



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Buenos Aires, 27 de agosto de 2026

Vistos los autos: “Recurso de hecho deducido por la demandada en la causa S., L. M. y otro c/ Swiss Medical S.A. s/ prestaciones medicas”, para decidir sobre su procedencia.

Considerando:

Que los agravios del apelante han sido objeto de adecuado tratamiento en el dictamen del señor Procurador Fiscal, cuyos fundamentos esta Corte comparte y a los cuales se remite por razón de brevedad.

Por ello, de conformidad con lo concordemente dictaminado, se hace lugar a la queja, se declara procedente el recurso extraordinario y se revoca la sentencia apelada. Con costas por su orden en atención a la naturaleza de la cuestión. Vuelvan los autos principales al tribunal de origen para que se dicte un nuevo pronunciamiento con arreglo a lo expresado. Reintégrese el depósito. Remítase la queja. Notifiquese y devuélvase.

Recurso de queja interpuesto por **Swiss Medical S.A., la demandada**, representada por el **Dr. Agustín Aznar**, con el patrocinio letrado del **Dr. Rodolfo González Zavala**.

Tribunal de origen: **Cámara Federal de Apelaciones de Córdoba, Sala B.**

Tribunal que intervino con anterioridad: **Juzgado Federal n° 1 de Córdoba.**



Ministerio Público
Procuración General de la Nación

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

–I–

La Sala B de la Cámara Federal de Córdoba confirmó la sentencia de primera instancia que había hecho lugar a la acción de amparo iniciada por L.M.S. y E.J.A. en contra de Swiss Medical S.A. y ordenado a la demandada a hacer efectiva su continuidad como afiliados en el plan TEL4, sin carencias, o en otro con idénticas características y precio (resoluciones del 30 de noviembre y 29 de diciembre de 2021, incorporadas a fs. 70/77 y 94, respectivamente, del expediente principal digital, al que me referiré salvo aclaración).

Puso de manifiesto que no se encuentra controvertida la afiliación de carácter corporativo de los demandantes a Swiss Medical S.A.

Tuvo presente que persiguen que se les permita continuar afiliados a la demandada bajo las mismas condiciones que tenían antes del distracto laboral de L.M.S.

Sostuvo, en adhesión a la sentencia de primera instancia, que la previsión normativa de continuación de afiliación se traduce en un reconocimiento de derechos adquiridos por los usuarios del sistema.

Observó que se da un antagonismo entre el artículo 1 de la resolución SSS 163/2018, que reconoce al beneficiario el derecho a la antigüedad, al mantenimiento de la afiliación y a que no se le apliquen valores diferenciales, y el artículo 6 de la misma resolución, que dispone el cálculo de un nuevo valor de cuota, equiparándolo a un nuevo afiliado.

Consideró, por lo tanto, que resulta contradictorio fijar un nuevo arancel desconociendo los derechos del consumidor del servicio de salud, que son los que la normativa pretende resguardar.

–II–

Contra esa sentencia, Swiss Medical S.A. interpuso recurso extraordinario (fs. 95/103), que –contestado a fs. 106/115– fue denegado (fs. 117/118)

lo que motivó la interposición del presente recurso de queja (v. fs. 88/100 del cuaderno de queja digital).

Entiende que la sentencia se aparta, sin fundamento, de la aplicación de los artículos 15 de la ley 26.682 de Medicina Prepaga y 1, 4, 6 y 7 de la resolución SSS 163/2018, que regulan la continuidad de la afiliación en el caso de contratos corporativos.

Explica que los preceptos referidos consagran el derecho a la continuidad, mantienen la antigüedad, ordenan que no se pueda exigir un monto extra por enfermedades preexistentes y especifican que el afiliado continuará en alguno de los planes que la empresa comercialice al público en general.

En cuanto al valor de la cuota, advierte que es el equivalente al de la cuota de ingreso fijada para un nuevo ingresante, situado en la franja etaria que corresponda a la edad que tenía el afiliado corporativo al momento de la afiliación al plan del que proviene. Afirma que los demandantes gozan de una tutela reforzada en tanto se les calcula el valor de la cuota conforme a la edad que tenían cuando ingresaron al plan corporativo.

Agrega que, tal como sostuvo en la expresión de agravios sin que fuera tratado por la cámara, el precio de los planes corporativos es fijado de común acuerdo entre las empresas de medicina prepaga y los empleadores considerando el volumen de cápitales y otras ventajas comerciales, circunstancias que no se ponderan al ofertar al público en general.

