

**SALA ELECTORAL y de COMP.ORIGINARIA  
- TRIBUNAL SUPERIOR**

Protocolo de Sentencias

Nº Resolución: 23

Año: 2019 Tomo: 2 Folio: 420-432

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ - **- B., P. M. C/ ADMINISTRACION PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD ( APROSS) -**  
**AMPARO**

**SENTENCIA NÚMERO: 23**

En la ciudad de Córdoba, a los cuatro días del mes de Octubre de dos mil diecinueve, siendo las doce horas, se reúnen en Acuerdo Público los señores Vocales integrantes del Tribunal Superior de Justicia, doctores María Marta Cáceres de Bollati, Domingo Juan Sesin, Aída Lucía Teresa Tarditti, Luis Enrique Rubio, M. de las Mercedes Blanc G. de Arabel, Sebastián Cruz López Peña y Nancy Noemi El Hay, bajo la presidencia de la primera, a fin de dictar sentencia en estos autos caratulados **“B., P. M. C/ ADMINISTRACIÓN PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD ( APROSS) – AMPARO - RECURSO DE APELACIÓN”** (expte. SAC n.º 6481207), con motivo del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada, procediéndose a fijar las siguientes cuestiones a resolver:

**PRIMERA CUESTIÓN:** ¿Es procedente el recurso de apelación interpuesto?

**SEGUNDA CUESTIÓN:** ¿Qué pronunciamiento corresponde?

**A LA PRIMERA CUESTIÓN PLANTEADA LOS SEÑORES VOCALES DOCTORES MARÍA MARTA CÁCERES DE BOLLATI, DOMINGO JUAN SESIN, AÍDA LUCÍA TERESA TARDITTI, LUIS ENRIQUE RUBIO, M. DE LAS MERCEDES BLANC G. DE ARABEL, SEBASTIÁN CRUZ LÓPEZ PEÑA y NANCY NOEMI EL HAY, EN FORMA**

## **CONJUNTA, DIJERON:**

1. La representante de la parte demandada interpuso recurso de apelación (fs. 423/432vta.) en contra de la Sentencia n.º 119 (sic) dictada con fecha 3/8/2018 (sic) por la Cámara de Apelaciones con competencia en lo Contencioso Administrativo de Segunda Nominación de la ciudad de Río Cuarto, por la que se resolvió “*I. Admitir la acción de amparo promovida por P. M. B., DNI \_\_\_\_\_, en contra de la Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS), ante la conducta arbitraria e ilegalidad manifiesta que cercenó los derechos de la actora, al no haber brindado una adecuada y veraz información sobre la baja afiliatoria a la que unilateralmente procedió, la que resultó confirmada con la resolución dictada en el trámite N° 244381 032 09 3170. 2. Declarar abstracto el pedido de inconstitucionalidad de la Resolución N° 50/16 dictada por Apross. 3. Emplazar a Apross para que en el término de diez (10) días proceda a la reincorporación de P. M. B. al seguro de salud contratado por su madre P. C. P., DNI \_\_\_\_\_, como beneficiaria directa; o bien como afiliada directa voluntaria, siempre y cuando se cumplan los presupuestos y requisitos que exige la Ley 9277 para proceder en uno u otro sentido. 4. Costas a la demandada vencida, a cuyo fin se regulan los honorarios profesionales de los Dres. Ángel Horacio Medina y María Julia Medina en la suma de pesos veintinueve mil ochocientos veintiocho con ochenta centavos (\$29.828,80), en conjunto y proporción de ley” (fs. 412/422).*

El representante de la demandada impugnó la resolución atacada sobre la base de los agravios que se detallan a continuación.

### *a. Principio de reserva*

No se ha declarado la inconstitucionalidad de la ley de APROSS, por lo que el juez debe aplicar el derecho reglamentado mediante la Ley n.º 9277 (arts. 13, 14 y 15) que regula la relación entre ella y sus afiliados.

Sostiene que la actora, al suscribir el contrato que la liga como afiliada con su representada sin formular objeción alguna, consintió la Ley n.º 9277 y sus complementarias, y tal hecho constituye una conducta objetiva con entidad jurídica que se refleja en el mundo del derecho conforme la doctrina *nemo potest contra factum venire*, en virtud de la cual nadie puede ponerse en contradicción con sus propios actos.

Alega que en autos no existe vulneración al derecho a la salud, sino que la accionante abortó la cobertura de salud predispuesta por APROSS e incumplió la reglamentación.

Destaca que el incumplimiento de una ley que reglamenta una relación jurídica no se excusa con la proclamación de normas internacionales y constitucionales programáticas, menos sin una

declaración de inconstitucionalidad de la ley en cuestión.

Entiende que pretender encuadrar a su representada en el marco regulatorio de la Ley n.º 26682 de Medicina Prepaga se aleja de la realidad y del derecho, puesto que APROSS es un seguro de salud provincial sin fines de lucro que cumple una función social y que tiene un fin solidario sustentado con el aporte de todos sus afiliados.

El *a quo* aplica un régimen legal de carácter federal sobre una cuestión provincial no delegada a la Nación, lo cual es inaceptable.

Considera que el pronunciamiento es arbitrario e inconstitucional porque se aparta de las normas provinciales que debían aplicarse, siendo así, la condena impuesta violenta la autonomía provincial, la división de poderes, el principio de legalidad, el derecho de defensa en juicio, el debido proceso, y viola el principio de igualdad ante la ley, creando una norma general dentro de un proceso particular que sólo afecta a su representada.

Los artículos 12, 13, 14, 15, 37, 38 y 39 de la Ley n.º 9277 otorgan a APROSS facultades discrecionales de la administración, en la cual no tiene ninguna injerencia el particular, ni aún el Poder Judicial.

APROSS solo tiene el deber legal de obrar en la medida que es obligado por la normativa vigente y aplicable al *sub lite*. Su obrar no ha sido ni arbitrario ni ilegal, pues la negativa de la reafiliación se encuentra amparada por la Ley n.º 9277.

Entiende que la deliberada omisión de aplicar la normativa que correspondía deja en letra muerta una regla fundamental de nuestra organización jurídica en materia de salud.

*b. Principio de igualdad, equidad y solidaridad*

Cita el artículo 4 de la Ley n.º 9277 en cuanto reza que “*APROSS ajustará su actuación a los lineamientos de la política sanitaria definida por el Poder Ejecutivo Provincial observando la igualdad en el acceso a las prestaciones, el resguardo de la equidad en la asignación de recursos*”, y fundamenta el principio de solidaridad entre sus afiliados, que si bien no fue desconocido por el *a quo* al momento de resolver no guarda relación con lo que ordena, resultando contradictorio.

