativo que SANCOR SALUD tenía con COYSPU, por lo que entiende que dicho contrato se resolvió. Entonces, en virtud de la resolución del contrato corporativo del que era beneficiaria, corresponde que se aplique lo establecido por la Res 163/2018 – la cual se encuentra vigente y no ha sido declarada inconstitucional por el magistrado de grado.

En esa inteligencia, el valor de la cuota que tenía G. luego de la resolución del contrato corporativo y en virtud de la continuidad elegida, era la equivalente al de la cuota de ingreso que, al momento de la elección, se halle fijada para un nuevo ingresante situado en la franja etaria que corresponda a la edad que tenía el afiliado grupal o corporativo al momento de su afiliación originaria al plan del que proviene, con más las variaciones que por franja etaria le hubiesen correspondido conforme plan de afiliación directa hasta la edad de incorporación como afiliado directo.

Se agravia también de que, el juez de grado con una clara parcialidad y apartándose de las constancias de autos, tiene por probada, situaciones que no han sido acreditadas por la actora ni de ninguna otra forma. Sostiene que el contrato corporativo que su representada tenía con COYSPU, y del cual la actora era beneficiaria, establecía un descuento del 40% del valor de la cuota. Dicha situación no ha sido acreditada en autos por la actora ni tampoco surge del contrato corporativo obrante en autos y que el Juez tuvo por probado. Refiere que el magistrado de grado no solo que tuvo por probado “supuesto” porcentajes de descuentos que dice eran los que SANCOR SALUD aplicaba como consecuencia del contrato corporativo resuelto, sino que efectúa un “supuesto” cálculo, quien sabe en base a que, de lo que su representada debería haberle cobrado a la actora. En este sentido, sostiene que el magistrado de grado se aparta no solo de las funciones que le competen como juez, sino que también se aparta del

Fecha de firma: 10/06/2026

Alta en sistema: 11/06/2026

Firmado por: MIGUEL VILLANUEVA, SECRETARIO DE CAMARA

Firmado por: EDUARDO DANIEL AVALOS, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: GRACIELA MONTESI, PRESIDENTE

Firmado por: LILIANA NAVARRO, JUEZA DE CÁMARA



#37817000#500211965#20260506131805399

ordenamiento jurídico que establece el valor de la cuota que corresponde cobrar en casos como el de la actora en donde se resuelve el contrato corporativo del cual era parte (vide art. 6 Res. 163/2018 vigente conforme Resolución N° 2407/2023).

Finalmente, se agravia toda vez que el juez de grado – incurriendo en fundamentación solo aparente- impone las costas del proceso a cargo de la demandada.

En consecuencia, solicita se haga lugar al recurso de apelación, con costas. Cita jurisprudencia. Hace reserva del Caso Federal. -

Corrido el traslado de ley, la parte actora contesta agravios, escrito al cual me remito en honor a la brevedad.

Evacuada la vista por el señor Fiscal General, quedó la presente causa en condiciones de resolver.

III.- Previo a ingresar al tratamiento de los agravios vertidos, es preciso realizar una breve reseña de la causa en lo que aquí interesa.

