

Medicina prepaga: la mala fe del afiliado y su consecuencia jurídica

Prepaid medicine: the affiliate's bad faith and its legal consequence

Cinthia N. Aguirre¹

DOI: [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2023\)25](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2023)25)

Comentario a

"A., B. R c/ Swiss Medical S.A Medicina Privada s/ amparo ley 16986",
20 de septiembre de 2022

Corte Suprema de Justicia de la Nación

Acceso al Fallo

RESUMEN:

En el presente comentario a fallo nos proponemos abordar la decisión adoptada por la Cámara Federal de Mar del Plata y la Corte Suprema de Justicia de la Nación en relación a la consecuencia jurídica que tiene el hecho de que un afiliado a la medicina prepaga haya obrado sin buena fe al momento de completar su declaración jurada de afiliación. En ese sentido, nuestro máximo tribunal, adhiriendo a lo expresado por el Procurador Fiscal, resolvió que el caso se encuentra contemplado en la norma, la que es clara y no exige mayor esfuerzo interpretativo y que le atribuye a la conducta engañosa una específica consecuencia, que es la facultad de la empresa de rescindir la relación contractual. Sentadas esas bases, concluimos en que a fin de conservar el vínculo entre las partes, que tiene como objeto la protección a la salud, resulta necesario repensar la sanción dispuesta por la norma y su reemplazo por otra pecuniaria, a la vez que, en el estado actual, advertimos la pertinencia de cuestionar la adecuación constitucional de la norma a la luz de los derechos humanos.

ABSTRACT

In the present comment to judgment we propose to broach the decision of the federal chamber of Mar del Plata and the supreme court of justice of the nation about the legal consequence when a member of the prepaid medicine acts without good faith completing his affidavit of affiliation. In that sense, our highest court, adhering to what was expressed by the Fiscal Prosecutor, resolved that the case is contemplated in the norm, that it is clear and does not require a greater interpretive effort and that attributes a specific consequence to the deceptive conduct, which is the power of the company to terminate the contractual relationship. Established these bases, we conclude that in order to preserve the link between the parties,

¹ Abogada (UNLaM); Especialista en Derecho Administrativo (UNLaM); Doctoranda en Ciencias Jurídicas (UNLaM). Docente – Investigadora. Mail: cinthianoeliaaguirre@hotmail.com. Nro. De ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6697-4196>

whose purpose is health protection, it is necessary to rethink the sanction provided by the norm and its replacement by another pecuniary one, while, in the current state, we note the relevance of questioning the constitutional adequacy of the rule in light of human rights.

PALABRAS CLAVE: Medicina prepaga; rescisión contractual; mala fe; falsedad de la declaración jurada; incremento de la cuota.

Prepaid medicine; termination of the contract; bad faith; falsity of the sworn declaration of income; increasing the share.

I. Introducción

En el presente artículo nos proponemos analizar la sentencia de la Cámara Federal de Mar del Plata y de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, dictada esta última el día 20 de septiembre de 2022 en los autos "A., B. R c/ Swiss Medical SA Medicina Privada s/ Amparo ley 16.986", la que remite en razón de brevedad a los fundamentos establecidos por el Procurador Fiscal en su dictamen de fecha 18 de noviembre de 2020.

En ese contexto, la cuestión a resolver consiste en determinar si, ante la falsedad de la declaración jurada de ingreso efectuada por el afiliado, la empresa de medicina prepaga se encuentra habilitada para rescindir el contrato (conforme el artículo 9 de la ley 26.682) y, en consecuencia, negarle la cobertura requerida, tal como lo sostiene Swiss Medical S.A o si en su caso, atento el artículo 10 de la ley 26.682 que prohíbe denegar la afiliación por preexistencia, se le debe mantener el vínculo contractual y cobrar valores diferenciales.

Entonces, como se expusiera resumidamente, se vislumbra la tensión entre dos derechos, por un lado, la actividad mercantil que persigue toda empresa de medicina prepaga y por el otro, la tutela de derechos fundamentales, como ser el derecho a la vida, la salud y la integridad de las personas.