El fallo apelado viola la ley de APROSS y agravia al resto de los afiliados que sin acudir a la justicia se someten a su normativa vigente y acatan el menú prestacional.

*c. Desmedro de los derechos colectivos privilegiando un derecho individual*

Refiere que no existen derechos absolutos ya que todo derecho debe ser compatibilizado con el restante orden jurídico en el que se halla inserto (art. 174, Constitución Provincial [CP]).

La obligación de cobertura a cargo de APROSS no resulta directamente aplicable por la mera existencia de normas protectoras del derecho a la salud, sino que tal obligación está subordinada a la existencia de condiciones y circunstancias, y al cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios.

Afirma que el fallo cuestionado viola los derechos colectivos privilegiando uno individual

y APROSS tiene el deber de armonizar los derechos individuales con las conveniencias generales, de manera que no se conviertan en meras ilusiones y se produzca el colapso en el sistema de salud.

*d. Abuso del derecho*

Señala que el uso y abuso de la acción de amparo es una práctica frecuente, empleada a menudo por algunos afiliados que pretenden obviar los procedimientos administrativos, obteniendo privilegios y concesiones por vía judicial.

*e. Principio de congruencia*

Arguye que el juzgador ha violado el principio de congruencia, pues debió valorar los hechos y las circunstancias en su conjunto y no parcializado a los intereses exclusivos de un ex afiliado. Sentencias como la cuestionada tiene consecuencias negativas en el sistema general, terminan beneficiando a algunos olvidando el principio de solidaridad y equidad para el conjunto.

*f. Omisión de tratar la falta de acción y legitimación*

Refiere que el *a quo* ha omitido referirse a la falta de acción y legitimación, ya que no existe un acto u omisión con arbitrariedad e ilegalidad manifiesta de APROSS que, en forma actual e inminente, lesione derechos y garantías reconocidas a la actora, porque no existe vínculo entre ellas.

Los afiliados, tanto obligatorios como voluntarios -directos e indirectos- deben realizar aportes mensuales para acceder a la cobertura médica, presentar nueva documentación y demostrar la intención de seguir vinculada con APROSS. De ello se desprende que la calidad de afiliada se encuentra extinguida al alcanzar la mayoría de edad y no cumplir con sus obligaciones, en consecuencia, también se extinguió su legitimación procesal activa.

La calidad de afiliado es indispensable para requerir una prestación y tal requisito no se encuentra satisfecho en las presentes actuaciones.

Afirma que al no ser afiliada de APROSS el obligado a brindar la cobertura es el Estado Provincial a través del sistema público de salud, y, en su caso, el Estado Nacional como principal garante del derecho a la salud.

*g. Violación al principio de buena fe*

Indica que la accionante se encontraba en mora en el cumplimiento de las obligaciones a su cargo y que su representada no recibió pago alguno desde que se le dio la baja, careciendo de efecto jurídico el emplazamiento efectuado.

Aduce que existe un trato desigual frente a paridad de condiciones cuando ambas partes poseen obligaciones. APROSS debe brindar las prestaciones acorde a su nomenclador prestacional pero el afiliado debe realizar el pago de la contraprestación económica correspondiente, no pudiendo considerarse el depósito tardío como válido.

Compara la situación originada en el presente caso con lo que sucede cuando se deja de pagar, por la circunstancia que sea, la póliza de un contrato de seguro.

*h. Reflexión final*

Desarrolla el paradigma de los recursos escasos para explicar que, en el caso de las obras sociales o de los seguros de la salud -como APROSS-, los recursos son finitos, escasos y limitados al aporte de sus afiliados, y en muchos casos con ausencia por parte del Estado en la asistencia de los gastos y obligaciones extraordinarias.

Por otro lado, las obras sociales o seguros de salud provinciales deben sobrellevar la pesada carga de tratar de administrar sus recursos escasos frente a una lluvia de demandas múltiples y variadas que con el soporte judicial obligan a dar prestaciones que, en algunos casos, no deben otorgarse porque no se ha probado su eficiencia o porque se encuentran en etapa experimental en países subdesarrollados como el nuestro.

Concluye que se debe procurar un equilibrio y defender en primer lugar a los afiliados y luego a su representada, pero también corresponde reclamar de los Estados su indelegable compromiso con los ciudadanos (afiliados).

Solicitó se impongan las costas al actor a tenor de lo dispuesto por el artículo 130 del Código Procesal Civil y Comercial (CPCC), y realizó reserva del caso federal.

2. La Cámara actuante resolvió conceder el recurso de apelación planteado por la demandada, y elevar las actuaciones a este Alto Cuerpo (Auto n.º 274 de fecha 21/8/2018, fs. 434/435vta.).

3. Recibidos estos (f. 447) se corrió traslado a la parte actora (decreto del 12 de octubre de 2018, f. 450), quien lo evacuó solicitando el rechazo del recurso interpuesto y la imposición de costas a la demandada. Realizó reserva del caso federal (fs. 451/456).

Refutó que no puede considerarse la presentación de la demandada como un escrito de expresión de agravios, sino como una mera disconformidad con el fallo de primera instancia.

Postula que la Cámara resolvió en base a la normativa de APROSS, no aplicó la ley que regula las empresas de medicina prepaga sino que simplemente hizo una analogía del régimen de los afiliados voluntarios de la demandada con dicha figura para aplicar los principios dispuestos en la Ley de Defensa del Consumidor en la relación contractual controvertida.

El agravio referido a que el derecho colectivo de sus afiliados es dejado de lado en pos de un derecho individual y que se debe armonizar los derechos para evitar el colapso del sistema, deja en evidencia que el verdadero objetivo de la demandada es eliminar a la amparista de su listado de afiliados y dejar de afrontar el terrible gasto que significa la cobertura de la fibrosis quística que sufre.

Solicita el rechazo de los agravios referidos al abuso de derecho y violación al principio de congruencia en tanto su desarrollo no configura procesalmente un agravio.

Sobre la pretendida omisión de tratar la falta de legitimación, no la considera procedente ya que la baja de la afiliación es la base de la presente acción, siendo un hecho controvertido no puede APROSS ampararse en su accionar ilegítimo para rechazarla.

En relación al trato desigual que el recurrente atribuye a la resolución del *a quo*, afirma que nunca dejó de afrontar la obligación de pago a su cargo, la que se realizaba juntamente con la cuota de la afiliada titular (madre), tal como surge de las cuotas abonadas en los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2017 (todas posteriores a la causal de la baja afiliatoria).

Asimismo, ante la negativa a percibir los pagos a partir del mes de mayo de 2017, intimó a la demandada para la recepción de los mismos e inició acción de consignación a los fines de depositar las cuotas hasta el día de la fecha (“P., P. C. c/Administración Provincial de Seguro de Salud - Abreviado - Expte. 6606428”).