Vemos así que con fecha 05/05/2023, compareció ante este Tribunal la señora G. ,M.B., de 69 años de edad, promoviendo acción de amparo contra ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD, con el objeto de que se ordene a la accionada reincorporarla como afiliada al Plan 4000 (sin coseguro), abonando desde dicho momento el monto de la cuota mensual autorizada por la autoridad de aplicación (SSS) para todos los afiliados a dicho plan, tomando como base la que venía abonando en conjunto con su esposo antes del incremento abusivo sin más condiciones previas ni carencias de ningún tipo. Refiere que junto con su difunto esposo, G.,O., (fallecido en enero de 2023), fue afiliada a SANCOR SALUD durante más de 18 años hasta fin del año 2022, y que se encontraba adherida al plan 4000, sin coseguro. La primera mitad del año 2022 se desarrolló sin mayores problemas hasta que el monto de la cuota mensual de su plan aumentó exponencialmente por lo que el mes de junio de 2022 aumentó a la suma de \$ 47.000, un 240 % más de lo que por Resolución N° 867/2022 el Ministerio de Salud de la Nación se había autorizado a las empresas de medicina prepaga, que era un aumento del 10%. Expresa que el incremento abusivo y arbitrario afectó el equilibrio entre las partes sin autorización de Superintendencia de Servicios de Salud, sin plazos mínimos para su análisis y con total desigualdad respecto de otras personas de su mismo grupo etario. Ante tal situación, intimó a la empresa mediante carta documento para que deje sin efecto el erróneo aumento, quien respondió la misiva refiriendo que aquel se justificaba en la finalización del convenio entre la prestadora y la MUTUAL DE ASOCIADOS A LA COOPERATIVA DE PROVISION DE OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS VIVIENDA Y CREDITO LIMITADA DE MARCOS

Fecha de firma: 10/06/2026

Alta en sistema: 11/06/2026

Firmado por: MIGUEL VILLANUEVA, SECRETARIO DE CAMARA

Firmado por: EDUARDO DANIEL AVALOS, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: GRACIELA MONTESI, PRESIDENTE

Firmado por: LILIANA NAVARRO, JUEZA DE CÁMARA



#37817000#500211965#20260506131805399



Poder Judicial de la Nación

CAMARA FEDERAL DE CORDOBA - SALA A

JUAREZ (MUTUAL COYSPU). Es decir, dejó de gozar de un descuento, y que si no estaba de acuerdo con los valores facturados era libre de solicitar la baja. Afirma que el Convenio con COYSPU invocado por la accionada establecía un descuento del 40%, por lo que el monto debería haber sido de \$ 19.600 aproximadamente, no de \$ 48.000. Cuenta que su marido también era afiliado a la empresa en el mismo plan 4000, sin coseguro, que gozaba del descuento por Convenio con COYSPU y que justamente de pagar \$ 14.000 pasó a pagar \$ 19.600 en junio de 2022 al cancelarse supuestamente esa rebaja, y que ese aumento si reflejaba un 40%, en cambio en su caso, la cuota de mayo 2022 de \$14.000 paso a \$ 48.000, haciendo que se tornara excesivamente onerosa y que no pudiera efectuar el pago. Al no haber obtenido respuesta ni verbalmente ante la sede ni por carta documento interpuso reclamo ante la Superintendencia de Servicios de Salud y COPREC (defensa al consumidor). Frente al requerimiento de estudios médicos en enero de 2023 tomó conocimiento de que la demandada había rescindido unilateralmente el contrato que las vinculaba por falta de pago, sin previa comunicación, situación que le provoca innumerables perjuicios, ya que el origen de la deuda proviene de un aumento injustificado. En virtud de ello, volvió a remitir carta documento a fin de que la reingresen al plan, aplicando el monto de la cuota autorizada por Superintendencia de Servicios de Salud, sin obtener respuesta por lo que interpone la presente acción. Solicita el dictado de una medida cautelar, ofrece prueba y formula reserva del caso federal.

Seguidamente, con fecha 17/05/2023 el Inferior en relación la medida cautelar, dispuso su rechazo y requirió a la demandada, informe circunstanciado acerca de los antecedentes y fundamentos de la medida impugnada de conformidad con el art. 8 de la ley de amparo.

Así las cosas, con fecha 08/06/2023 se presenta la demandada, ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD, contesta demanda, escrito al cual me remito en honor a brevedad.