El fenómeno descrito convierte a este negocio en un campo donde los intereses patrimoniales tensionan con derechos primarios, dejando al descubierto – en el plano axiológico- un conflicto de valores entre utilidad – humanidad (Frustagli, 2010, como se citó en Vazzano, 2015).

Por ello es que pondremos foco en la sanción que establece la ley N° 26.682 cuando el afiliado actúa con mala fe al momento de completar su declaración jurada de afiliación, advirtiendo la necesidad de repensar la norma a los fines de contemplar otra sanción que no deje al descubierto el derecho a la salud. Por otro lado, en el escenario actual, advertimos la pertinencia de cuestionar la constitucionalidad de la norma que habilita a las empresas prestadoras a rescindir el contrato cuando el usuario haya falseado la declaración jurada a los fines de que el afiliado pueda continuar con la cobertura médica, ello de cara a la protección del derecho a la salud, entendido como un derecho humano. Sentadas estas bases, resulta oportuno comenzar con el estudio de lo resuelto por la Cámara Federal de Mar del Plata (título I) para luego continuar con el análisis del marco normativo aplicable y los criterios para determinar el valor de la cuota adicional (título II), avanzar en la decisión de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (título III) , y así adentrarnos en la necesidad de repensar la consecuencia jurídica de la mala fe del afiliado en su declaración jurada de afiliación (título IV). Finalmente efectuaremos las conclusiones.

II. Sentencia de la Cámara Federal de Mar del Plata

En el marco de la causa judicial referenciada, la Cámara Federal de Mar del Plata confirmó la sentencia de primera instancia e hizo lugar al amparo promovido por A., B. R. contra Swiss Medical S.A, con el objeto de obtener la cobertura de una prótesis de cadera, con la intervención quirúrgica e internación.

En ese contexto, concluyó que la demandada no puede negarle la afiliación, facultando a la misma a renegociar la cuota.

Para así decidir, el Tribunal a quo partió del hecho no controvertido en cuanto al ocultamiento en que incurrió el actor, en tanto el amparista sabía de su patología y la negó, y basó su sentencia en el artículo 10 y 11 de la ley 26.682.

Así es que realizó una interpretación sobre ambas normas y sostuvo que la ley de medicina prepaga prohíbe negar la afiliación por enfermedades preexistentes a la vez que autoriza a cobrar valores diferenciales. Entonces resolvió que la demandada no estaba habilitada para negarle la afiliación pero que puede exigir un monto diferencial, el que deberá ajustarse a lo estipulado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Dicha sentencia fue recurrida por la demandada que interpuso un recurso extraordinario, el que fue concedido.

III. Marco normativo

El derecho a la salud constituye uno de los derechos humanos fundamentales, que corresponden a la persona humana, por su sola condición de tal y por el único hecho de así serlo, que encuentra su protección y reconocimiento normativo en la Constitución Nacional² y en diversos tratados internacionales que gozan de jerarquía constitucional³.

En ese contexto, la "Salud" es definida por la Organización Mundial de la Salud⁴, como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Así es que para alcanzar dicho estado es necesario no solo garantizar el acceso a servicios de salud sino también velar por un conjunto de derechos y políticas públicas que guarden relación con el desarrollo de la persona humana. A su vez, el derecho a la salud se vincula íntimamente con el derecho a la vida.

En este orden de ideas, se sancionó la ley de Medicina Prepaga N° 26.682 que tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las Leyes N° 23.660 y 23.661.

2 Artículos 14 bis, 33, 41, 42, 75 inciso 19 de la Constitución Nacional.

3 Artículo 25, primer párrafo de la Declaración Universal de Derechos Humanos; artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del niño; artículo 5, punto e, inciso IV de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; artículo 11, primer párrafo, punto f y artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

4 Organización Mundial de la Salud (9 de septiembre de 1949) Constitución de la OMS. <https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constitucion%20de%20la%20Organizacion%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>

Quedan también incluidas en la mencionada ley las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa (artículo 1 de la ley 26.682).