4. Corrida vista al Ministerio Público (fs. 457), se expidió el señor Fiscal Adjunto en el sentido que corresponde resolver el rechazo del recurso interpuesto (Dictamen E n.º 891 presentado con fecha 29/10/2018, fs. 458/464).

5. Dictado el decreto de autos (f. 465), y firme este (fs. 466/467), la causa se encuentra en condiciones de resolver.

## **6. LA APELACIÓN**

El recurso de apelación ha sido deducido en tiempo oportuno, por quien se encuentra procesalmente legitimada al efecto, lo cual habilita a este Tribunal a analizar si concurren los demás requisitos para su procedencia.

## **7. EL TEMA A DECIDIR Y LA SITUACIÓN VITAL DE LA ACTORA**

De conformidad con la reseña efectuada surge que la cuestión a decidir gira en torno a determinar si la demandada ha obrado con arbitrariedad o ilegalidad manifiestas al registrar la baja afiliatoria de P. M. B. -afiliada indirecta a cargo de su madre- bajo el argumento de haber alcanzado la edad de 21 años; y rechazar la posibilidad de su afiliación voluntaria por haber presentado la respectiva solicitud fuera del plazo reglamentado.

En esta instancia, la parte demandada se agravia por considerar que la Cámara de la instancia inferior -en cuanto ordenó a la demandada la reincorporación de la accionante como beneficiaria del seguro de salud- se apartó de la legislación provincial que la rige y de los términos aceptados por las partes al celebrar el contrato que las vinculaba.

Planteado en tales términos el asunto controvertido, cabe precisar que el examen de cualquier caso en el que esté de por medio la salud y, con ello, el derecho a la vida de las personas, debe partir necesariamente de un pormenorizado análisis de las circunstancias vitales particulares que subyacen al planteo a los fines de dotar de equidad a la solución que se procure, por cuanto lo justo judicial es lo que, acorde a derecho, resulta prudente y razonable en ese caso en particular y no a cualquier otro<sup>[1]</sup>.

---

[1] Cfr. Andruet, Armando S.; “Código de Ética Modelo para las Magistraturas Provinciales”, Revista de la Asociación de Magistrados y Funcionarios de la Justicia Nacional, n.º 25 (enero-julio), Bs. As., 2000, Regla 304, p. 86.

En materia de amparo -más que en ninguna otra- debe destacarse la importancia del caso concreto, de modo que las pautas primarias de procedencia de esta vía deben adaptarse a las particulares circunstancias de cada asunto, las que pueden ser determinantes de una variada solución.

De la documentación agregada en autos surge que P. M. B. (23 años) cuenta con el certificado de discapacidad emitido por la Junta Evaluadora de la Discapacidad de Río Cuarto (f. 10) a raíz de padecer de fibrosis quística, enfermedad congénita que afecta múltiples órganos pero cuyos principales síntomas repercuten en el aparato respiratorio.

Se acredita también que el diagnóstico que transita requiere de prestaciones de medicación y de rehabilitación y de un tratamiento que sea cumplido, pues el desarrollo de la enfermedad depende de la calidad del mismo, sin el cual, las personas afectadas por tal diagnóstico fallecen en tiempo reducido. El promedio de la expectativa de vida -dependiendo del tratamiento y del poder de penetrancia de la genética- es de 35 años.

A los fines de cumplir con el tratamiento prescripto para la enfermedad que la aqueja, toma enzimas pancreáticas, 15 comprimidos por día; vitaminas A, D, E y K, 2 comprimidos por día; un medicamento denominado RNASA cuya función es nebulizar por la noche; tobramicina nebulizante cada 12 horas (28 días si y 28 días lo suspende); ibuprofeno, 2 por día; azitromicina, 1 por día y distintos antibióticos, todos los días por lo menos 3 comprimidos de acuerdo a la necesidad; realiza 2 sesiones de kinesioterapia respiratoria y 4 nebulizaciones por día. Asimismo, requiere ser hospitalizada 3 veces por año para realizar un “*toilette*” bronquial con el objetivo de limpiar sus pulmones y mejorar su estado general. En cada internación recupera 3 kilos (cfr. fs. 243/245).

## **8. DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL**

Para dimensionar con justeza los contornos del caso, es oportuno recordar que la pretensión cuya cobertura se demanda a través de la presente acción persigue la protección de un derecho personalísimo fundamental consagrado a nivel internacional en numerosas normas convencionales (arts. VII y XI, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre [DADDH]; arts. 3, 8 y 25, Declaración Universal de Derechos Humanos [DUDH]; art. 12, inc. 1 y 2, ap. *d*, Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales [PIDESC]; art. 24, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [PIDCP]; y arts. 4, inc. 1; 5, inc. 1; 19 y 26, Convención Americana de Derechos Humanos [CADH]) que ostentan jerarquía constitucional, conforme lo dispuesto por el inciso 22 del artículo 75 de la Constitución Nacional (CN).

La propia CP reconoce a la salud como un bien natural y social que genera en los habitantes provinciales el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social (arts.19, inc. 1; 38, inc. 9 y 59).

A su vez, la protección constitucional y convencional del derecho cuya tutela se pretende, asume notable preeminencia cuando su titularidad es ejercida por una persona que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, como ocurre en el presente caso, en donde se discute la tutela estatal que corresponde reconocer a una persona con discapacidad acreditada.

Frente a ello, y a los fines de ponderar la responsabilidad social de la entidad demandada en autos, cabe repasar el artículo 27 de la CP puesto que garantiza un amparo especial a las personas que atraviesan por la situación de discapacidad, en tanto les reconoce expresamente el “*derecho a obtener una protección integral del Estado que abarque la prevención, asistencia, rehabilitación, educación, capacitación, inserción en la vida social*”.

Tal valoración debe ser efectuada también desde la perspectiva del derecho internacional, pues desde los inicios del Sistema Interamericano de Derechos Humanos se han reivindicado los derechos de las personas con discapacidad<sup>2[2]</sup> consagrando “*Un derecho internacional de los derechos humanos mucho más actualizado (...) [que] propone la primacía del ‘mejor derecho’, en el sentido de hacer prevalecer la regla más favorable al individuo (principio pro persona), sea esa norma doméstica o internacional. Este postulado es una directriz tanto de preferencia de normas como de preferencia de interpretaciones*”<sup>3[3]</sup>.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”)<sup>4[4]</sup> refiere que “*toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad*” (art. 18).

En tal línea, el Estado Argentino ratificó dos instrumentos internacionales de derechos humanos trascendentales para la cuestión debatida: la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad (CIEDPD) -incorporada por Ley n.º 25280-, con el objetivo de prevenir y eliminar todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad; y la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (CIDPD) -aprobada por Ley n.º 26378 e incorporada con jerarquía constitucional en los términos del artículo 75 inciso 22 de la CN por Ley n.º 27044-, a través de la cual se busca promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, así como promover el respeto de su dignidad inherente.