Seguidamente, con fecha 07/07/2023 se provee la prueba y se intima a la accionada a acompañar en el plazo de cinco (5) días de notificada, la documental relativa a los antecedentes administrativos de pago, facturación y baja de la Sra. G., M, B, en especial las facturas de la cuota de afiliada correspondientes a los meses de marzo, abril y mayo de 2022. Asimismo, con fecha 12/09/2023, se solicita a COYSPU que envíe al Tribunal los Anexos del convenio con SANCOR SALUD donde constan los porcentajes de descuentos en el pago de las cuotas de los afiliados de SANCOR SALUD, quien informó a través de su cdor. Martín Donatti que deberían constar en los



registros de SANCOR. En virtud de ello, con fecha 10/10/2023 se requirió a SANCOR SALUD que acompañe digitalmente el Anexo del Convenio con COYSPU, lo cual no se cumplimentó.

Con fecha 20/12/2023 el perito contador oficial acompaña el dictamen del cual se corre traslado a las partes por el término de ley. Clausurada la etapa probatoria, con fecha 11/06/2024 el Inferior dictó resolución sobre el fondo de la cuestión debatida, la que fue recurrida por la demandada, motivo de estudio de este Tribunal.

IV.-De acuerdo a la reseña que antecede, la cuestión a resolver se circunscribe a decidir la procedencia o no del recurso de apelación deducido por el letrado apoderado de la parte demandada.

En primer lugar, cabe manifestar que este Tribunal entiende que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, con la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.

En este sentido la Corte Suprema de Justicia de la Nación, sostuvo que la vida de las personas y su protección- en especial el derecho a la salud- constituye un bien fundamental en sí mismo que, a su vez, resulta imprescindible para el ejercicio de la autonomía personal (Fallos 323: 1339) También numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. Así, en la Declaración Universal de Derechos Humanos (párrafo 1º del art. 25) se afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del art. 12 del Pacto, los Estados Partes reconocen “el derecho a toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mientras que en el párrafo 2 del art. 12 se indican, a título de ejemplo, diversas “medidas que deberán adoptar los Estados Partes... a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”.

También la Corte Interamericana de Derechos Humanos en autos “Furlan, Sebastián y Familiares c. Argentina” del 31/8/2012, sostuvo que... “toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial...”.





Poder Judicial de la Nación

CAMARA FEDERAL DE CORDOBA - SALA A

V.- Aclarado ello, e ingresando a estudio de la presente causa, se desprende de la misma que no se encuentra controvertido en autos que la amparista estaba afiliada a Sancor Salud desde 11/2016, que poseía el plan SANCOR 4000 y el pago mediante débito automático (ver copia de la credencial digital de afiliación y el resumen de cuenta de la tarjeta de crédito de titularidad de O.G, esposo de la actora G.,M.B. obrante a fs. 3/4 y 5 de la documental adjunta a fs. 2/12 del sistema de causa judiciales Lex100).

Asimismo, aparece acreditado el reclamo pertinente efectuado por la actora ante Superintendencia de Servicios de Salud por aumento indebido de cuota de fecha 01/08/2022 (formulario de reclamo obrante a pag. 17/18 de la documental adjunta a fs. 2/12 del sistema de causa judiciales Lex100), la intimación a Sancor Salud mediante Carta Documento de fecha 05/07/2022 para que se deje sin efecto el incremento de cuota y acrediten el reintegro de las sumas percibidas ilegalmente (pag.15 de la documental adjunta a fs. 2/12 del sistema de causa judiciales Lex100). También se encuentra acreditado que por Carta Documento de fecha 22/07/2022, la demandada rechaza los argumentos de la misiva y niega el incremento exorbitante en virtud de la cláusula sexta del convenio celebrado con COYSPU por el cual refiere que gozaba de la bonificación en el valor del plan y que procedió a notificarle la finalización del convenio, haciéndole saber que desde el momento de la afiliación siempre le han sido imputados los valores aprobados por Superintendencia de Servicios de Salud.

