



Poder Judicial de la Nación
CAMARA CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL- SALA I

9617/2023 XXX, XXXX c/ ASOCIACION MUTUAL SANCOR
SALUD s/AMPARO DE SALUD

Buenos Aires, de septiembre de 2025.-

Y VISTOS:

Los recursos de apelación interpuestos y fundados por: a) la actora; y b) por la demandada el 18.7.25, el que fue contestado por la accionante el 4.8.25, contra la sentencia del 16.7.25.

CONSIDERANDO:

1. La señora XXX XXXX por derecho propio inició la presente acción de amparo contra la demandada a fin de obtener la cobertura integral de internación en el establecimiento “*Ledor Vador*”, más medicación, insumos y pañales que le fueron prescriptos por su médico tratante.

La señora jueza, el 14.7.23, imprimió el trámite de juicio de amparo y el 7.8.23 dispuso hacer lugar a la medida cautelar solicitada. En consecuencia otorgó hasta el dictado de la sentencia, la cobertura de internación en el establecimiento “*Ledor Vador*” de acuerdo con los valores que surgen de la Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social y sus modificaciones que aprobó el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, en el módulo “Hogar Permanente, Categoría “A”, con más el 35% en concepto de dependencia. Esta Sala, el 27.3.24, dispuso modificar la medida cautelar otorgada, en cuanto al límite del nomenclador, el cual dispuso que fuera con centro de día.

En cuanto al fondo de la cuestión, la señora jueza hizo lugar parcialmente a la acción y condenó a la demandada cubrir la internación en el establecimiento “*Ledor Vador*” de acuerdo con los valores que surgen de la Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social y sus modificaciones que aprobó el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, en el módulo “Hogar Permanente, con centro de día, Categoría “A”, con más el 35% en concepto de dependencia y la cobertura integral de la medicación y silla de ruedas.



Contra esa resolución ambas partes presentaron recursos de apelación.

También se presentaron recursos contra la regulación de los honorarios los que serán tratados a la finalización del presente pronunciamiento.

2. La amparista adujo que la cobertura de internación reclamada debería ser integral y no con el límite dispuesto por la señora jueza.

3. La demandada solicitó la revocación de lo decidido sobre la base de agravios que pueden resumirse en los siguientes: *a)* la internación del paciente fue unilateral y persona, sin indicación médica; *b)* se queja del tope del nomenclador; *c)* la prestación de internación se encuentra excluida de la cobertura obligatoria a las obras sociales, y; *d)* se queja de la imposición de costas.

4. No fue discutida en el *sub lite* la condición de discapacitada de la amparista (*cf.* copia del instrumento acompañado a fs. 6), la enfermedad que padece, cuyo diagnóstico es “demencia, trastorno depresivo recurrente, anormalidades de la marcha y de la movilidad, fallas de coordinación, incontinencia urinaria, problemas relacionados con la necesidad de supervisión continua”, ni su condición de afiliada a la demandada (*cf.* fotocopia adjuntada en la demanda).

5. Aclarando lo anterior, es importante señalar que la ley 24.901 instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral en favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de otorgarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos (art. 1). En lo concerniente a las obras sociales, dispone que éstas tendrán a su cargo, con carácter obligatorio, la cobertura total de la asistencia básica enunciada en la ley, que necesiten los afiliados con discapacidad (art. 2). Entre estos servicios se encuentran los de: transporte especial para asistir al establecimiento educacional o de rehabilitación (art. 13), rehabilitación (art. 15), terapéuticas educativas (arts. 16 y 17), y asistenciales, que tienen la finalidad de cubrir requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (art. 18). Además, la ley 24.901 contempla la prestación de servicios específicos, enumerados al solo efecto





Poder Judicial de la Nación

CAMARA CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL- SALA I

enunciativo en el capítulo V, que integrarán la canasta básica que debe otorgar a las personas con discapacidad, en concordancia con criterios de patología (tipo y grado), edad y situación socio-familiar, pudiendo ser ampliados y modificados por la reglamentación (art. 19).

También establece beneficios complementarios (cap. VII) de: cobertura económica (arts. 33 y 34), apoyo para facilitar o permitir la adquisición de elementos y/o instrumentos para acceder a la rehabilitación, educación, capacitación o inserción social, inherente a las necesidades de las personas con discapacidad (art. 35), atención psiquiátrica y tratamientos psicofarmacológicos (art. 37), cobertura total por los medicamentos indicados en el art. 38; estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que otorguen los entes obligados por esta ley (art. 39, inc. b). La amplitud de la asistencia prevista en la ley 24.901 resulta ajustada a su finalidad, que es la de lograr la integración social de las personas con discapacidad (ver arg. arts. 11, 15, 23 y 33).