---

<sup>2[2]</sup> Cfr. Corte IDH, “Furlán”, Sentencia del 31/8/2012, párrafo 128 con cita del art. XVI de la Declaración de los Derechos y Deberes del Hombre.

<sup>3[3]</sup> Sagüés, Néstor Pedro; “De la Constitución Nacional a la Constitución ‘convencionalizada’”; JA 2013-IV; SJA 2013/10/09-53.

<sup>4[4]</sup> Aprobado por Ley n.º 24658, <http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-52.html>, entrada del 27/5/2019.



A través de ellos se considera personas con discapacidad a quienes tengan dificultades físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, las que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás (art. 1, CIDPD), y se reconoció como principios generales de la Convención el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual -incluida la libertad de tomar las propias decisiones-, la independencia de las personas (art. 3, inc. a) y la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad (art. 3, inc. c).

A través de ellos se refleja el fuerte compromiso político de nuestro Estado Nacional respecto de la adopción de medidas encaminadas a lograr la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, pues no sólo se ha asumido la obligación de amparar, promover y defender los derechos allí consagrados, sino la de asegurar su efectivo cumplimiento, a los fines que los mismos no constituyan una mera declamación. En particular, respecto a las mujeres con discapacidad se obligó a tomar todas las medidas pertinentes para asegurar su pleno desarrollo y adelanto, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales garantizadas en la Convención (art. 6, CIDPD).

En tales instrumentos, el Estado argentino se comprometió a reconocer a las personas con discapacidad el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de su condición; proporcionar los servicios de salud que necesiten específicamente como consecuencia de su discapacidad e impedir que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud por motivos de discapacidad (art. 25, CIDPD).

Respecto a ello, debe puntualizarse que más allá del deber de buena fe que pesa sobre los Estados partes en el cumplimiento de los tratados internacionales (*pacta sunt servanda*) y lo dispuesto por el artículo 27 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969; las obligaciones asumidas por el Estado Nacional a través de la CIDPD son plenamente aplicables en nuestro ámbito provincial (cfr. art. 4, inc. 5).

En el mismo sentido, a nivel nacional, la Ley n.º 22431 instituyó un sistema de protección integral de las personas con discapacidad tendientes a abarcar todos los aspectos relativos a su situación dentro de la sociedad, a los fines de conceder a quienes se encontraren en esas condiciones, franquicias y estímulos que les permitan, en la medida de lo posible, neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca.

Por su parte, la Ley n.º 24901 -"Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad"-, a cuyo sistema de prestaciones adhirió expresamente la Provincia de Córdoba (en los términos del art. 8 del Decreto nacional n.º 1193/98)<sup>5</sup>[5] , garantiza la cobertura integral de las necesidades y requerimientos de las

---

<sup>5</sup>[5] Cfr. Decreto n.º 1297/99 (BOP 22/07/1999) y Ley n.º 8811 (BOP 6/12/1999). Cfr. art. 8 del Dec. Regl. de la Ley n.º 24901.

personas con discapacidad, reconociendo a tal fin prestaciones preventivas (art. 14), de rehabilitación (art. 15), terapéuticas educativas (art. 16), educativas (art. 17) y asistenciales (art. 18), además de los servicios específicos que enuncia la ley a partir del artículo 19 y siguientes.

A través de la cláusula quinta del respectivo convenio de adhesión, el Estado Provincial se obligó a adoptar el “Nomenclador de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad”, aprobado por el Directorio del Sistema Único de Prestaciones Básicas, y procurar la atención de tales prestaciones a través de efectores públicos y privados debidamente registrados.

Estas reflexiones resultan suficientes para asumir la valoración e interpretación de los presupuestos que determina la procedencia de la acción judicial con el criterio más amplio posible en términos protectorios, pues no es posible perder de vista la perspectiva de la vulnerabilidad bajo cuyo prisma debe ensayarse cualquier salida jurisdiccional en aquellos casos en los que se encuentra en juego los derechos de una persona especialmente vulnerable<sup>6[6]</sup>, como es el sometido a juzgamiento de este Tribunal en donde quien acude a solicitar su resguardo se trata de una persona con discapacidad acreditada.

#### **9. LA DECISIÓN DE LA CÁMARA Y SU CORRECTA FUNDAMENTACIÓN**

La Cámara Contencioso Administrativa de 2.<sup>a</sup> Nominación de la ciudad de Río Cuarto, asumiendo el rol que compete a los jueces para llegar a soluciones acordes con la urgencia que reconoce la pretensión objeto del presente amparo, resolvió hacer lugar a la acción de amparo promovida y emplazar a APROSS para que proceda a reincorporar a la actora al seguro de salud contratado por su madre, como beneficiaria indirecta; o bien, como afiliada directa voluntaria, siempre que se cumplan los presupuestos y requisitos exigidos por la Ley n.º 9277 para proceder en uno u otro sentido.

Para adoptar tal decisión, repasó el contexto normativo aplicable en el presente caso, precisando -en primer lugar- los términos de la Ley n.º 9277, que conceptualiza las diversas categorías de afiliados admitidos por APROSS y establece el régimen jurídico vigente para cada uno de ellos; y los lineamientos de la Resolución n.º 50/16, invocada por la demandada para rechazar la afiliación de la amparista.

Seguidamente, consideró que resultan aplicables a la cuestión sometida a estudio los principios consagrados en la Ley de Defensa del Consumidor (buena fe, trato digno y no discriminatorio, información adecuada y veraz, y, en caso de duda, interpretación más favorable al consumidor) atento advertir que el régimen de afiliación del cual forma parte la actora -sistema de afiliación voluntaria- se asemeja a los sistemas de medicina prepaga, en los cuales se brinda un servicio de cobertura de salud contra el pago mensual de un aporte y/o contribución.

---

<sup>6[6]</sup> Cfr. 100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condiciones de Vulnerabilidad, sección segunda, 1.3.

Reflexionó que tal línea de pensamiento obliga a bregar por la protección del más débil ante la parte que goza de una mayor capacidad de negociación, sobre todo cuando se trata de la rescisión de un acuerdo que tiene por efecto la baja de una cobertura sanitaria respecto de una beneficiaria voluntaria indirecta, y con ese criterio, examinó la cuestión sometida a decisión.