Por su parte, del análisis de la prueba aportada por las partes y producidas en autos, surge acreditado con la prueba informativa que la Asociación Mutual Sancor Salud tenía un convenio para descuento por pago de cuotas mediante débito automático en tarjeta de crédito, el cual tuvo vigencia hasta 28/05/2022; tal como fuera alegado por la demandada. De la misma prueba también es posible concluir que los montos abonados por la actora y su marido (ver el resumen de cuenta de la tarjeta del mes mayo 2022 del señor O.G, quien abonó un total de \$ 29.699,00 en lo referente a "Sancor Salud débito automático" -ver fs.6 de la documental obrante a fs. 51/55 del sistema de causas judiciales Lex100-, facturación de Sancor por el periodo abril 2022, por O.G la suma de \$14.958,00 y por G., M.B (la actora) \$ 14.741,00 -ver fs.7/8 de la documental obrante a fs. 51/55; resumen de la tarjeta del mes de junio 2022 -ver fs. 3 de la documental obrante a fs. 51/55-, titular O.G, abonó \$ 28.254,00 en lo referente a "Sancor Salud débito automático", detalle de facturación de Sancor del periodo mayo 2022, por O.G la suma de \$14.230,00 y por G., M.B \$ 14.024,00 -ver fs. 5 de la documental obrante a fs. 51/55-; el correo electrónico remitido de la contaduría mutual COYSPU de fecha 08/08/2023 y la respuesta del contador Martín Donatti de fecha 08/08/2023) -ver fs. 1 de la documental obrante a fs. 51/55-.

Fecha de firma: 10/06/2026

Alta en sistema: 11/06/2026

Firmado por: MIGUEL VILLANUEVA, SECRETARIO DE CAMARA

Firmado por: EDUARDO DANIEL AVALOS, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: GRACIELA MONTESI, PRESIDENTE

Firmado por: LILIANA NAVARRO, JUEZA DE CÁMARA



#37817000#500211965#20260506131805399

Asimismo, a fs. 142/143 del sistema de causas Lex100 se agrega incorporado el Convenio celebrado entre COYSPU y SANCOR, titulado “CONVENIO EMPRESA PYMES ASOCIADOS GRAV., del cual surge que existió el Convenio y se preveía en su cláusula sexta que el contrato comenzará a regir a partir de su firma y su duración será ilimitada, no obstante lo cual pasado el primer año de vigencia, cualquiera de las partes podrá rescindir el presente notificando a la otra parte por medio fehaciente con no menos 60 días de antelación, sin que dicha rescisión genere para cualquiera de las partes derecho a indemnización alguna.

Es decir, del análisis de la causa y el derrotero de la documental adjunta se puede concluir que, como bien lo manifiesta el inferior, se tiene por acreditada la existencia del Convenio alegado por la demandada, el pago de las cuotas por la actora y la posibilidad de rescisión del convenio. Asimismo, se tiene por acreditado que en junio de 2022 la actora pasó de pagar \$ 14.024,00 a tener que pagar \$ 47.991, es decir se comprueba un excesivo aumento de la prepaga de un mes a otro solo en lo que a ella respecto dado que su marido, pese a tener el mismo plan, igual rango etario y mismo Convenio, se le aplicaba un aumento mucho menor.

Por su parte, de la pericial contable realizada en autos se desprende que el perito contador tomó como referencia que la actora ingresó a la Asociación Mutual Sancor Salud como asociada bajo el número 740485 con fecha 01/10/2016, con 62 años de edad y que el valor de cuota aplicable según la franja etaria informada en la lista de precios del plan SANCOR 4000 era de \$59.495,80 según lo informado por la demandada a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en cumplimiento de lo establecido por el segundo párrafo del artículo 5 de la Resolución 2165/2021. Que sobre dicho importe el perito aplicó los aumentos a las cuotas que cobran las Entidades de Medicina Prepaga, autorizados en los términos del artículo 17 de la Ley 26.682, con vigencia entre el 01/06/2022 y el 01/12/2023.