Indica que no existe un vacío legal susceptible de ser solucionado mediante criterios discrecionales, subjetivos o de pura equidad, bastando en el caso con la subsunción a la norma o la declaración de inconstitucionalidad, lo que la cámara no hizo.

–III–

A mi modo de ver, el recurso es formalmente admisible desde que se controvierte la inteligencia de normas federales –ley 26.682 y resolución SSS



Ministerio Público
Procuración General de la Nación

163/2018– y la decisión del superior tribunal de la causa fue contraria a la pretensión que el recurrente fundó en ellas (art. 14, inc. 3°, de la ley 48; Fallos: 344:1744, “C., M.I.”).

–IV–

Según surge de los hechos no controvertidos del caso, los demandantes –L.M.S. y E.J.A.– son personas mayores, de 62 y 70 años en la actualidad y 60 y 68 años al momento del inicio de este conflicto, respectivamente. La señora L.M.S. se encuentra desempleada y el señor E.J.A. es jubilado.

L.M.S. trabajó en relación de dependencia en Telecom Argentina S.A. (Telecom) desde el 2 de agosto de 1999 hasta el 18 de agosto de 2020. En el año 2006, a la edad de 44 años, se afilió al plan corporativo TEL4 de Swiss Medical S.A. En el año 2015, a la edad de 62 años, se incorporó su cónyuge –E.J.A.– quien padece diabetes y requiere continuidad en el tratamiento (fs. 2/12 y 16/18). Relatan que al extinguirse la relación laboral entre la señora L.M.S. y Telecom, la empresa se comprometió a abonar las cuotas de afiliación a Swiss Medical S.A. de ambos hasta el 30 de noviembre de 2021. En agosto de 2021 los actores concurrieron a la demandada para gestionar la continuidad de la afiliación. Explican que se les ofrecieron diversos planes, pero no idénticos, algunos con obligaciones de abonar coseguros y otros sin dicha obligación, pero con cuotas de entre \$ 40.000 y \$ 55.000 mensuales, las que resultan excesivas y alcanzarían casi el 100% del haber jubilatorio.

En ese contexto, la cuestión federal consiste en determinar el alcance del derecho de continuidad de la afiliación de los demandantes en los planes médicos de la accionada establecido en la ley 26.682 de Medicina Prepaga.

En relación con el marco legal aplicable al caso, el artículo 15 de la ley 26.682 prevé 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 la entidad de medicina prepaga tiene derecho a la continuidad con su

antigüedad en alguno de los planes de la prepaga, si lo solicita en el plazo de sesenta días desde el cese de la relación con la empresa en la que se desempeñaba.

La resolución SSS 163/2018 reglamenta la continuidad de la relación contractual prestacional, entre otros, en los casos de contrataciones grupales o corporativas. En los considerandos de la resolución, explica que existen situaciones en las que, en el curso de la relación contractual entre el beneficiario y la empresa de medicina prepaga, “se produce un cambio en su condición de afiliación o tipo de cobertura que puede representarle el cese de su cobertura”. En esos casos, el usuario tiene derecho a solicitar la continuidad en alguno de los planes que la entidad ofrezca. “[N]o existe propiamente una nueva admisión sino un cambio en la modalidad de afiliación que puede, según los casos, traer inevitablemente aparejado un cambio de plan, con el fin de continuar gozando de cobertura por parte de la entidad de pertenencia”.

El artículo 4º de la referida resolución establece que los usuarios adheridos por contratación grupal o corporativa podrán solicitar su adhesión directa y la de su grupo familiar a cualquiera de los planes que comercialice al público la entidad de medicina prepaga, cuando hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con la entidad (inc. a). En ese caso, “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” (ver también art. 1 res. SSS 163/2018).

Es decir que ni el artículo 15 de la ley 26.682 ni la resolución SSS 163/2018 obligan a mantener exactamente las mismas e idénticas condiciones de afiliación del plan corporativo, ya que autorizan a la entidad de medicina prepaga a ofrecer los planes que comercializa al público general.

Sin embargo, una vez finalizada la relación entre el beneficiario y la empresa contratante del paquete corporativo, el sistema de la ley



Ministerio Público
Procuración General de la Nación

26.682 busca preservar la opción de continuidad de la afiliación de aquel y de su grupo familiar a través de una serie de resguardos básicos.