En dicha tarea, luego de repasar los hechos afirmados, reconocidos y probados en la causa, y precisar que la materia controvertida se centra en la extemporaneidad de la presentación del pedido de incorporación como afiliada (indirecta o directa voluntaria) efectuado una vez transcurrido el plazo de 60 días invocados por APROSS, concluyó que esta cercenó los derechos constitucionales de la actora (derecho a la salud y a la vida) pues no logró acreditar que le brindó información, adecuada y veraz, sobre la baja afiliatoria a la que unilateralmente procedió, incumpliendo con ello, el compromiso que como ente de la seguridad social contrajo con su afiliada.

Por otro lado precisó que el argumento de la mayoría de edad invocado por APROSS tampoco es de recibo, atento que los afiliados voluntarios directos cuentan con la posibilidad de incorporar hijos/as mayores de edad y hasta los 26 años que no cursen estudios regulares oficialmente reconocidos (cfr. arts. 8, penúltimo párrafo y 9, inc. c, Ley n.º 9277). Bajo tal razonamiento, APROSS no habría tenido motivos para exigir a la amparista su reafiliación, puesto que con 21 años y sin que fuese necesario acreditar estudios regulares, aún podía seguir siendo beneficiaria indirecta de la afiliación de su madre, principalmente cuando las cuotas mensuales de enero, febrero, marzo y abril estaban pagas.

Por último, puntualizó que la excepción que marca el artículo 5 de la Ley n.º 26579, que en materia de previsión y seguridad social extiende la mayoría de edad hasta los 21 años, no resulta aplicable en nuestra provincia dado que la Ley n.º 9277 fija, a favor de los beneficiarios, la edad de 26 años.

## **10. ANÁLISIS DE LOS AGRAVIOS**

Repasadas las razones brindadas por la Cámara, corresponde abordar los agravios de la recurrente que resulten relevantes y conducentes para dirimir la controversia planteada<sup>7[7]</sup> dentro del encuadre convencional, constitucional y legal referenciado.

En relación a ellos, cabe advertir que más allá de la multiplicidad de planteos formulados, referidos a la supuesta vulneración de derechos y principios a los que la demandada tiene que someter su actuación, sus agravios deben traducir una posición clara y concreta puntualmente relacionados con las consideraciones del fallo que busca revocar, de modo tal que no coloque al tribunal en la necesidad de proceder a una revisión indiscriminada de la resolución objetada al tener que suplir la imprecisa actividad crítica de la impugnante.

En tal contexto, la lectura de lo argumentado por la recurrente denota una mera discrepancia con lo decidido en la instancia anterior, pues omite relacionar el esfuerzo

---

<sup>7[7]</sup> Cfr. CSJN, Fallos 278:271; 297:140; 301:970, entre muchos otros.

argumentativo desarrollado en cada principio y garantía enunciado en el escrito recursivo con la concretas razones brindadas en la sentencia para llegar a la decisión cuestionada, desatiende - además- las circunstancias fácticas expresamente acreditadas en la causa, e invoca normas o supuestos legales que no guardan relación alguna con la especial controversia planteada en autos.

No obstante ello, cabe considerar los agravios dirigidos a cuestionar la normativa legal aplicada al resolver, bajo la pretensión de haberse omitido la legislación provincial a la cual su representada debe someter su actuación, en tanto, planteados en los términos que lo fueron, resultan dirimientes para resolver la cuestión sustancial controvertida en esta instancia.

En tal sentido, alega que el juez debió aplicar el derecho reglamentado mediante la Ley n.º 9277 que regula la relación entre su representada y la actora y no el marco regulatorio de la Ley n.º 26682 de Medicina Prepaga.

No obstante tal afirmación, sostenida a lo largo de todo el escrito recursivo, la sola lectura de los términos de la resolución cuestionada permite adelantar que corresponde rechazar la argumentación presentada por la recurrente. Es que, tal como fue repasado en las consideraciones previas, las razones sustanciales empleadas en los fundamentos de la decisión impugnada, lejos de pasar por alto la legislación provincial invocada por APROSS (Ley n.º 9277 y Resolución n.º 50/2016), analizó las pruebas incorporadas en la causa al amparo de tales disposiciones (cfr. considerando 4, fs. 416/417), limitándose a interpretar dichas normas locales conforme los principios tuitivos consagrados por la Ley de Defensa del Consumidor (Ley n.º 24240), atento que la modalidad contractual mantenida entre las partes (sistema de afiliación voluntaria) haría presuponer la existencia de un típico contrato de adhesión entre ellas.

Frente a ello, el tribunal de primera instancia se limitó a confirmar la regla hermenéutica consagrada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) que debe guiar la interpretación de las cláusulas predispuestas en contratos de adhesión que tengan un sentido equívoco u ofrezcan dificultades para precisar el alcance de las obligaciones asumidas. Ha dicho, en tal sentido, que se debe privilegiar la noción que favorezca a quien contrató con aquél o bien, contra el autor de las cláusulas uniformes, remarcando que corresponde acentuar dicha pauta en los supuestos de contratos de prestación médica -como el que nos ocupa-, habida cuenta de la jerarquía de los valores que se hallan en juego: la vida y el derecho a obtener la conveniente y oportuna asistencia sanitaria<sup>8[8]</sup>.

Ante ello, la recurrente, lejos de cuestionar la interpretación realizada por el *a quo*, o bien aportar argumentos tendientes a descartar la categoría contractual de la relación jurídica que vincularía a las partes -la cual no aparece controvertida- se limitó a mencionar las facultades discrecionales reconocidas a APROSS por la Ley n.º 9277 (arts. 12/15 y 37/39), para rechazar el incumplimiento de su obligación asistencial, y agravarse de la pretendida aplicación del marco

---

<sup>8[8]</sup> CSJN, Fallos 317:1684.

regulatorio dispuesto por la Ley n.º 26682 de Medicina Prepaga, lo cual -por otra parte- no surge de tramo alguno de la resolución recurrida.

De tal modo, a los fines de sostener sus agravios ante esta instancia, insiste con el mismo argumento ya expuesto al presentar el informe del artículo 8 de la Ley n.º 4915 (cfr. fs. 67/76vta.), referido a que su representada sólo se ve obligada a obrar en la medida de lo dispuesto por la normativa vigente (Ley n.º 9277).

**10.a Régimen de afiliaciones voluntarias. Derechos de los afiliados. Beneficiarios obligatorios. Grupo familiar primario. Igualdad entre afiliados voluntarios y obligatorios. Arbitrariedad e ilegalidad manifiestas**

Fijada en tales términos la litis, la cuestión controvertida requiere determinar si la baja del beneficio dispuesta por APROSS, y el consiguiente rechazo de la reafiliación solicitada por la actora, encuentran debido fundamento en la normativa aplicable al supuesto de autos.

A esos fines, corresponde valorar los antecedentes acompañados conforme la legislación invocada por la demandada al justificar su proceder.

