Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 1

4215/2022

C, S. c/ OSDE s/AMPARO DE SALUD

Buenos Aires, de mayo de 2023.- LB

AUTOS Y VISTOS:

Para dictar sentencia en estos autos caratulados: **"C S M c/OSDE s/AMPARO DE SALUD"**, expediente Nº 4215/2022, de los que,

RESULTA:

1). Que con fecha 23/3/2022 se presenta la Sra. **CSM**, por su propio derecho, promoviendo acción de amparo contra la **Organización de Servicios Directos Empresarios SA (OSDE)**, a efectos que se ordene a la demandada a abstenerse de cobrarle el rubro "preexistencia" limitándose a exigirle el pago por el rubro "titular individual", invocando que la accionada le cotizó una preexistencia indebida, estipulando un monto de manera arbitraria e ilegal.

Refiere que la actora, en diciembre de 2021, conjuntamente con su grupo familiar, decide consultar los planes de cobertura de salud que ofrece la demandada, asesorándose con un representante comercial sobre los distintos planes de salud.

Indica que al momento de consultar, denuncia que se encontraba embarazada y que al poco tiempo, recibe un mail en el cual se le hace saber la cotización de la afiliación del plan, por la suma de $154.804, encontrándose dicho monto integrado por la cantidad de $40.998, en concepto de matrimonio y 1 hijo, y la suma de $113.806, en concepto de preexistencia titular, rubro éste último que impugna por considerarlo ilegal, arbitrario y contrario a derecho.

Expresa que ante dicha notificación, impugnó la cotización de preexistencia mediante carta documento, frente a la cual la demandada guardó silencio, tomando dicha actitud como un rechazo a rever la facturación de preexistencia por embarazo.

Argumenta que la cotización y el cobro por preexistencia efectuado por la demandada, violó lo dispuesto por el art. 10 de la Ley 26.682 y su decreto reglamentario y la Resolución 201/02.

Continúa afirmando que la demandada estipuló un monto por preexistencia sin basamento técnico ni autorización de autoridad competente, en violación a lo dispuesto por el art. 10 de la Ley 26.682 y art. 10 del Decreto 1993/11 y Resolución 201/2002 (PMO).

Arguye que el monto impuesto por preexistencia es ilegal y arbitrario; que es obligación de la demandada en virtud de lo normado en el art. 7 de la Ley 26.682 cumplir con las prestaciones incluidas en el PMO sin cobrar adicional alguno; que no es posible que varíe el monto de afiliación por encontrarse embarazada, cuando el otorgamiento de las prestaciones por embarazo se encuentra incluida en el PMO y que, por otra parte que, pasó de presupuestarle $40.998 por un plan binario 210 a adicionarle como preexistencia la suma de $113.806 por el embarazo que transita, triplicando el valor del plan.

Reseña que la norma resulta clara y que no resiste análisis el hecho de querer cobrarle a la actora un adicional por atender las prestaciones por embarazo cuyo tratamiento se encuentra incluido en el PMO, considerando que dicha postura es ilegitima o ilegal.

Narra que de la lectura de lo dispuesto en el PMO surge que se encuentra prohibido cobrar monto alguno -más allá de la cotización normal del plan de salud- por prestaciones que se encuentran incluidas en el PMO y que la cobertura por parte de la demandada debe ser integral.

Añade que la cobertura por embarazo debe ser total no pudiendo cobrar ningún tipo de co-seguro, siendo la tarifación por preexistencia una clase de co-seguro.

Así también indica que sólo se puede asignar carencia o preexistencia sobre prestaciones no incluidas en el PMO, pero nunca sobre las que sí lo están, ya que, de hacerlo, se desnaturalizaría la misión que tiene dicho plan, vulnerando por intermedio de una cotización excedente la finalidad que tiene dicha resolución.

Relata que el decreto reglamentario establece explícitamente que las prestaciones incluidas en el PMO deben ser cubiertas por las entidades de salud.

Esgrime que el monto impuesto por preexistencia de la actora resulta ilegal o arbitrario; que la demandada cotizó la supuesta

preexistencia en tres veces el valor del plan; que aquel no cuenta con la aprobación de la autoridad de aplicación conforme lo dispone el art 10 de la Ley 26.682; que la demandada no respetó lo dispuesto por la ley ni por el decreto reglamentario y que no acompañó la autorización justificada por parte de la Superintendencia de Seguros de Salud. En base a ello, considera que la suba es ilegítima y arbitraria y debería prohibirse su cobro, limitándose la cotización por afiliación simple en los términos del presupuesto enviado en diciembre de 2021.

