



Poder Judicial de la Nación  
JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

15807/2024

ARNOLDT, ROBERTO ANTONIO c/ MEDIFE ASOCIACION CIVIL  
s/AMPARO LEY 16.986

Córdoba,

**Y VISTOS:**

Estos autos caratulados: “**ARNOLDT, Roberto Antonio c/ MEDIFÉ ASOCIACIÓN CIVIL s/ Amparo Ley 16.986**” (Expte. N° FCB 15807/2024), traídos a despacho para resolver, de los que resulta:

1.- Que comparece en esta instancia el actor en el carácter de afiliado titular Plan Oro Plus e interpone la presente acción de amparo contra la empresa de medicina prepaga MEDIFFÉ ASOCIACIÓN CIVIL con el objeto de que se le ordene lo siguiente: 1) tramitar conforme a derecho la solicitud de continuidad de afiliación directa que fue presentada tempestiva y reiteradamente; 2) dejar sin efecto lo facturado indebidamente durante el período de franquicia legal que le confieren los arts. 15 l. 26.682 y 7, res. 163/18 y 3) poner a su disposición la totalidad de los planes de cobertura que comercializa al público en general para que pueda ejercer la elección que facultan los arts. 1 y 4, res. 163/18, sin adicionales por preexistencias y según el rango etario que prescribe el art. 6, res. 163/18 y sin omitir considerarse su antigüedad en el sistema a los efectos de lo previsto en el párrafo 2do, art. 12, ley 26.682, todo ello atendiendo a su particular situación de hipervulnerabilidad como adulto mayor afectado, entre otros padecimientos, por una grave enfermedad oncológica incluida en el listado de Enfermedades Poco Frecuentes y a la fecha desempleado con 68 años de edad.

Manifiesta que a partir del año 2001 fue empleado jerárquico de la empresa Net-Log S.A. y desde el 01.03.2012, beneficiario de la cobertura médica corporativa directa acordada entre aquella y Medifé. Agrega que fruto de una serie de desavenencias laborales su empleadora lo coloca en situación de despido indirecto a fines de julio 2024 y le advierte verbalmente que solicitará la baja de su cobertura médica corporativa a partir del 01.09.2024. Acompaña “Consulta de Aportes Afip” en la que se verifica la carencia de ellos desde el período 8/24 en adelante en razón del despido.

Informa que ante la advertencia de su ex empleadora y considerando la necesidad de dotar de continuidad al tratamiento de las diferentes enfermedades que



padece, inmediatamente y a principios de agosto del 2024 se comunicó con Medifé a los efectos de solicitar preventivamente la continuidad de cobertura. Menciona que su dependiente, Ximena Gambandé, le confirmó -según captura de pantalla de aplicación Whatsapp que acompaña- que efectivamente su empleadora había solicitado la baja de su afiliación corporativa directa luego del **31.08.2024** y que por ello, debía acercarme a “Atención al Cliente” de la empresa de medicina prepaga para acordar el modo de continuar afiliado.

Afirma que siguiendo estas instrucciones, con fecha **07.08.2024** se comunicó con el área correspondiente, desde la que le remitieron los formularios “SOLICITUD DE INGRESO” y “DECLARACIÓN JURADA DE SALUD” para ser completados y firmados en su carácter de solicitante. En ellos, declaró tanto su edad en ese momento, cuanto las patologías que presentaba. Agrega que el **16.08.2024**, recibe un correo electrónico con el asunto “RE: ABM// ARNOLDT ROBERTO ANTONIO” remitido desde casilla sucursal\_cordoba@medife.com.ar, en el que -omitiendo deliberadamente informarme sobre sus derechos a mantener sin costo y durante 60 días hábiles contados a partir del 01.09.2024, es decir hasta el 27.11.2024, idéntica cobertura a la que gozara en etapa corporativa (s/ art. 7, Res. 163/18 SSSalud) y a recibir información sobre la totalidad de los planes de cobertura ofrecidos por Medifé entre los que podría seleccionar el de su conveniencia para mantener su continuidad luego del lapso mencionado, (art. 4, inc. a, Res. 163/18 SSSalud)- se le cotiza, para ese mes de agosto y por el único plan ofrecido, una cuota mensual de \$975.262,20, la cual una vez agregado el IVA 10,5% correspondiente superaría largamente el millón de pesos mensuales. Ante ello y en medio de una profunda angustia dada la situación de cese laboral que tornaba imposible afrontar dicha suma y la consecuente amenaza que de manera inminente se cernía sobre su posibilidad de proseguir con tratamientos médicos imprescindibles, recurrió al asesoramiento legal, donde se le aconseja reiterar por vía fehaciente la solicitud de continuidad e intimar a Medifé a ajustar su comportamiento a derecho, lo que materializa mediante carta documento remitida el 29.08.2024 y donde, además de impugnar la ilegal declaración jurada de salud que se le compelió a signar, y haciendo expresa la decisión de ejercer su derecho a la continuidad en los términos de la normativa aplicable al caso gozando mientras tanto del plazo legal de cobertura sin cargo allí