De la prueba documental adjuntada surge que frente al pedido concreto de la parte actora (beneficiaria indirecta a cargo de su madre, quien registra una afiliación voluntaria directa por incorporación colectiva) de ser reempadronada como afiliada de APROSS, la demandada rechazó tal posibilidad invocando que la solicitud fue presentada fuera del término, es decir, luego de transcurrido sesenta (60) días desde que operó la baja afiliatoria, invocando para ello lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley n.º 9277 y los términos de la Resolución n.º 50/16 dictada por el Directorio el 6/4/2016.

Para justipreciar las razones brindadas por la demandada, resulta conveniente remitirnos a los términos informados por la Sección de Afiliaciones de APROSS, oportunidad en la que dictaminó que *“El [día] 06-04-2016 el H. Directorio de la APROSS emitió la Resolución N° 0050/16 la suspensión por el término de noventa días (90), prorrogables por igual término las incorporaciones afiliatoria[s] que se efectúan en el marco del art. 8 inc A de la ley N° 9277, sin relación de dependencia y su grupo de beneficiarios ...(Se adjunta al dorso la misma). Ahora bien, según sistema informático la Sra. P., P. C. (N° 2-12888094-00) es [afiliada] voluntaria directa a través de la entidad ‘Soc de Mutuos Víctor Venetto’ Rio III desde el [día] 01-06-1999 a la fecha y sin baja afiliatoria. La misma tenía a cargo a su hija P. M. B., desde el día 01-06-1999 al 27-12-2016 en virtud de haber cumplido 21 años de edad. La titular solicita la afiliación voluntaria de su hija, la cual es estudiante, según certificado de alumno regular y también de acuerdo a lo manifestado padece enfermedad de Fibrosis quística. Este departamento no está facultado para acceder a la afiliación de la mencionada, en virtud de la normativa vigente, ya que la solicitud de incorporación está fuera de término, [o sea] pasaron más de 60 días entre la baja y el alta afiliatoria”* (cfr. fs. 7 y vta.).

No obstante ello, la lectura detenida de las disposiciones legales y reglamentarias invocadas en tal respuesta no permiten inferir que la misma constituya una derivación razonada ni coherente de la normativa aplicable. Damos razones.

En primer término, cabe referirnos a lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley n.º 9277 - expresamente citado en la decisión de la demandada- en cuanto clasifica el universo de afiliados voluntarios directos según la modalidad de su incorporación, distinguiendo entre quienes lo hacen de forma colectiva, es decir a través de una entidad determinada y legalmente constituida que adhiere conjuntamente a APROSS (inc. a), de quienes se incorporan de manera individual (inc. b).

Establece también que, en ambos supuestos, la prestación a cargo de APROSS se hará contra el pago mensual de los aportes y contribuciones -los que deberán ser superiores al ingreso promedio mensual de los montos recibidos por los afiliados obligatorios directos- establecidos periódicamente a través del Directorio, teniendo en cuenta las condiciones técnicas financieras y el resguardo de la equidad entre los aportantes obligatorios y los voluntarios.

Finalmente, luego de definir las particularidades de adhesión de cada grupo, determina que *“Una vez incorporados, los Afiliados Voluntarios Directos tienen los mismos derechos y obligaciones que los Afiliados Obligatorios Directos, salvo la restricción inicial y no permanente de prestaciones determinadas que establezca el Directorio de la APROSS, el goce del beneficio del artículo 17 de la presente Ley y la posibilidad de incorporar a las personas detalladas en el artículo siguiente. La restricción inicial y no permanente de prestaciones no resultará aplicable a quienes hayan sido afiliados obligatorios -directos o indirectos- durante un plazo igual o mayor de un (1) año corrido inmediato anterior a la solicitud de incorporación como Afiliados Voluntarios Directos, siempre y cuando se haya formalizado tal solicitud dentro de los sesenta (60) días corridos contados a partir de la baja como Afiliados Obligatorios”*.

De modo que, una vez incorporados, los afiliados voluntarios directos de APROSS (como la madre de la parte actora), independientemente de la modalidad de su incorporación, gozan de los mismos derechos y obligaciones que los afiliados obligatorios directos (regla general).

No obstante ello, surge también del mencionado artículo que tal igualdad, sentada entre los afiliados obligatorios y los voluntarios directos, se encuentra sujeta a las siguientes excepciones que rigen para estos últimos: 1) La restricción inicial y no permanente de prestaciones determinadas establecidas por el Directorio; 2) El beneficio del que gozan los afiliados obligatorios directos de ser asistidos temporalmente cuando cesan en sus funciones (cfr. art. 17, Ley n.º 9277); y 3) La posibilidad de incorporar beneficiarios voluntarios indirectos reconocida a los afiliados obligatorios en el artículo 9 de la Ley n.º 9277.

Finalmente, respecto a la restricción inicial y no permanente de prestaciones determinadas, establece que no serán aplicables a quienes hayan sido afiliados obligatorios (directos o indirectos) durante un plazo igual o mayor de un (1) año corrido inmediato anterior a la solicitud de incorporación como afiliado voluntario directo, *“siempre y cuando se haya formalizado tal*

*solicitud dentro de los sesenta (60) días corridos contados a partir de la baja como Afiliados Obligatorios” (art. 8, última oración del primer párrafo luego de la enumeración, Ley n.º 9277).*

De las precisiones brindadas por la demandada y del repaso efectuado de la normativa citada, se puede concluir, sin mayor esfuerzo interpretativo, que la señora P. C. P. (madre de la actora) es afiliada voluntaria directa de APROSS desde el 1/6/1999 en virtud de su incorporación colectiva.

Que en forma concomitante con su ingreso al sistema de la demandada y en virtud de lo dispuesto por el artículo 3 de la Ley n.º 9277 -en cuanto impone a APROSS la obligación de asegurar a sus afiliados (sean obligatorios o voluntarios) la incorporación de su grupo familiar primario- se admitió también como beneficiaria obligatoria indirecta de APROSS a su hija, P. M. B.

En relación a ello, cabe destacar que el artículo 7 de la normativa citada individualiza quiénes serán considerados integrantes del grupo familiar primario los fines de proceder a su incorporación obligatoria como beneficiarios indirectos de APROSS. En tal sentido determina que *“SON Beneficiarios Obligatorios Indirectos (...): c) Los hijos e hijas solteros menores de edad, no emancipados (...); d) Los hijos e hijas solteros mayores de edad y hasta los veintiséis (26) años que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos y que estén a cargo del Afiliado Obligatorio Directo” (art. 7, Ley n.º 9277).*

Asimismo resulta pertinente determinar que más allá de la expresa referencia a los “afiliados obligatorios directos” mencionada en la norma, lo cierto es que la enumeración allí contenida resulta, del mismo modo, aplicable al universo de afiliados voluntarios de APROSS, en tanto la propia legislación los equipara respecto al goce de los beneficios reconocidos una vez admitidos en su calidad de tal; y tal individualización se encuentra determinada en el capítulo de la ley relativo a los afiliados (capítulo II) y no surge del mismo, como tampoco del recorrido de toda la normativa analizada, referencia alguna que permita distinguir o suponer la existencia de algún criterio que sugiera discernir quiénes serán considerados integrantes del grupo familiar primario según se traten de afiliados obligatorios o voluntarios.