Expone que no el embarazo no debe ser tomado como una preexistencia, por no ser una enfermedad ni ser considerada una patología en los listados de la OMS; que ello no es más que una forma de discriminación contra la mujer y que no puede cobrarse adicional por ser el hijo no nato parte integrante del grupo familiar primario, el cual se encuentra integrado en las prestaciones del PMO.

Cita jurisprudencia en apoyo de su postura; funda su petición en derecho; se refiere a la vía elegida; peticiona el dictado de una medida cautelar; ofrece prueba; plantea caso federal y solicita se haga lugar a la acción impetrada con costas.

Que con fecha 25/3/2022 se imprime a las actuaciones el trámite de juicio de amparo y con carácter previo al análisis de la medida cautelar solicitada, se dispuso una intimación a la demandada a fin que dentro del plazo de tres días de notificada informara si daría cobertura a las prestaciones solicitadas, bajo apercibimiento, en caso de silencio o inespecificidad, de considerar una negativa.

El día 30/3/2022 se presenta la demandada, **OSDE – Organización de Servicios Directos Empresarios-**, representada por su letrada apoderada y contesta la intimación cursada, en los términos que surgen de dicha presentación.

Mediante providencia de fecha 20/4/0222 se concede la medida cautelar requerida, la que fue apelada por la parte demandada y confirmada en lo principal y confirmada por la Excma. Cámara -Sala I- con fecha 1/11/2022.

2). Que con fecha 22/2/2023 se requiere a la demandada el informe en los términos del art. 8 de la ley 16.986, quien fue notificada por cédula electrónica el día 23/2/2023.

Toda vez que la demandada **OSDE -Organización de Servicios Directos Empresarios-**, presentó el informe ordenado con fecha 22/2/2023 fuera del plazo dispuesto en dicha providencia, con fecha fecha 9/3/2023, se hizo saber que sus términos no serán tenidos en cuenta, por resultar extemporáneos.

3). Que con fecha 22/3/2023 se declara la cuestión de puro derecho; con fecha 11/4/2023 se expide el Sr. Fiscal Federal, conforme requerimiento efectuado el 5/4/2023 y con fecha 21/4/2023 se llaman, "AUTOS A RESOLVER" y

CONSIDERANDO:

I). Que, inicialmente, cabe recordar que el amparo es un proceso sumamente simplificado en sus dimensiones temporales y formales, pues la finalidad fundamental de la pretensión que constituye su objeto consiste en reparar, con la mayor urgencia posible, la lesión de un derecho constitucional (conf. CNFed. Civ. y Com., Sala I, causa 22.354 del 02.06.95; ídem. causa 16.173 del 13.06.95 y sus citas).

Ello sentado, juzgo que la falta de contestación en tiempo y forma por la demandada del informe previsto en el art. 8 de la ley 16.986, no obstante encontrarse debidamente notificada (con fecha 23/2/2023), hace aplicable a su respecto el art. 356 del CPCC, norma que debe observarse supletoriamente en virtud de lo dispuesto por el art. 17 de la ley 16.986.

Desde esta perspectiva, en atención a la conducta procesal de la accionada y conforme las consecuencias previstas por la norma indicada, considero que su silencio y la falta de ofrecimiento de prueba alguna en su descargo, puede estimarse como reconocimiento de la verdad de los hechos pertinentes y lícitos afirmados por el accionante en su escrito de inicio.

Por otro lado, debe tenerse presente que la incontestación del informe requerido, también torna aplicable el citado art. 356, inc. 1º, del CPCC en materia de prueba documental, razón por la cual el silencio guardado por aquélla permite tener por reconocidas las constancias adjuntadas con el escrito de inicio y del intercambio epistolar.

II). Ante todo, corresponde individualizar el derecho que se considera vulnerado.

Que a partir de la reforma constitucional de 1994 el derecho a la salud se encuentra expresamente reconocido con jerarquía constitucional por el art. 75, inc. 22 de la Carta Magna, que asigna tal calidad a los tratados que enumera. Entre ellos, el art. 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos dispone que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar y en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (conf. CNCiv. y Com. Fed., Sala I, causa n° 798/05 del 27.12.05).