Poder Judicial de la Nación

## JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

prevista, intimó y emplazó a que se le remitan a su correo electrónico personal las características y costos de los planes de cobertura que ofrece Medifé al público en general para poder así ejercer su opción fundado en información cierta, oportuna y pertinente.

Menciona que días más tarde recibe Carta Documento remitida por Medifé, con firma de Garattone María Emilia, quien invocando el carácter de letrada apoderada de aquella y luego de efectuar algunas negativas formales, le notifica que debe suscribir determinadas solicitudes, contratos de cobertura y reglamentos, pero sin responder su requerimiento respecto de informarle las opciones de contratación disponibles, ni mencionar la vigencia de su cobertura durante el lapso y solo limitándose a remitirme a su “Centro de Servicios al Cliente” en caso de tener alguna duda. Agrega que como sus dudas no habían sido evacuadas y según lo indicado por la apoderada de la demandada, el **10.09.2024** se comunica con Medifé, vía Whatsapp relatando la situación y reiterando su solicitud de cotización de los distintos planes disponibles, sin cómputo de preexistencias y según el rango etario correspondiente, todo al efecto de proseguir con la continuidad afiliatoria por vía administrativa una vez seleccionado el plan que mejor se ajustara a mis necesidades y posibilidades, recibe días más tarde como respuesta, factura N° 0152 – 03651781, correspondiente al mes de octubre 2024 y por valor de \$1.192.658 ,40 en concepto de “cuota correspondiente al período 10/2024” donde se incluye además la suma -presumiblemente correspondiente al mes de septiembre de \$1.130.481,90, totalizando así un total a pagar de \$ 2.323.140,30.

Entiende que aprovechando la asimetría de conocimientos y su posición dominante, Medifé pretende cobrar un monto que además de ilegítimo, exorbitante y que debe declararse carente de efectos, implica de hecho la expulsión del sistema del actor por imposibilidad de pago.

Cita normativa aplicable y jurisprudencia que apoya su pretensión. Ofrece prueba.

2.- Que requerido el informe del art. 8 de la ley 16.986, la demandada deja vencer el plazo sin contestarlo (ver proveído de fecha 27.12.24).

3.- Que con fecha 26.06.25 la parte actora desiste de la prueba oportunamente ofrecida, lo cual no fue objetado por la accionada. Previa notificación al Fiscal Federal, con **04.09.25** pasa la causa a despacho a los fines de resolver en definitiva.

**Y CONSIDERANDO:**



1.- Que conforme ha quedado trabada la litis, el Tribunal debe expedirse respecto al reclamo formulado por el accionante la cual tenía como propósito que la demandada tramite su solicitud de continuidad de afiliación directa, deje sin efecto lo facturado indebidamente durante el período de franquicia legal que le confieren los arts. 15 l. de la ley 26.682 y 7, de la Resolución 163/18 y ponga a su disposición la totalidad de los planes de cobertura que comercializa al público en general para que pueda ejercer la elección.

2.- Que de las constancias obrantes en la causa, surge que la afiliación del actor con la demandada era producto de un convenio corporativo con su ex empleadora. También ha quedado acreditado que dicha relación laboral cesó y como consecuencia de ello, su ex empleadora solicitó la baja de su cobertura médica corporativa a partir del **01.09.2024**. Finalmente, el amparista también acreditó que a comienzos del mes de Agosto de ese año, solicitó la continuidad del vínculo ante la empresa de medina prepaga demandada y para ello la cotización de los distintos planes disponibles, surgiendo a partir de allí los sucesos que motivan el presente reclamo judicial.