Sentado ello, surge que la actora pertenecía, y aún debiera hacerlo (23 años de edad), al grupo de afiliados obligatorios indirectos cuya cobertura de salud la demandada se encuentra obligada a cumplir, toda vez que, más allá de haber cumplido la edad de veintiún (21) años, se encuentra a cargo de su madre (afiliada voluntaria directa) y cursa estudios regulares oficialmente reconocidos, tal como ha quedado demostrado en las presentes actuaciones (fs. 265, 310 y 485).

De lo repasado se desprende que la demandada, al dar de baja a la afiliación de P. M. B. por haber cumplido la edad de veintiún (21) años, aplicó la legislación de manera sesgada y que tal proceder resultó deliberado, al demostrarse conocedora de la situación particular de la actora (alumna regular a cargo de la madre afectada por el diagnóstico de fibrosis quística, cfr. párrafo tercero de f. 7 vta.) y no obstante ello procedió a registrar la conclusión de la misma. Es que, si la

beneficiaria es alumna regular a cargo de la afiliada directa la mayoría de edad no constituye impedimento alguno para continuar recibiendo la cobertura de salud a cargo de la demandada.

En tal contexto normativo no se advierte de qué modo la decisión de dar de baja a la afiliación de la actora encontraría amparo en las disposiciones de la Ley n.º 9277, menos aún cuando no se ha invocado ni acompañado prueba alguna tendiente a acreditar el incumplimiento de los requisitos formales que hubiera establecido el Directorio de APROSS para mantener la afiliación (cfr. último párrafo del art. 7, Ley n.º 9277).

Esta última afirmación nos lleva a valorar también la supuesta omisión en la que habría incurrido la parte actora al solicitar el alta de su afiliación, conforme las razones brindadas en el dictamen elaborado por la Sección de Afiliaciones de la demandada y los agravios sostenidos en esta instancia.

En tal respuesta -frente al pedido formal de afiliación presentado por la actora- la demandada luego de repasar lo dispuesto en la Resolución n.º 50/2016, en cuanto resolvió suspender las incorporaciones voluntarias colectivas; que la señora P. C. P. es afiliada voluntaria directa por adhesión colectiva desde el 1/6/1999 con su hija a cargo hasta el 27/12/2016, y, que esta última es estudiante y padece de la enfermedad de fibrosis quística, concluyó que no resultaba posible proceder a su afiliación voluntaria por encontrarse fuera del término establecido por la normativa vigente, es decir *“pasaron más de 60 días entre la baja y el alta afiliatoria”* (f. 7vta.).

No obstante la afirmación categórica contenida en tal decisión y la expresa mención que la misma encontraría fundamento en la normativa vigente (sin realizar alusión precisa de la norma que regularía tal situación), corresponde advertir -una vez más- que dicha conclusión no encuentra fundamento alguno en la legislación invocada.

No debe perderse de vista que el plazo aludido, cuyo vencimiento fue expuesto como único argumento para rechazar la afiliación, se encuentra previsto -como fue mencionado precedentemente- para un supuesto que no guarda relación ni punto de conexión alguno con la situación fáctica planteada en autos.

Repárese que tal plazo, computado a partir de la baja de la afiliación obligatoria (ya sea directa o indirecta), se encuentra legislado en la Ley n.º 9277 como un supuesto de excepción a la restricción inicial y no permanente de prestaciones definidas por el Directorio de APROSS para la incorporación de los afiliados voluntarios directos. En tal sentido, el término señalado se encuentra regulado para que tal restricción no se aplique a quienes hayan sido previamente afiliados obligatorios durante un plazo igual o mayor a un año corrido inmediato anterior a la solicitud del alta como afiliado voluntario, y hayan requerido su afiliación dentro de los 60 días de operada la baja de la misma.

De modo que, el incumplimiento del tiempo mencionado como fundamento del rechazo afiliatorio de Paula podría haber sido invocado, eventualmente, para rechazar la pretensión tendiente a lograr la no aplicación de la restricción inicial y no permanente prevista en el artículo 8



de la Ley n.º 9277 para los afiliados voluntarios directos, pero no como una razón del rechazo aquí analizado, pues no es el supuesto para el cual se encuentra legislado.

Por otro lado, cabe reflexionar también que, si el rechazo de la afiliación dispuesto por APROSS hubiera sido fundamentado en la suspensión de las afiliaciones voluntarias por incorporación colectiva dispuesta por la Resolución n.º 50/16, la situación analizada tampoco quedaría comprendida en el supuesto allí previsto, menos aún cuando no se ha acreditado que el aplazamiento dispuesto por tal reglamentación (resuelto con fecha 6/4/2016 por el término de 90 días, prorrogable por igual plazo) se encontraba vigente al tiempo en el que la actora presentó la solicitud de su afiliación (5/5/2017, cfr. fs. 9 y vta. y 304).

Lo repasado hasta aquí y las actuaciones administrativas seguidas ante APROSS y acreditadas en estas actuaciones, resultan suficientes para determinar que la demandada ha incurrido en una decisión voluntarista, primero al dar de baja a la actora como beneficiaria obligatoria a cargo de su madre, y luego, al rechazar la afiliación solicitada, en tanto pretendió crear una regla aplicable al caso concreto extrayendo parcelas y fragmentos de la legislación y reglamentación vigente apropiadas para llegar a la solución pretendida pero completamente alejada del contexto fáctico sobre la cual debía resolver.

Planteada la situación en tales términos, cabe concluir que la conducta seguida por la recurrente no solo demostró una interpretación antojadiza de la propia legislación por ella invocada, prescindiendo considerar la manda dispuesta por el artículo 3 de la Ley n.º 9277 referida a la obligación de APROSS de incorporar como beneficiarios al grupo familiar primario de sus afiliados, sean estos obligatorios o voluntarios, sino que omitió valorar la situación planteada desde la perspectiva de los derechos humanos (expresamente desarrollada en el considerando 8) desconociendo la especial protección que debe garantizar a los afiliados que se encuentren en una peculiar situación de vulnerabilidad, como la transitada por la actora.