En el mismo sentido, el art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad (conf. causa 798/05 citada).

A su vez, el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estableció que entre las medidas que los Estados partes deberían adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, deberían figurar la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (causa 798/05 antes citada).

En procura de la consecución de los mismos fines, el art. 75 inc. 23 de la Constitución Nacional, establece —en cuanto aquí resulta pertinente— entre las atribuciones del Congreso, legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos.

En este mismo orden de ideas, no es ocioso recordar que el Alto Tribunal ha sostenido que el derecho a la vida es el primer derecho de la persona humana, respecto de la cual los restantes

valores tienen siempre carácter instrumental (confr. Corte Suprema, Fallos: 323:3229 y CNCiv. y Com. Fed., Sala I, causa 798/05 antes citada y causa n° 4175/12 del 14/2/13).

III). Que en lo atinente a la cuestión sustancial debatida en esta causa, es apropiado recordar que el derecho cuya protección se persigue en autos, en tanto compromete la salud e integridad física de la amparada, aparece reconocido por la Constitución Nacional y los pertinentes tratados internacionales incorporados a ella (conf. art. 42 y 75 inc. 22 CN; art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la ONU el 16.12.66, ratificado por Ley 23.313; art. 25 inc. 1ero. de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; CSJN Fallos 302:1284; CNFed. Civ. y Com., Sala II, causa n° 4812/08 del 23.10.08; n° 8126/06 del 4.12.07 y sus citas; Sala I, causa n° 16.173/95 del 13.6.95 y sus citas; ídem, causa nº 53.078/95 del 18.4.96; entre otras), de modo que la presente litis debe ser analizada y decidida teniendo en cuenta dicha particularidad.

Sentado lo expuesto, atendiendo a los términos en que ha quedado trabada la controversia suscitada en este proceso, destaco que analizaré los extremos y pruebas que conceptúo necesarios para la debida resolución del litigio; esto así, pues sabido es que el juzgador no está obligado a seguir a las partes en todos sus razonamientos, ni analizar los argumentos que estime no sean decisivos, ni a examinar o ponderar cada una de las probanzas aportadas a la causa, sino sólo aquellas consideradas conducentes para fundar la decisión que en definitiva se adopte (Fallos: 310:1185; 311:1191; 320:2289; entre otros).

IV). Que entrando al análisis de la cuestión, ante todo, corresponde precisar que la demandada no ha controvertido ni impugnado de modo alguno el relato de los hechos efectuado en el escrito inicial, ni ha ofrecido ni producido prueba alguna, no habiendo presentado el informe del art. 8 de la Ley 16.986.

Ello así, cabe señalar que no se encuentra controvertido en autos que la actora en diciembre de 2021 consultó los planes de cobertura de OSDE; que en dicha oportunidad denunció que se encontraba embarazada; que al tiempo recibió un mail en el cual la

demandada le hizo saber la cotización de la afiliación del plan, oportunidad en la cual cotizó una suma en concepto de preexistencia titular y que la actora impugnó dicha cotización mediante el envío de una carta documento, frente a la cual la demandada guardó silencio.

Que, del relato de los hechos efectuado en el escrito inicial, como así también de la documentación acompañada a la causa (hechos no controvertidos por la accionada y documental no desconocida) se desprende que la actora solicitó la afiliación a OSDE en el plan 2 210, con la composición del grupo familiar: “matrimonio con 1 hijo”.

Asimismo, de la documentación aportada por la accionante –no desconocida- surge que la cuota de afiliación relativa al mes de diciembre de 2021 ascendió a la suma de $85.863,69 más IVA (total: $94.879,38) y la relativa al mes de enero de 2022 ascendió a la suma de $137.193,33 más IVA (total: $151.598,63).

Al respecto, corresponde destacar que si bien la amparista en el escrito inicial menciona que recibió un mail de la demandada en el cual se le hizo saber que la cotización del plan ascendía a $154.804, encontrándose ese importe integrado por la suma de $40.998 por matrimonio y 1 hijo y por la suma de $113.806 por preexistencia, lo cierto es que de la documentación por ella misma aportada surge que la cuota del mes de enero de 2022 ascendió a la suma de $137.193,33 más IVA (total: $151.598,63).

De dichas constancias surge sin lugar a dudas que el importe de la cuota relativa al mes de enero de 2022 prácticamente duplicó al monto de la cuota del mes de diciembre de 2021.