Bajo estos parámetros, es acertado lo dispuesto por el Aquo en cuanto entiende que el monto facturado a la afiliada (tal como se dejó plasmado anteriormente con la documental citada) no coincide con los montos que según la planilla del perito corresponden con los autorizados entre el 01/06/2022 y el 01/12/2023 (en los términos del artículo 17 de la Ley 26.682) ya que en junio de 2022 sin convenio y con aumentos legales según la pericia le hubiera correspondido facturar la suma \$ 65.445,38 y Sancor Salud facturó \$ 47.991 a la señora G.,M.B., es decir, entiendo que el perito parte de una base errónea al consignar como monto inicial los \$59.495,80, cuando debió ser lo que efectivamente se le cobraba a la actora, pero sin el descuento del 40% del que gozaba por el convenio entre Sancor Salud y COYSPU, pero tomando como base la antigüedad que detentaba la amparista.

Fecha de firma: 10/06/2026

Alta en sistema: 11/06/2026

Firmado por: MIGUEL VILLANUEVA, SECRETARIO DE CAMARA

Firmado por: EDUARDO DANIEL AVALOS, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: GRACIELA MONTESI, PRESIDENTE

Firmado por: LILIANA NAVARRO, JUEZA DE CÁMARA



#37817000#500211965#20260506131805399



Poder Judicial de la Nación

CAMARA FEDERAL DE CORDOBA - SALA A

En efecto, y si bien la función del perito es la de proveer al magistrado de elementos técnicos ajenos a su información jurídica, los jueces no se encuentran obligados a seguir las conclusiones de los mismos, por cuanto esta constituye un medio de prueba más dentro del proceso, que debe ser apreciado conforme las reglas de la sana crítica. En tal sentido, el dictamen pericial no ata la decisión del juzgador, quien puede apartarse de sus conclusiones siempre que funde razonadamente su decisión en otros elementos probatorios que obren en la causa, tal como acontece en autos.

Aclarado ello, cabe mencionar que el art. 15 de la Ley N° 26.682 establece que: *“El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1° 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 1° 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...”*.

En este sentido, cabe interpretar que la finalidad del mencionado artículo –garantizar al afiliado la continuidad de su vínculo con la prepaga con los derechos que derivan de la antigüedad en la afiliación- se satisface con el reconocimiento a aquel de la facultad de optar por “alguno” de los planes que tiene la prepaga para afiliados individuales, pero no se exige a las empresas de medicina prepaga que se permita a los afiliados la posibilidad de mantener su plan corporativo, como al que estaban asociados, pues ello presupone el mantenimiento del vínculo con la empresa que contrató.

Asimismo, y de manera más específica, la Resolución 163/2018 de la S.Salud, prevé en su artículo 1 que: “Todo usuario que reciba cobertura médico asistencial por parte de una entidad de medicina prepaga comprendida en el art. 1° de la Ley N° 26.682, bajo cualquier modalidad de contratación, sea en forma directa o indirecta , y que por cualquier circunstancia sufra un cambio en su condición de afiliación y/o tipo de cobertura, tendrá derecho a solicitar la continuidad en la entidad, en cualquiera de los planes que ésta comercialice al público en general, sin limitación alguna por tipo de plan y conservando su antigüedad, sin que se le pueda exigir valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes”. Asimismo, el artículo 4 establece: “Los usuarios adheridos por contratación grupal o corporativa en los términos del artículo 15 de la Ley N° 26.682 podrán solicitar su adhesión directa y la de su grupo familiar a cualquiera de los planes que comercialice al público en general la entidad de medicina prepaga contratada, en los siguientes casos (...) a) Cuando hubiese cesado su relación ~~laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con la entidad,~~ dentro de los



SESENTA (60) días hábiles del distracto; (...) conservarán la antigüedad que detentasen en la entidad, sin que tal afiliación directa pueda ser considerada como una nueva afiliación. No se les podrá exigir tampoco valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes”.

Además, el artículo 6 prevé: “el valor de la cuota aplicable será en dichos supuestos el equivalente al de la cuota de ingreso que, al momento de la elección, se halle fijada para un nuevo ingresante situado en la franja etaria que corresponda a la edad que tenía el afiliado grupal o corporativo al momento de su afiliación originaria al plan del que proviene”.