#### **10.b Incumplimiento al deber de información y de respeto a la confianza generada**

A lo expuesto resta añadir que si bien la recurrente estructuró y aferró su defensa en el supuesto incumplimiento contractual en el que habría incurrido la parte actora, el cual la habría autorizado a dar de baja a la afiliación cuestionada, no acompañó ni invocó copia alguna del contrato oportunamente firmado por las partes cuyas cláusulas habrían sido incumplidas, que permitan a este Tribunal valorar las razones y alegatos pretendidos.

No obstante lo cual, prescindiendo de los términos contractuales en virtud del cual las partes se hubieran obligado e, incluso, de la calidad del vínculo jurídico que las ligaba, lo cierto es que por más de dieciocho (18) años la actora recibió las prestaciones sanitarias provistas por la demandada, frente a lo cual y -sobre todo- al expreso conocimiento de la condición de salud que atraviesa Paula, la desafiliación dispuesta unilateralmente, sin informar si quiera tal situación a la parte perjudicada, ni aun al momento de producirse la misma, no resulta razonable ni acorde con la

obligación que pesa sobre la demandada de preservar el derecho a la vida y a la salud de sus afiliados, ni con la función social y fin solidario que la propia demandada manifiesta cumplir.

Es que no podemos perder de vista que en el contexto de una relación jurídica preexistente, la facultad de la obra social pierde autonomía absoluta y plena, debiendo ser interpretada en forma restrictiva, haciendo prevalecer, en casos debatibles, una hermenéutica de equidad que favorezca a aquel que pretende permanecer en la relación asistencial, dada su condición de parte más débil en el vínculo, todo ello a favor del principio de buena fe que debe primar en este tipo de vinculaciones<sup>9</sup>[9].

Adviértase que la actora tomó conocimiento de la baja afiliatoria tres meses después de que la misma se habría producido, por medio de la manifestación verbal de un empleado de la entidad a través de la cual mantenía su vínculo afiliatorio (cfr. f. 28vta.), circunstancia que entra en contradicción no solo con el deber de información exigido a cualquier proveedor en un contrato de consumo, sino con la lealtad y confianza que las partes se deben recíprocamente (art. 1067, Código Civil y Comercial [CCC]), desconociendo incluso su conducta previa y jurídicamente relevante como fue la percepción de los aportes mensuales correspondientes a los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2017 (cfr. fs. 22/25), cuando la pretendida baja se habría producido en el mes de diciembre de 2016. Frente a ello, tal como lo señala el Ministerio Público, la percepción de tales aportes no resulta coherente con la desafiliación aducida como defensa y mucho menos con el deber de información que le era exigible, pues no resulta verosímil pensar que la demandada no haya tenido conocimiento de que el pago provenía de una persona que, según sus propias declaraciones, ya no estaba ligada contractualmente con ella (cfr. f. 463).

## **11. CONCLUSIÓN**

La regulación normativa y los extremos repasados permiten tener por acreditado el derecho de la actora de ser tenida como beneficiaria obligatoria indirecta de APROSS a cargo de su madre, correspondiendo registrar tal alta sin período de carencia alguno (como pareciera pretenderlo la demandada, cfr. fs. 478 y 496), atento haber quedado debidamente demostrada la arbitrariedad e ilegalidad en la que incurrió la demandada al dar de baja a P. M. B.. Los principios fundantes del sistema de salud, basados en la solidaridad y enraizados en un fuerte fin social, no pueden conducir a una respuesta diferente en este caso singular.

## **12. COSTAS**

En virtud del principio objetivo de la derrota, corresponde imponer las costas en esta instancia a la parte recurrente (art. 130 CPCC por remisión del art. 13 de la Ley n° 7182, aplicable en virtud de lo dispuesto por el art. 17 de la Ley n° 4915).

En su mérito, en virtud de lo dispuesto por el artículo 40 del Código Arancelario de Abogados y Procuradores de Córdoba, y aplicando las pautas de evaluación cualitativas contenidas

---

<sup>9</sup>[9] Cfr. CSJN, Fallos 327:5373.

en el artículo 39 de dicho cuerpo legal, se estima justo y equitativo regular los honorarios profesionales de la letrada María Julia Medina en forma definitiva, por su actuación en esta instancia, en la suma equivalente a diez (10) *ius* (arts. 26, 39, 40, 93 y 125, Ley n.º 9459).

**A LA SEGUNDA CUESTIÓN PLANTEADA LOS SEÑORES VOCALES DOCTORES MARÍA MARTA CÁCERES DE BOLLATI, DOMINGO JUAN SESIN, AÍDA LUCÍA TERESA TARDITTI, LUIS ENRIQUE RUBIO, M. DE LAS MERCEDES BLANC G. DE ARABEL, SEBASTIÁN CRUZ LÓPEZ PEÑA y NANCY NOEMI EL HAY, EN FORMA CONJUNTA, DIJERON:**

**I.** Rechazar el recurso de apelación interpuesto en contra de la Sentencia n.º 75 dictada con fecha 9 de agosto de 2018 por la Cámara Contencioso Administrativa de Segunda Nominación de la ciudad de Río Cuarto.

**II.** Emplazar a APROSS para que proceda a la reincorporación de P. M. B. como beneficiaria obligatoria indirecta a cargo de su madre P. C. P., sin período de carencia alguno.

**III.** Imponer las costas en la presente instancia a la parte recurrente (art. 130, CPCC) y regular los honorarios de la letrada María Julia Medina en forma definitiva, por su actuación en esta instancia, en la suma equivalente a diez (10) *ius*.

Así votamos.

Por ello, de conformidad con lo dictaminado por el señor Fiscal Adjunto,

**SE RESUELVE:**

**I.** Rechazar el recurso de apelación interpuesto en contra de la Sentencia n.º 75 dictada con fecha 9 de agosto de 2018 por la Cámara Contencioso Administrativa de Segunda Nominación de la ciudad de Río Cuarto.

**II.** Emplazar a APROSS para que proceda a la reincorporación de P. M. B. como beneficiaria obligatoria indirecta a cargo de su madre P. C. P., sin período de carencia alguno.

**III.** Imponer las costas en la presente instancia a la parte recurrente (art. 130, CPCC) y regular los honorarios de la letrada María Julia Medina en forma definitiva, por su actuación en esta instancia, en la suma equivalente a diez (10) *ius*.

---

CACERES de BOLLATI, María Marta  
VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

SEGIN, Domingo Juan  
VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

TARDITTI, Aida Lucia Teresa  
VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

RUBIO, Luis Enrique  
VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

BLANC GERZICICH de ARABEL, Maria de las Mercedes  
VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

LOPEZ PEÑA, Sebastián Cruz  
VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

EL HAY, Nancy Noemi  
VOCAL DE CAMARA

LOPEZ SOLER, Francisco Ricardo  
SECRETARIO/A T.S.J.