Que entrando al análisis de la cuestión, corresponde precisar que no se encuentra en discusión que la actora denunció el embarazo que se encontraba cursando.

Tampoco se encuentra controvertido en autos que la demandada pretendió cobrar en la cuota de afiliación un importe por “preexistencia titular”, en virtud del embarazo denunciado por la actora, ni que dicho importe prácticamente duplicó el valor de la cuota original (conf. facturas aportadas).

Sobre el particular, corresponde considerar que la demandada no ha controvertido ni impugnado en modo alguno los hechos

alegados en el escrito inicial, no habiendo respondido el informe del art. 8 de la Ley 16.986 ni ofrecido prueba alguna.

Sin perjuicio de ello, cabe destacar que de la respuesta de la demandada a la intimación previa al tratamiento de la medida cautelar efectuada en autos surge que la propia demandada reconoció que la actora denunció el embarazo que se encontraba cursando en oportunidad de completar la declaración jurada y que estableció un valor diferencial por considerar al embarazo como una situación de preexistencia.

En tal sentido, cabe agregar que la propia demandada acompañó copia de la solicitud de afiliación, la que si bien no se encuentra suscripta, tratándose de una solicitud de afiliación digital, no fue desconocida por la actora, destacando que de ella surge la denuncia del embarazo.

Atento a los términos en que ha quedado trabada la litis, la cuestión a resolver se ciñe a determinar si el embarazo denunciado por la actora al momento de proceder a su incorporación a la demandada constituye una enfermedad preexistente por la cual la accionada se encuentre facultada para percibir valores diferenciales y en consecuencia, si el cobro de un valor diferencial por embarazo resulta ajustado a derecho.

V). A fin de resolver la cuestión traída a consideración, ante todo, cabe señalar, que la Ley 26.682 (B.O. 17/5/11) en su art. 10 dispone que: “Los contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentren incluidas en el Programa Médico Obligatorio. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como períodos de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la Autoridad de Apelación”, que: “Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios” y que: “La autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación”.

La disposición, que deriva del principio de buena fe contractual, no importa desconocer que en los contratos de adhesión existe una clara desproporción entre la parte que predispone las cláusulas y aquella que se ve compelida a aceptarlas o retirarse del negocio, pues tal asimetría en la relación sinalagmática -generadora de actitudes tuitivas hacia el más débil- no debe implicar otorgarle al aceptante un *bill* de indemnidad que le permita actuar con reticencia o falsa declaración en perjuicio del otro contratante (conf. Meneghini, Roberto A., *Un fallo digno de imitar sobre buena fe contractual*, LL 2007-B-60).

Por otra parte, el art. 14 de dicha normativa –al referirse a la cobertura del grupo familiar- establece que: “Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes ni por períodos de carencia ni pueden dar lugar a cuotas diferenciadas”.

Así también, el art. 10 del Decreto 1993/2011 reza que: “Los períodos de acceso progresivo a la cobertura (carencias) para los contratos celebrados entre los usuarios y los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente Reglamentación, sólo podrán establecerse para el acceso a las prestaciones sanitarias superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente. Los contratos deberán estar previamente aprobados por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Los períodos de acceso progresivo en ningún caso podrán superar los DOCE (12) meses corridos desde el comienzo de la relación contractual. Cuando por modificación de lo normado en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente, la prestación médica carente complementaria o suplementaria ingresare a un nuevo Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado y publicado por la autoridad sanitaria, dicha carencia quedará automáticamente anulada. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD autorizará las situaciones de preexistencia que podrán ser de carácter temporario, crónico o de alto costo que regirán para todos los tipos de contratos entre las partes comprendidas en el presente Decreto. Las preexistencias de carácter temporario son aquellas que tienen tratamiento predecible con alta médica en tiempo perentorio. Las de carácter crónico son aquellas que con el nivel científico actual no se puede determinar una evolución clínica predecible ni tiempo perentorio de alta médica. Las de alto costo y baja incidencia son aquellas en que el tratamiento pone en riesgo económico a las partes

intervinientes. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD autorizará los valores de cuota diferencial para las preexistencias, sean éstas temporarias, crónicas y/o de alto costo, así como también la duración del período de pago de la cuota diferencial. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente Reglamentación deberán presentar el requerimiento a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para su aprobación quien deberá expedirse en un plazo máximo de TREINTA (30) días, a partir de la presentación completa del trámite en la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. (artículo sustitudo por el art. 5° del Decreto 66/19, B.O. 23/1/2019".