Por su parte, la ley 23.661 dispone que los agentes del seguro de salud deberán incluir, obligatoriamente, entre sus prestaciones las que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas, debiendo asegurar la cobertura de medicamentos que estas prestaciones exijan (art. 28) -*cfr.* esta Sala, causa 7841 del 7/2/01, entre muchas otras-.

6. Por lo demás, a partir de la entrada en vigencia de la ley 26.682, las empresas de medicina prepaga deben cubrir con carácter obligatorio y como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad previsto en la ley 24.901 y sus modificatorias (art. 7°). Tal prescripción normativa resulta concordante y complementaria de lo que anteriormente disponía la ley 24.754, en su artículo 1°, respecto de que “las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico-asistenciales, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, de conformidad con lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455 (y sus respectivas reglamentaciones)”. De



ello surge que las empresas de medicina prepaga se encuentran igualadas en cuanto a sus obligaciones prestacionales en relación con las obras sociales (*cf.* esta Sala, causa 3054/2013 del 3 de marzo de 2013). Cabe destacar que el mismo Programa Médico Obligatorio de Emergencia prevé que el agente de seguro de salud, con arreglo a lo previsto en el Anexo II (Resolución 201/2002), está facultado para ampliar los límites de cobertura *de acuerdo a las necesidades individuales de sus beneficiarios* (la cursiva le pertenece al Tribunal). En otras palabras, no constituye una limitación para dichos agentes, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales (*cf.* CNCCFed., esta Sala, doctrina de causas 630/2003 del 15-4-2003 y 14/2006 del 27-4-2006). Por ende, debe ser entendido como un “piso prestacional”, por lo que no puede, como principio, derivar en una afectación del derecho a la vida y a la salud de jerarquía constitucional (*cf.* CNCCFed., Sala de FERIA, causa 8.780/06 del 26-07-07).

7. De acuerdo con el principio general establecido en el art. 6 de la citada ley 24.901, las prestaciones básicas deben ser otorgadas mediante servicios propios o contratados, en tanto la atención por parte de otros especialistas o instituciones requiere que su intervención sea imprescindible, debido a las características específicas del cuadro que afecta al paciente, o cuando así lo determinen las acciones de evaluación y orientación.

En tal orden de ideas, cabe destacar –como ya se dijo– que la amparista presenta demencia que la llevó a un estado de dependencia absoluta en todas las actividades de la vida diaria. También su médica tratante en la prescripción del 26.6.23, en virtud del cuadro clínico que presenta la amparista, indicó continuar con la internación en el establecimiento en la que se encuentra. En tales condiciones, y ponderando que la parte demandada no acreditó poseer en su cartilla de prestadores una institución con las mismas características que la solicitada por la amparista (*cf.* medida para mejor proveer del 2.9.25), corresponde hacer lugar al recurso de la parte actora, y condenar a la demandada a que cubra la prestación de internación de forma **integral**.





Poder Judicial de la Nación
CAMARA CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL- SALA I

En consecuencia, **SE RESUELVE**: modificar la sentencia apelada, conforme surge del considerando n° 6. Con costas de Alzada a cargo de la demandada, quien resultó vencida (art. 68, primer párrafo, del código de rito).

En atención al mérito, la extensión, la eficacia de las labores desarrolladas y la naturaleza del juicio, se **confirman** los honorarios del letrado patrocinante de la parte actora. Dr. **Luis Alberto Buscio** (arts. 16, 29, 48y51 de la ley 27.423).

En relación a las tareas desarrolladas el 7.9.23 y el 4.8.25, resueltas por este Tribunal, se **regulan** los honorarios del Dr. **Buscio** en la suma de **9 UMA**, equivalente a la fecha a \$695.061 (art. 30 de la ley 27.423; Res. SGA CSJN n° 2226/25).

Regístrese, notifíquese y devuélvase.

Florencia Nallar

Juan Perozziello Vizier

Fernando A. Uriarte

Signature Not Verified
Digitally signed by FLORENCIA
NALLAR
Date: 2025.09.30 11:36:10 ART

Signature Not Verified
Digitally signed by JUAN
PÉROZZIELLO VIZIER
Date: 2025.09.30 11:50:47 ART

Signature Not Verified
Digitally signed by FERNANDO
ALCIDES URIARTE
Date: 2025.09.30 12:53:30 ART



#38040639#472669361#20250929094618617