En primer lugar, el beneficiario y su grupo familiar mantienen la antigüedad en la afiliación (art. 15, ley 26.682 y decreto 1993/2011 y art. 4, res. SSS 163/2018). En consecuencia, tal como sostiene la resolución SSS 163/2018, las entidades de medicina privada no les podrán cobrar valor diferencial alguno por enfermedades preexistentes.

El reconocimiento de la antigüedad del plan original tiene consecuencias en la relación contractual que derivan de una interpretación integral de la normativa. Así, por ejemplo, si la relación tiene más de 12 meses, la entidad está impedida de fijar períodos de acceso progresivo o de carencia con relación a las coberturas que no forman parte del PMO (art. 10, decreto 1993/2011).

Por otro lado, en los casos de personas de 65 años, solo se les podrán aplicar los porcentajes de aumento de costos según riesgo autorizados para los distintos rangos etarios y, en caso de que tengan una antigüedad de 10 años en uno de los sujetos del sistema de medicina prepaga, no se les podrá aplicar aumento alguno en razón de la edad (art. 12, ley 26.682).

En segundo término, el artículo 5° de la resolución SSS 163/2018 dispone que las entidades de medicina prepaga deberán efectuar la incorporación del afiliado y de su grupo familiar al plan elegido, respetando lo estipulado en el último párrafo del artículo 26 del decreto 1993/2011, reglamentario del derecho a la equivalencia de la calidad de los servicios contratados durante toda la relación contractual (art. 26, ley 26.682).

La referida reglamentación postula que “[s]i por cualquier causa o razón se produce un cambio de prestador en la cartilla contratada por plan, el usuario tendrá derecho a seguir siendo asistido en el prestador de origen de su tratamiento hasta el alta médica de la patología existente en el momento de producirse el cambio, sin costo adicional alguno” (art. 26, decreto 1993/2011).

Es decir que el plan ofrecido a los beneficiarios debe respetar el derecho de equivalencia y no puede incluir como un costo adicional el del prestador en el que estaban siendo asistidos para el tratamiento de patologías existentes en el momento de producirse el cambio, hasta el alta médica.

Por último, el artículo 6° de la resolución SSS 163/2018 – vigente al momento de los hechos– establece que el valor de la cuota “será 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”. Esa cuota recién comenzará a devengarse una vez transcurridos 60 días desde el cese de la relación laboral, período durante el cual se deberá mantener a los beneficiarios la misma cobertura corporativa sin contraprestación alguna por parte de ellos (art. 7, res. SSS 163/2018). Esto implica que la cuota del nuevo plan ofrecido se determinará considerando la edad que tenían las personas al momento de la afiliación al plan corporativo y no la edad que efectivamente tengan al momento de requerir la continuidad del vínculo.

En suma, la normativa federal analizada no impone a la accionada mantener las mismas e idénticas condiciones de afiliación ofrecidas durante la vigencia del plan corporativo.

Por el contrario, el conjunto de reglas examinadas busca asegurar la posibilidad de que se produzca esa continuidad en alguno de los planes que la entidad de medicina privada ofrece al público en general, a través de la preservación de ciertas condiciones adquiridas en la relación inicial. De ese modo se establecen los siguientes resguardos básicos: i. reconocimiento de la antigüedad con todas sus consecuencias en la relación contractual, ii. la imposibilidad establecer valores diferenciales por preexistencia, iii. la prohibición de fijar en determinados casos períodos de acceso progresivo o de carencia con relación a las coberturas que no forman parte del PMO, iv. prohibición de establecer en determinados casos



Ministerio Público
Procuración General de la Nación

variaciones de cuota por rango etario, v. la equivalencia de la calidad de los servicios contratados, vi. la ponderación de la edad del afiliado al momento de la afiliación original.

Bajo ese prisma, corresponde examinar, en las circunstancias del caso, si los planes generales ofrecidos por la demandada ante el pedido de continuidad de la afiliación realizada por los actores, se ajustan a los lineamientos de la legislación federal aquí señalados.

–V–

Por consiguiente, entiendo que corresponde hacer lugar a la queja, declarar formalmente admisible el recurso extraordinario, dejar sin efecto la sentencia recurrida y devolver los autos al tribunal de origen a fin de que se dicte un nuevo pronunciamiento con arreglo a lo expresado.

Buenos Aires, 15 de agosto de 2024.

ABRAMOVICH Firmado digitalmente
COSARIN por ABRAMOVICH
Victor Ernesto COSARIN Victor Ernesto
Fecha: 2024.08.15
15:28:13 -03'00'