Es así que la regulación diagramada permite compadecer la finalidad asistencial del contrato -que involucra el derecho a la salud y a la vida de los beneficiarios- con el derecho a la propiedad de las prepagas, en tanto si no existieran mecanismos mínimos que lo tutelaran, el sistema privado de salud no podría funcionar.

Ahora bien, en autos no se encuentra controvertido que la actora denunció el embarazo que se encontraba cursando al solicitar la afiliación de la demandada, encontrándose en discusión únicamente si la pretensión de percibir un valor diferencial por dicha circunstancia por parte de la demandada resulta ajustada a derecho.

Dicho ello y de regreso a la postura asumida por la demandada (conf. relato de los hechos efectuado en el inicio y respuesta a la intimación previa cursada en este ámbito), corresponde señalar que, “no correspondería encuadrar –como pretende OSDE- al embarazo como una “enfermedad” preexistente, toda vez que –claramente- el embarazo no es una patología ni se asimilaría a ella, como para que se justifique el cobro de un valor diferencial por parte de la empresa de medicina prepaga (conf. CNCiv. y Com. Fed., Sala III, causa N° 12.146/18 del 26/4/2019 y sus citas, citada por la Excma. Cámara –Sala I- en la providencia de fecha 1/11/2022 dictada en autos, como asimismo lo allí resuelto).

Por otra parte, corresponde puntualizar que la demandada no ha alegado ni mucho menos acreditado, ni probado que la autoridad de Aplicación –la Superintendencia de Servicios de Salud- hubiera autorizado el cobro de valor diferencial alguno por el embarazo denunciado por la amparista.

Con lo dicho resultaría suficiente para acoger la acción entablada, más a lo expuesto, corresponde añadir que el Programa Médico Obligatorio (Resolución 201/02), que se refiere al Conjunto de Prestaciones esenciales que deben garantizar los Agentes del Seguro a sus beneficiarios y determina la cobertura básica que brindarán los Agentes del Seguro de Salud, en el punto 9. 2. del Anexo II dispone que: “Están exceptuados del pago de todo tipo de co seguros: La mujer embarazada desde el momento del diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio de acuerdo a normativa. ”.

Por las consideraciones expuestas, no cabe más que concluir que tal como fuera puesto de manifiesto por la Excma. Cámara –Sala I- en oportunidad de proceder al tratamiento del recurso de apelación contra la medida cautelar no correspondería encuadrar al embarazo como una “enfermedad” preexistente, ello así toda vez que el embarazo no es una patología ni se asimilaría a ella como para que se justifique el cobro de un valor diferencial.

La conclusión a la que se arriba es fruto de una interpretación integral de los preceptos legales aplicables mediante la cual se procura adoptar un sentido que los concilie a todos, tanto en su letra como en su espíritu (doctrina de Fallos 313:1293, 330:3725, entre otros). Por lo demás, ello concuerda con decisiones similares de la Cámara en materia cautelar y de otros tribunales (ver, Sala II, “L., N. c/ Osde s/ incidente de medida cautelar”, causa 1229/15 de 02/16, y Cámara Federal de Apelaciones de Bahía Blanca, Sala II, “B., G. D. c/Swiss Medical S.A. s/amparo” del 10/11/2011, AR/JUR/74113/2011) (conf. CNCiv. y Com. Fed., Sala III, causa N° 12.146/18, citada).

Por lo demás, no puede soslayarse que la demandada, en tanto despliega una actividad tendiente a proteger las garantías a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas, asume un compromiso social con sus usuarios (CSJN, causa E 34 XXXV “Etcheverry Roberto Eduardo c/ Omint Sociedad Anonima y Servicios” del 17.12.99).

En este contexto, la pretensión de cobro del rubro preexistencia en virtud del embarazo de la amparista denunciado al momento de

solicitar su afiliación, supuso por parte de la demandada **un acto de arbitrariedad e ilegalidad manifiesta**.