La referida ley brinda un marco normativo que permite a los usuarios conocer sus derechos y obligaciones y, en lo que nos interesa atento el objeto de estudio de nuestro artículo, en su artículo 9 dispone que "Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando [...] el usuario haya falseado la declaración jurada".

En el mismo sentido, Decreto N° 1993/2011, que reglamenta la ley N° 26.682, en su artículo 9 establece en lo relativo a la resolución efectuada por las entidades de medicina privada que la misma procederá "b) Por falsedad de la declaración jurada: Para que la entidad pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, deberá poder acreditar que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 961 del CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN. La falta de acreditación de la mala fe del usuario, determinará la ilegitimidad de la resolución".

En este punto resulta oportuno resaltar que la rescisión unilateral de las empresas de medicina prepaga ante los casos de falseamiento de la declaración jurada es muy habitual y muchas veces arbitraria, ya que por sí y sin participación del afiliado, decide la existencia de falseamiento u ocultamiento, en perjuicio únicamente del usuario con enfermedades. (Rosales, 2011).

Por ello, entendemos que dicha acreditación debe ser efectuada en el marco de un proceso judicial en el que se compruebe que el afiliado falseó su declaración, aplicando el principio de que quien alega la falsedad debe probarlo y por entenderse que en el Derecho Civil los contratos deben celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe (artículo 961 CCyCN). Esto se ve reforzado en virtud del contrato de consumo del que se trata en el que las normas de defensa del consumidor son a favor del usuario (Ambrosio Soto et al, 2015).

Entonces, la regulación de este vínculo no solo está dada por la ley de medicina prepaga y sus concordantes en materia de salud, sino que también por las leyes que rigen los derechos de los consumidores y usuarios.

Por otro lado, el artículo 10 de la ley N° 26.682 establece 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. 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".

En este orden de ideas, el artículo 10 del decreto N° 1993/2011 dispone que "[...] 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 tam-

bién 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.”

De los artículos transcritos se desprende que es una obligación del usuario efectuar de forma completa, correcta y de buena fe, la declaración jurada de enfermedades preexistentes. A la vez que la norma sanciona el obrar de mala fe del afiliado con la facultad que le otorga a la empresa de medicina prepaga de rescindir el contrato.

Por otro lado, las empresas de medicina prepaga no pueden rechazar la afiliación del usuario si éste tiene enfermedades preexistentes, no obstante, la empresa de medicina prepaga podrá cobrarle una cuota diferencial autorizada por la Superintendencia de Servicios de Salud⁵.

II. 1. Criterios para determinar el valor de la cuota diferencial

Previo a adentrarnos en el desarrollo del presente apartado, entendemos necesario expresar la importancia de que en forma clara la autoridad de aplicación determine qué datos y enfermedades serán tipificados como enfermedades preexistentes. Ello, a los fines de evitar conductas injustas por parte de las empresas de medicina prepaga frente a sus afiliados (Ambrosio Soto *et al*, 2015).

Ahora bien, consideramos pertinente esbozar los criterios que deben tenerse presente a los fines de determinar el valor de la cuota diferencial con el objeto de no hacer de la misma un requisito de exclusión para el afiliado.

Así es que consideramos que la cuota debe ser proporcional a la capacidad económica del usuario y que lo sea por un tiempo determinado (el que la norma lo establece en no más de tres años) caso contrario la fijación de una cuota aumentada indudablemente se convertiría en una causa de exclusión. En ese contexto, entendemos que la cuota que se fijará por enfermedades preexistentes no debe responder a cubrir los costos del tratamiento que pudiera necesitar el usuario con relación a su enfermedad, sino a un “aporte diferencial” que efectúe el afiliado.

Es decir, al momento de establecerse la cuota diferencial la autoridad de aplicación debe tener presente los ingresos del afiliado, impidiendo que dicha cuota ponga en riesgo la capacidad de pago y comprometa la economía familiar y personal, en tanto ello, se traduciría en un imposible de abonar por el afiliado.