De lo expuesto, puede observarse que la entidad de medicina prepaga tiene la obligación de posibilitar el acceso de quien gozaba de esos servicios a uno de los planes que comercializa al público en general (arts. 1 y 4 de la Resolución N° 163/2018 citada), **manteniendo la antigüedad que detentaban en la entidad, sin valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes y a que el canon que deba abonar por esa afiliación se ajuste a las pautas dispuestas en la reglamentación (art. 6).**

A mérito de lo expuesto, cabe concluir que la normativa vigente no prevee, según el marco jurídico aplicable, que la entidad de medicina prepaga deba mantener la prestación de servicios en el plan corporativo en el que se encontraba la actora mientras mantenía el convenio con COYSPU en virtud de la relación de dependencia con su marido, limitándose la obligación de la demandada a posibilitar el acceso de quien gozaba de esos servicios a uno de los planes que comercializa al público en general (arts. 1 y 4 de la Res N° 163/2018 citada), manteniendo antigüedad, sin valor diferencial alguno por preexistencia y abonando un canon que se ajuste a las pautas de la reglamentación (art 6.). Finalmente cabe considerar que en caso de controversia deberá expedirse la Superintendencia de Salud.

En el caso concreto, hubo un accionar contrario a derecho respecto a la condición de la afiliada, constatándose un aumento abusivo por parte de la prepaga, pero por otro lado asiste razón de manera parcial a la demandada en cuanto a la variación de las condiciones del contrato que mantenía la afiliada, no pudiendo continuar en el mismo plan corporativo que tenía debido a la finalización del convenio a través del cual se mantenían unidas, por lo que, a modo de conclusión, entiendo que corresponde Reafiliar a la actora como una afiliada directa dentro de cualquiera de los planes que se comercialicen al público en general fijando como valor del mismo, el equivalente al de la cuota de ingreso que se halle fijada para un nuevo ingresante situado en la franja etaria que corresponda a la edad que tenía la afiliada al momento de su afiliación originaria.

Fecha de firma: 10/06/2026

Alta en sistema: 11/06/2026

Firmado por: MIGUEL VILLANUEVA, SECRETARIO DE CAMARA

Firmado por: EDUARDO DANIEL AVALOS, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: GRACIELA MONTESI, PRESIDENTE

Firmado por: LILIANA NAVARRO, JUEZA DE CÁMARA



#37817000#500211965#20260506131805399



Poder Judicial de la Nación

CAMARA FEDERAL DE CORDOBA - SALA A

VI.- Por último, en cuanto al agravio relativo a la imposición de costas en su contra, en nuestro sistema procesal, los gastos del juicio deben ser satisfechos -como regla general- por la parte que ha resultado vencida en aquél. Ello así en la medida que las costas a cargo de una determinada parte son el corolario o resultado del vencimiento habido (art. 68 1º parte del C.P.C.C.N.), y se imponen no como una sanción sino como resarcimiento de los gastos provocados por el litigio, expendios que deben ser reembolsados por el vencido

Respecto a lo sostenido cabe considerar que... *“Como norma general las costas deben imponerse al vencido porque quien hace necesaria la intervención del tribunal por su conducta, su acción u omisión, debe soportar el pago de los gastos que la contraparte ha debido realizar en defensa de su derecho”* (Colombo, Carlos - Kiper, Claudio, "Código Procesal Civil y Comercial de la Nación", Anotado y Comentado, Ed. La Ley, Bs. As. 2006, Tomo I, pág. 506).

En consecuencia, en honor a razones de justicia y equidad, quien con sus acciones da motivo a un juicio, debe cargar posteriormente con las consecuencias de su conducta, por lo que, no encontrando justificación suficiente para el apartamiento de la regla general considero que las costas deben imponerse a la parte vencida, correspondiendo la aplicación de la normativa general de costas a la perdedora en virtud del principio objetivo de la derrota dispuesto en el art. 68 primera parte del C.P.C.C.N., y art. 14 de la Ley 16.986.