VI). Así las cosas, corresponde hacer lugar a la acción de amparo **incoada y en consecuencia, ordenar a la demandada a mantener la cuota de afiliación de la amparista bajo la modalidad del plan oportunamente contratado (PLAN 2 210), con el grupo familiar oportunamente denunciado y en las condiciones pactadas al inicio de la relación contractual, absteniéndose de cobrar adicional alguno en la cuota de afiliación en razón de preexistencia en virtud del embarazo denunciado por la actora, debiendo asimismo, garantizar la continuidad y cobertura de los tratamientos que sean pertinentes al amparo de dicha afiliación.**

VII). En las condiciones indicadas, cabe concluir que la conducta de la demandada no es ajustada a derecho y encuadra en la calificación de "ilegalidad o arbitrariedad manifiesta" que requiere el art. 1 de la ley 16.986, toda vez que conduce a la beneficiaria a un estado de indefensión y desamparo que indudablemente conculca los derechos fundamentales a la salud expresamente reconocidos en la Constitución Nacional, que no debe ser admitido en sede judicial, por lo que corresponde hacer lugar a la acción promovida.

VIII). Que las costas deben imponerse a la demandada vencida, en tanto no existen causas que permitan que me aparte del principio objetivo de la derrota (art. 68, C. Procesal).

Por los argumentos que anteceden y oído el Sr. Fiscal Federal, **FALLO**: **1)** Haciendo lugar a la acción de amparo incoada por la Sra. CSM. En consecuencia, condeno a **OSDE -Organización de Servicios Directos Empresarios-, a mantener la cuota de afiliación de la Sra. CSM, DNI N° xxxxxx, afiliada N° xxxxxxxxx, bajo la modalidad del plan oportunamente contratado (PLAN 2 210), con el grupo familiar oportunamente denunciado y en las condiciones pactadas al inicio de la relación contractual, absteniéndose de cobrar adicional alguno en la cuota de afiliación en razón de preexistencia en virtud del embarazo denunciado por la actora, debiendo asimismo, garantizar la continuidad y cobertura de los tratamientos que sean pertinentes al amparo de dicha afiliación.**

Hágase saber a la actora que tendrá a su cargo el abono de las cuotas pertinentes, las cuales deberán ser facturadas y abonadas en las mismas condiciones en que fueron pactadas al momento de su afiliación.

2) Las costas del juicio se imponen a la demandada (art. 68 del CPCC) en virtud de los fundamentos esgrimidos en el considerando VIII).

3) Toda vez que la totalidad de las tareas fueron realizadas bajo la vigencia de la Ley 27.423, a los fines de efectuar la regulación de los honorarios del profesional interviniente, se tomarán las pautas establecidas por dicha normativa. En consecuencia, teniendo en cuenta el mérito, eficacia y extensión de la labor desarrollada, la trascendencia jurídica, moral y económica que para la parte actora tiene este proceso, ponderando que los montos previstos por el arancel vigente están contemplados para remunerar la tarea del letrado que ha cumplido todas las etapas del proceso respectivo y siendo que en autos se ha cumplido la primer etapa, regulo los honorario del letrado patrocinante de la parte actora, Dr. **Armando Martín Sabadini** en **xx UMAs** equivalentes a la fecha a
(conf. 16 y 48, Ley 27.423 y Ac. 9/2023 CSJN). (conf. CNCiv. y Com. Fed., Sala I, “Carpignano Zafra Iris Carmen Regina c/Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación yotro s/amparo de salud”, causa n° 908/2018 del 20/11/18 y Sala III, causas “T.F. c/Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación s/amparo de salud”, n° 8593/17 del 1/11/18 y “R.A.R. c/Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación s/sumarísimo de salud”, n° 2785/18 del 22/11/18). Los honorarios regulados no contienen el impuesto al valor agregado.

4) Hágase saber que los honorarios correspondientes a la letrada de la demandada, se fijarán una vez que acredite no encontrarse comprendida en el art. 2 de la ley de arancel.

5) Hágase saber a la parte demandada que en el término de cinco días de firme o consentida la presente, deberá acreditar haber dado cumplimiento a lo dispuesto por la Resolución 409/16 y/o 1781/22 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

6) Hágase saber a la totalidad de letrados intervinientes, que en el término de cinco días deberán denunciar la cuenta bancaria personal en la que eventualmente deberán ser depositados sus créditos, a efectos de posibilitar la transferencia directa por parte de quien los adeude, sin necesidad de intervención del Juzgado, más que su posterior acreditación en autos.

Regístrese, notifíquese a las partes y, oportunamente, **archívese**.

Signature Not Verified
Digitally signed by SILVINA BRACAMONTE
Date: 2023.05.12 08:55:17 ART