Que a los fines de resolver la cuestión planteada, corresponde analizar la normativa que resulta aplicable al caso. Así el **art. 15 de la ley 26.682** establece lo siguiente: *“Contratación Corporativa. 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. El sujeto comprendido en el artículo 1° de la presente ley debe mantener la prestación del Plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días”*.

Asimismo, la **Resolución N° 163/2018 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social – Superintendencia de Servicios de Salud**- dispone en su **art. 4:** *“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*





Poder Judicial de la Nación

## JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

*SESENTA (60) días hábiles del distracto; b. Cuando por cualquier motivo se resolviese el contrato que la empresa realizó con la entidad de medicina prepaga, dentro de los SESENTA (60) días hábiles de haber conocido el usuario dicho cambio. En ambos casos, 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”.*

Se advierte que, con las normas antes transcriptas, se busca resolver cuestiones que se les pueden presentar a los usuarios corporativos que accedieron a la cobertura médica de las empresas de medicina prepaga como consecuencia de su relación laboral, y que por algún motivo luego se produce un cambio en la condición de afiliación.

De la documentación incorporada y la postura asumida por la demandada en forma previa y durante la tramitación de la causa, resulta relevante poner en evidencia las siguientes conductas de la accionada que resultan contrarias a las disposiciones establecidas por la normativa vigente.

**DEBER DE INFORMACIÓN:** Se advierte de las comunicaciones entre el actor y diferentes empleados dependientes de la accionada, que la información requerida y que resultaba indispensable para definir el plan de cobertura médico asistencial correspondiente -cotización de todos los planes disponibles-, no fue brindada en forma cierta, clara y detallada. Cabe recordar que las empresas de medicina prepaga deben garantizar al usuario la disponibilidad de toda la información actualizada y necesaria para poder consultar y decidir (conf. Art. 7 de la ley 26.682 y, art. 4 de la ley 24.240 y 42 de la CN).

Repárese que esta falta de información no sólo tuvo lugar en las consultas previas realizadas por el actor a la demandada mediante la cual le requería que se le informe con mayor premura los planes de cobertura vigente a fin de que pudiera elegir el plan que mejor se ajustara a sus necesidades y posibilidades, sino que también se evidenció esa omisión durante este proceso judicial. En efecto, con fecha 26.03.25 contestando un emplazamiento formulado por el Tribunal, el apoderado de la demandada informa los valores de solo 3 opciones de planes que comercializaba Medifé (ORO450, PLA450 y BRO250), sin embargo luego con fecha 31.03.25 la parte actora denuncia la existencia de otros tres planes comerciales: “PLATINUM”; “MEDIFE+” y “BRONCE



CLASSIC”, siendo éste último el que mejor conforma los intereses del actor; todo ello, conforme información extraída y obrante en la página oficial de la Superintendencia [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/412258 - medife.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/412258_-_medife.pdf).

Surge así, que el actor se encontraba en una situación apremiante con motivo del vencimiento de la cobertura médica, que imponía a la demandada la obligación de brindarle la mayor información precisa a los fines de que pudiera ejercer la elección más adecuada, poniendo a disposición la totalidad de los planes que comercializaba al público en general, y no parcialmente con dilaciones como lo hizo Medifé.

#### **PRESENTACIÓN DE DECLARACIÓN JURADA DE SALUD:**

Conforme fuera señalado anteriormente, el actor que se encontraba adherido a una contratación corporativa informó dentro del plazo legal su voluntad de continuar con su afiliación en la misma empresa de medicina prepaga, conforme lo autoriza el **art. 15 de la ley 26.682** antes transcripto.

Asimismo, en el Anexo de la **Resolución 2400/2023 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD** que fija las “cláusulas mínimas que deberán contener los contratos de planes de cobertura integral entre entidades de medicina prepaga y usuarios”, en el **pto 4** establece: “DECLARACIÓN JURADA DE SALUD que “en caso de cambio de plan, en cualquier momento de la relación contractual, no se exigirá firma de declaración jurada de salud”. Asimismo, en el **pto. 15** del mismo Anexo señalado, bajo el título “CONTINUIDAD”, dispone que “*cuando, por cualquier circunstancia, se suscite una modificación en la condición de afiliación del usuario y/o en el tipo de cobertura contratada, éste podrá solicitar la continuidad en la entidad, en cualquiera de los planes comercializados al público en general, conservando su antigüedad, sin exigírsele valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, salvo aquellas que se hubieren determinado en su afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión. Si la normativa aplicable no indicase otro plazo, la solicitud de continuidad deberá realizarse dentro de los SESENTA (60) días de conocido por el usuario el cambio en la condición de afiliación y/o tipo de cobertura*”.