Por otro lado, la jurisprudencia ha establecido otros criterios sobre las cuotas diferenciales por enfermedades preexistentes. Así es que en el caso de que la cuota provenga de aportes de la seguridad social, es decir, sea abonada mediante la suma de aportes y contribuciones que prevén los incisos a y b del artículo 16 de la ley N° 23660, las obras sociales y prepagas deberán abstenerse de solicitar autorización y/o exigir el pago de valores diferencias a los afiliados que presentan enfermedades preexistentes al momen-

⁵ En ese contexto, no podría la empresa facturar el cobro diferencial con anterioridad al trámite correspondiente a la autorización expedida por el órgano administrativo W. R. B c/ Jerárquicos Salud (Asoc. Mutual del Personal) s/ amparo ley 16.986. Cámara Federal de Apelaciones de Rosario, Sala A, 23 de febrero de 2021.

to de solicitar su afiliación (Cámara Federal de Apelaciones de Rosario, Sala B, "P. C. c/ Sancor Salud s/ amparo", 19/08/2020⁶).

Otro criterio advertido surge del vínculo familiar primario que se tiene con el afiliado. Así la jurisprudencia ha expresado que "la afiliación del cónyuge que forma parte del grupo familiar primario, aún en el caso de una enfermedad preexistente, no da lugar al cobro de una cuota diferencial (conf. art. 14 inc. b, Ley N° 26.682 y c.c.) ya que, conforme la interpretación armónica de la normativa propuesta, constituye un aspecto de protección del derecho a la salud [...]" (Cámara en lo Civil y Comercial Federal, Sala II, "L.R., D.M. y otro c/ OSDE s/Amparo de salud", 21/04/2023).

Entonces, consideramos que lo que excede por fuera de los criterios aquí contemplados a los fines de fijar el valor de la cuota diferencial por preexistencia, debería ser entendido como un riesgo propio de la empresa.

En ese orden de ideas, siendo el contrato de medicina prepaga un contrato de adhesión y consumo, de carácter aleatorio, es el empresario quien asume un riesgo que no puede trasladar al afiliado-consumidor, que es la parte débil de la relación contractual (Ritto, 2016).

III. Decisión de la Corte Suprema de Justicia de la Nación

En los autos bajo análisis "A., B. R c/ Swiss Medical S.A Medicina Privada s/ amparo ley 16986", la Corte Suprema de Justicia de la Nación, comparte los fundamentos del Procurador Fiscal, a los cuales se remite por razón de brevedad, y declara procedente el recurso extraordinario interpuesto por Swiss Medical S.A Medicina Privada y, en ese contexto, revoca la sentencia apelada.

Como principal fundamento expresa que la interpretación efectuada por el Tribunal a quo resulta inadmisibles en tanto el artículo 9 de la ley N° 26.682 regula el caso de autos (y la consecuencia es la rescisión del contrato por iniciativa de la empresa prestadora), con lo cual "aquella interpretación supone sustituir al legislador, optando por una solución diferente a la que éste adoptó y cuya adecuación constitucional no ha sido cuestionada". De la lectura de lo expresado por el Procurador Fiscal resulta pertinente interpretar que quizás de haberse cuestionado la validez constitucional del artículo 9 la conclusión hubiera sido otra.

Entendemos que esta sería una solución posible a fin de conservar el vínculo contractual. Pero como la declaración de inconstitucionalidad debe tener lugar como última ratio del orden jurídico, a la vez que el interesado debe exponer acabadamente de qué manera la norma contraría a la Constitución Nacional causándole de ese modo un agravio⁷, consideramos que, ante los hechos de autos, debe pensarse en una reforma legislativa que garantice la cobertura médica a la vez que sancione la conducta carente de buena fe del afiliado, pero sin llegar a la rescisión contractual.