VII.- Por todo lo expuesto corresponde hacer lugar parcialmente al recurso de apelación deducido por la parte demandada y en consecuencia, modificar parcialmente la resolución de fecha 16 de septiembre de 2025 dictada por el señor Juez Federal de Bell Ville, en cuanto: **a)** el modo en que se ordena la reafiliación de la amparista, la que conforme lo aquí expuesto, deberá ser reconociendo su antigüedad en la afiliación sin valor diferencial alguno en concepto de preexistencia, debiendo pagar la amparista, la cuota mensual correspondiente a un afiliado directo de la entidad de medicina prepaga, de acuerdo al plan que elija. **b)** Confirmarla en todo lo demás que decide y ha sido motivo de agravio.

Finalmente, las costas de esta alzada se imponen en el orden causado, atento a la naturaleza de la cuestión debatida (art. 68, 2da parte del C.P.C.C.N.), a cuyo fin se regulan los honorarios de la parte actora en el 30% de lo regulado en la instancia de grado, sin regulación a la representación jurídica de la parte demandada atento ser



profesional a sueldo de su mandante (conf. Art. 30 y 2 respectivamente de la Ley 17.423)

Por ello;

SE RESUELVE:

1) Modificar parcialmente la resolución de fecha 11 de junio de 2024 dictada por el señor Juez Federal N° 3 de Córdoba y en consecuencia ordenar la reafiliación de la amparista, reconociendo su antigüedad en la afiliación sin valor diferencial alguno en concepto de preexistencia, debiendo pagar la amparista, la cuota mensual correspondiente a un afiliado directo de la entidad de medicina prepaga, de acuerdo al plan que elija.

2) Confirmar en todo lo demás que decide y ha sido motivo de agravios.

3) Imponer las costas en esta Alzada en el orden causado, atento a la naturaleza de la cuestión debatida (art. 68, 2da parte del C.P.C.C.N.)

4) Regular los honorarios de la parte actora en el 30% de lo regulado en la instancia de grado, sin regulación a la representación jurídica de la parte demandada atento ser profesional a sueldo de su mandante (conf. Art. 30 y 2 respectivamente de la Ley 17.423)

5) Recordar la obligación por parte del Juzgado de primera instancia, en los términos de los arts. 10 y 14 de la Ley 23.898, de controlar -antes de archivar la causa -la inexistencia de deuda por Tasa de Justicia, en los casos en que las partes no se encuentran exentas, debiendo asimismo verificarse en los supuestos que corresponda, la integración total de dicha tasa una vez determinados los montos del juicio en la etapa de ejecución.

Fecha de firma: 10/06/2026

Alta en sistema: 11/06/2026

Firmado por: MIGUEL VILLANUEVA, SECRETARIO DE CAMARA

Firmado por: EDUARDO DANIEL AVALOS, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: GRACIELA MONTESI, PRESIDENTE

Firmado por: LILIANA NAVARRO, JUEZA DE CÁMARA



#37817000#500211965#20260506131805399



Poder Judicial de la Nación

CAMARA FEDERAL DE CORDOBA - SALA A

6) Protocolícese y hágase saber. Cumplido, publíquese y bajen.

GRACIELA S. MONTESI

EDUARDO AVALOS

LILIANA NAVARRO

MIGUEL H. VILLANUEVA

SECRETARIO DE CÁMARA

Fecha de firma: 10/06/2026

Alta en sistema: 11/06/2026

Firmado por: MIGUEL VILLANUEVA, SECRETARIO DE CAMARA

Firmado por: EDUARDO DANIEL AVALOS, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: GRACIELA MONTESI, PRESIDENTE

Firmado por: LILIANA NAVARRO, JUEZA DE CÁMARA



#37817000#500211965#20260506131805399