Surge de las normas transcriptas que la accionada no debió solicitarle al actor completar y firmar una nueva Declaración Jurada de Salud, dado que por tratarse de **un cambio de plan y no de una nueva afiliación**, no corresponde cotizar patologías o enfermedades preexistentes; se debía afiliar al amparista como afiliado directo, en el plan por él elegido, sin cobro de adicional alguno por preexistencia y respetando la antigüedad





Poder Judicial de la Nación

## JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

de ingreso (rango etario de ingreso). La obligación de la empresa de medicina prepaga en estos casos, es garantizar la **continuidad** del plan médico asistencial (y se reitera, no una nueva afiliación), **respectando la antigüedad** que los afiliados -antes corporativos- detentaban en la empresa de medicina prepaga y **no exigir tampoco valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes**.

En este aspecto, también la demandada incumplió la norma que le resulta aplicable.

### **COBRO DE LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 2024:**

De conformidad a lo ya expresado, pesaba sobre la demandada, la obligación de mantener la prestación del plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días establecido en el art. 15 de la ley 26.682 ya transcripto.

La demandada le facturó al actor la cobertura médica de los meses de septiembre y octubre 2024, lo que ha sido resistido por el amparista, quien considera que no debería exigírsele contraprestación alguna durante los 60 días mencionados (conf. arts. 15, ley 26.682 último párrafo, y 1 y 7, Res. 163/18).

En este aspecto, también resulta correcta la postura de la parte actora. Repárese que dicha situación se encuentra expresamente contemplada en la **Res. 163/2018 SSSalud** que fuera mencionada por la propia demandada en el escrito presentado con fecha 26.02.25.

En dicha normativa, luego de establecer cómo debe calcularse el valor de la cuota en los casos de continuidad del vínculo contractual, aclara en el **art. 7** que la cuota determinada recién comenzará a devengarse una vez transcurrido el plazo de sesenta (60) días hábiles previsto en el último párrafo del artículo 15 de la Ley N° 26.682 y aclara que durante dicho plazo, las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° 26.682 deberán 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 acuerde o hubiere acordado con el empleador o empresa contratante del plan corporativo. De lo expuesto, surge que la improcedencia de cobro al actor de la cuota correspondiente al plazo de los sesenta días establecido en el art. 15 de la ley 26.682.

En función de todo lo expuesto en el presente decisorio, y habiéndose verificado en autos que la conducta de Medifé Asociación Civil ha sido contraria a la normativa vigente, corresponde hacer lugar a la acción de amparo iniciada por R.A.A en contra de la empresa de medicina prepaga Medifé Asociación Civil y reconocer el derecho



que le asistía a exigir de la demandada tramitar en debido tiempo y forma su solicitud de continuidad de afiliación directa y poner a su disposición la totalidad de los planes de cobertura que se comercializaban al público en general a fin de poder ejercer la libre elección, respetando la antigüedad que el afiliado -antes corporativos- detentaba en la empresa de medicina prepaga y no exigir tampoco valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes. Asimismo, corresponde establecer que lo facturado durante el periodo de franquicia legal establecida en el art. 15 de la ley 26.682 resulta improcedente en función de lo establecido en la Res. 163/2018 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

4.- Que atento al resultado obtenido, las costas de esta instancia se imponen a la demandada (conf. Art 14 de la ley 16.986).

Respecto a los honorarios profesionales por las tareas realizadas por los letrados actuantes, la misma deberá realizarse conforme a las pautas establecidas en la ley N° 27.423. A tal fin, corresponde establecer que al tratarse de un proceso de amparo no susceptible de apreciación pecuniaria, dicha estimación deberá practicarse teniendo en cuenta las disposiciones del art. 48 (regulación en los procesos de amparos) el cual remite a las pautas de valoración generales para regular honorarios del art 16; art. 26 (honorarios del profesional de la parte vencida), art. 29 (etapas procesales).