6 <https://aldiaargentina.microjuris.com/2020/09/10/fallos-enfermedad-preexistente-y-afiliacion-a-pesar-de-que-el-afiliado-haya-falseado-los-datos-de-ingreso-debera-ser-reincorporado-a-la-empresa-de-medicina-prepaga-ya-que-la-cuota-es-cubierta-con-ap/>

7 Dictamen del Procurador General de la Provincia de Buenos Aires, Expte. N.º A 78.072-1 "Tallarico, Nilda Clara y Otro/A c/ Fisco de la Provincia de Buenos Aires y Otros s/ Pretensión restablecimiento o reconocimiento de derechos" <https://cijur.mpba.gov.ar/files/auctions/sheets/Ficha-Dic-A-78072.pdf>

El Procurador expresa que la “primera fuente de exégesis de la ley es su letra y, cuando esta es clara y no exige mayor esfuerzo interpretativo, no cabe sino su directa aplicación”, por lo que la Corte, al adherir a su dictamen, considera que la solución se encuentra en la misma norma.

IV.- Mala fe en la declaración jurada de afiliación: repensar su consecuencia jurídica

En este apartado nos proponemos efectuar un análisis sobre qué sanción sería aplicable en los casos en que el afiliado actúe con mala fe al momento de completar su declaración jurada de afiliación.

De acuerdo a lo expuesto, ante el caso mencionado, la norma habilita a las empresas prestadoras a rescindir el contrato cuando el usuario haya falseado su declaración jurada de afiliación (y esta es la solución que adopta nuestro máximo tribunal).

Dicha sanción, a nuestro criterio, resulta excesiva en función de los derechos en juego.

Por otra parte, no huelga remarcar, que si bien la actividad que asumen las empresas de medicina prepaga persigue rasgos mercantiles, ellas tienden a proteger garantías constitucionales, a saber, la vida, salud, seguridad e integridad de las personas, por lo que también adquieren un compromiso social con sus usuarios, que obsta a que puedan desconocer un contrato, o invocar sus cláusulas para apartarse de obligaciones impuestas por la ley, so consecuencia de contrariar su propio objeto que debe efectivamente asegurar a los beneficiarios las coberturas tanto pactadas como legalmente establecidas⁸.

En efecto, debe evaluarse el vínculo que une a la empresa de medicina prepaga con el afiliado conforme al objeto del contrato suscripto, es decir, la cobertura de un derecho personalísimo, como es la salud, que es la vida (Urbina, 2016, como se citó en Ritto, 2016).

Lo expuesto nos lleva a la necesidad de repensar la sanción contemplada por ley y, en consecuencia, proponer la modificación de la norma en el sentido de que se contemple como sanción una pecuniaria, sin disolver el vínculo entre las partes, más allá del adicional por preexistencia.

En efecto, retomando el análisis del fallo, coincidimos en la interpretación normativa realizada por la Cámara. A lo que agregamos que si el usuario hubiera denunciado la enfermedad al momento de completar su declaración jurada, se lo tendría que haber afiliado igualmente cobrándole una cuota diferencial.

En el mismo sentido, si las empresas determinan que existe una enfermedad preexistente, en un tiempo y forma razonable, deberían sencillamente adecuar el pago por el servicio que presta conforme al valor dispuesto por la Superintendencia de Servicios de Salud y no habría mayores inconvenientes (Stupenengo, 2017).

No puede primar la sanción que contempla la norma (de permitirle a las empresas de medicina prepaga la rescisión del vínculo) fundamentada en la mala fe del afiliado porque está en juego un derecho superior, que es la protección de la salud.

8 F. A. M. c/ Prevención Salud S.A. Medicina Prepaga (Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.) s/ amparo ley 16.986, Cámara Federal de Apelaciones de San Martín, Sala II, 29/12/2021 citando a Fallos: 330:3725. <https://aldiaargentina.microjuris.com/2022/02/17/fallos-salud-la-cancelacion-de-la-afiliacion-con-fundamento-en-la-falta-de-declaracion-del-estado-de-gravidez-al-afiliarse-a-la-prepaga-es-excesiva-en-funcion-de-los-derechos-de-la-mujer-y-del-nino/>

Por otro lado, no obstante lo dispuesto por el artículo 9 de la ley N° 26.682, consideramos pertinente interpretar el mismo de forma armoniosa con todo el texto normativo, ello, en tanto dicho artículo presenta contradicciones con otros del mismo ordenamiento (Rosales, 2011). En ese sentido, el artículo 14, último párrafo de la ley de medicina prepaga expresa que "Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes [...]".

Del referido artículo pareciera que el legislador prohíbe expresamente limitar las prestaciones por preexistencias.

En ese sentido, entendemos que la prestación debe ser brindada y cubierta por la empresa, más allá de que la conducta del afiliado debe ser sancionada. Consideramos que la sanción de rescisión del vínculo que une a las partes, es excesiva en virtud de que deja al descubierto el derecho a la salud.

Así es que entendemos que más allá del adicional de la cuota que deberá abonar, como lo resuelve la Cámara, se debería repensar la norma en el sentido de reemplazar la sanción de rescisión contractual por una pecuniaria.

Conclusión

Conforme el caso analizado podemos concluir en que resulta sumamente importante, y de hecho es una obligación para el afiliado, denunciar sin omisiones, de forma completa y con buena fe, los datos requeridos en el formulario de declaración jurada de afiliación. En efecto, si el afiliado actuara de mala fe, esa conducta debe ser sancionada. Sobre el tema, nuestro máximo tribunal, adhiriendo a lo dictaminado por el Procurador Fiscal, encontró la solución en la norma, que prevé dicha situación y que contempla como consecuencia la facultad de la empresa de medicina prepaga de rescindir la relación contractual.

En consecuencia, la Corte Suprema de Justicia de la Nación se ajusta a la letra de la ley y la aplica directamente en tanto expresa que la misma es clara y no exige mayor esfuerzo interpretativo.

Ahora bien, advertimos dos posibles soluciones tendientes a conservar el vínculo contractual que une a las partes. La primera, se desprende del mismo dictamen del Procurador Fiscal, en cuanto expresa que no se cuestionó la adecuación constitucional del artículo 9 de la ley N° 26.682, permitiéndonos interpretar que quizás, si se hubiera solicitado la declaración de inconstitucionalidad de la misma, el resultado del proceso hubiera variado.

Ahora bien, sin llegar a tal acto procesal, consideramos pertinente, a partir de la interpretación del ordenamiento jurídico que regula la medicina prepaga y teniendo como eje primordial la protección de la salud, repensar la sanción dispuesta por la norma.

En ese sentido, entendemos que la consecuencia jurídica por falsear la declaración jurada de afiliación podría reemplazarse por una pecuniaria, más allá del pago del adicional de cuota por enfermedad preexistente.

Referencias Bibliográficas

- Ambrosio Soto, E., Ferreyra, A. E., Frávega, M. S., Massat J. C., Navarro, M., Parravicini, M. C., PeraLta, E. A., Russo, B. L., Totino Soto, M. K. (2015). El falseamiento de la declaración jurada en el contrato de salud. *Revista lecciones y ensayos*, nro. 94. 257-269. <http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/lye/revistas/94/el-falseamiento-de-la-declaracion-jurada-en-contrato-salud.pdf>
- Ritto, G (2016). El contrato de medicina prepaga. Análisis con especial énfasis en la regulación del título III del Código Civil y Comercial. *Ratio Iuris Revista de derecho privado*, nro. 1. 132-159. http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/3585/Contrato_Ritto.pdf?sequence=1
- Rosales, P. O., (2011). Análisis de la ley 26.682 de Regulación de Medicina Prepaga y su impacto en el derecho a la salud. *Microjuris*. MJ-DOC-5487-AR.
- Stupenengo, M. (2017). Baja unilateral de afiliaciones por parte de la empresa de medicina prepaga. Problema y solución posible. *Ratio Iuris Revista de derecho privado*, nro. 2. 167-189. <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/ratioiurisB/article/view/409/401>
- Vazzano, F. (2015). La cláusula que habilita a la empresa de medicina prepaga a incrementar el valor de la cuota en base a la edad del afiliado: su encuadre en la enumeración del art. 37 de la ley 24.240 de Argentina. *Revista internacional de doctrina y jurisprudencia*, volumen 10. 1-30. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5603772.pdf>