Haciendo aplicación de tales pautas, corresponde regular honorarios de la asistencia jurídica de la parte actora y demandada, **Abog. María Laura Brondo y Agustín Garzón** en la cantidad de **23 y 20 UMA** por todo concepto, lo que equivale a la suma de \$ **1.743.147 y 1.515.780** respectivamente, a la fecha de la presente resolución. Establecer en que en la presente regulación se encuentra contemplada la calidad de apoderado de ambos letrados y no se encuentra computado el monto pertinente al I.V.A y deberá adicionarse el mismo según la condición tributaria que detente el profesional ante dicho impuesto.

Dichas sumas deberán ser abonadas por la demandada en función del régimen de costas dispuesto, en el plazo de diez (10) días hábiles, según el valor del UMA vigente al momento del pago (Conf. art. 51 ley 27.423). Establecer que 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 resolución regulatoria, según su valor vigente al momento del pago (Conf. art. 51 de la ley 27.423). En caso de incumplimiento, la demandada deberá abonar dichos honorarios calculados según el valor





Poder Judicial de la Nación

## JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

del UMA vigente al momento de saldar la deuda y adicionar el interés de la tasa pasiva promedio que publica el BCRA desde la fecha de este pronunciamiento hasta su efectivo pago, pero calculado sobre el importe en pesos fijado en el presente y no sobre el monto resultante de la actualización del UMA (pues se estaría incurriendo en una repotenciación de la deuda).

5.- Intimar a la demandada a abonar el importe correspondiente a la tasa de justicia en el término de cinco (5) días de notificada, bajo apercibimiento de aplicar multa del 50% de la tasa omitida y demás previsiones conforme al art. 11 de la ley 23.898. El pago deberá acreditarse luego su pago en la causa, generando un usuario a través de la plataforma digital disponible en la página web <https://pagosjudiciales.redlink.com.ar/#/auth/login>.

Por todo lo expuesto,

### **RESUELVO:**

1.- Hacer lugar a la acción de amparo iniciada por R.A.A en contra de Medifé Asociación Civil y reconocer el derecho que le asistía a exigir de la demandada tramitar en debido tiempo y forma su solicitud de continuidad de afiliación directa y poner a su disposición la totalidad de los planes de cobertura que se comercializaban al público en general a fin de poder ejercer la libre elección, respetando la antigüedad que el afiliado -antes corporativos- detentaba en la empresa de medicina prepaga y no exigir tampoco valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes. Establecer que lo facturado durante el periodo de franquicia legal establecida en el art. 15 de la ley 26.682 resulta improcedente en función de lo establecido en la Res. 163/2018 de la Superintendencia de Servicios de Salud.-

2.- Imponer las costas a la demandada (conf. Art 14 de la ley 16.986).-

3.- Regular los honorarios de la asistencia jurídica de la parte actora y demandada, **Abog. María Laura Brondo** y **Agustín Garzón** en la cantidad de **23** y **20** **UMA** por todo concepto, lo que equivale a la suma de **\$1.743.147** y **\$1.515.780** respectivamente, a la fecha de la presente resolución. Establecer en que en la presente regulación se encuentra contemplada la calidad de apoderado de ambos letrados y no se encuentra computado el monto pertinente al I.V.A y deberá adicionarse el mismo según la condición tributaria que detente el profesional ante dicho impuesto.

Dichas sumas deberán ser abonadas por la demandada en función del régimen de costas dispuesto y según el valor del UMA vigente al momento del pago



(Conf. art. 51 ley 27423). Establecer que el pago de los honorarios regulados en el presente decisorio 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 resolución regulatoria, según su valor vigente al momento del pago (Conf. art. 51 de la ley 27.423). En caso de incumplimiento, la demandada deberá abonar dichos honorarios calculados según el valor del UMA vigente al momento de saldar la deuda y adicionar el interés de la tasa pasiva promedio que publica el BCRA desde la fecha de este pronunciamiento hasta su efectivo pago, pero calculado sobre el importe en pesos fijado en el presente y no sobre el monto resultante de la actualización del UMA (pues se estaría incurriendo en una repotenciación de la deuda).-

4.- Intimar a la demandada a abonar el importe correspondiente a la tasa de justicia en el término de cinco (5) días de notificada, bajo apercibimiento de aplicar multa del 50% de la tasa omitida y demás previsiones conforme al art. 11 de la ley 23.898. El pago deberá acreditarse luego su pago en la causa, generando un usuario a través de la plataforma digital disponible en la página web <https://pagosjudiciales.redlink.com.ar/#/auth/login>.

5.- Protocolícese y hágase saber personalmente o por cédula electrónica a los interesados.-

