



Poder Judicial de la Nación
JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 3

12695/2024

XXXX, XXXX XXXX c/ OMINT SA DE SERVICIOS
s/AMPARO DE SALUD

Buenos Aires, de mayo de 2025.- EL/APM

Y VISTOS: Para dictar sentencia en este expediente caratulado “XXXX, XXXX XXXX c/ OMINT SA DE SERVICIOS s/AMPARO DE SALUD” (Expte. N°12695/2024), de cuyo estudio,

RESULTA:

1) En autos se presenta el Sr. XXXX XXXX XXXX, en representación de su padre, Sr. XXX XXX XXXX (amparista en la causa), promueve una acción de amparo contra OMINT S.A. DE SERVICIOS (en adelante, OMINT) y solicita la cobertura del 100% del costo de internación en la institución de tercer nivel con atención médica permanente "RESIDENCIA GARDEN" y la cobertura integral (100%) de la medicación prescrita.

Refiere que el amparista es afiliado a la demandada hace muchos años, y cuenta con certificado de discapacidad cuyo diagnóstico es *de la marcha y de la movilidad - Trastorno cognitivo leve - Accidente vascular encefálico agudo - Enfisema - Disnea - Insuficiencia respiratoria"*

Afirma que le ha enviado una carta documento a la demandada solicitando la cobertura objeto de autos (ver documental adjunta), la cual no fue respondida.

Al respecto, enfatiza que la accionada a la fecha de interposición de la demanda, se ha negado sistemáticamente a cubrir integralmente lo solicitado, es decir la prestación de discapacidad al 100% , sin topes ni límites de Internación en una institución de tercer nivel, con atención médica permanente.-



Dice que conforme Informe médico, expedido por el Dr. Corral (ver documental adjunta al escrito de inicio), se le diagnosticó, entre otras patologías, demencia vascular; advirtiéndole que no es autónomo ni auto válido.

Señala que requiere de internación en institución de tercer nivel, con centro de día y atención permanente. Se encuentra contraindicando el cambio de los profesionales y el lugar en el cual hoy en día se encuentra institucionalizada, ello dado su evolución favorable, pero afirma que si OMINT no cumple con su obligación legal, y dada la situación económica, deberá dejar el lugar.

Pone de manifiesto que los gastos de internación son muy elevados y que hasta la fecha fueron costeados con un gran sacrificio económico de sus ahorros, pero los mismos, fueron agotándose.

Agrega que el único ingreso de su padre es su escasa jubilación.

Refiere a la normativa del caso y a los derechos que considera cercenados.

Cita jurisprudencia, alude a la viabilidad del trámite de amparo iniciada, ofrece prueba y hace reserva del caso federal.

Luego toma intervención de manera precautoria en protección de los derechos del amparista en autos la Sra. Defensora Pública Oficial en fecha 10/06/2024.

3.- Que, luego de ser intimada la demandada por parte del tribunal en cuanto a la cobertura solicitada, el 18/06/2024 se hace lugar a la medida cautelar requerida mediante la cual se ordena a OMINT a

“brindar al Sr. XXX XXXXX cobertura de internación en la Institución "Residencia Garden", donde se encuentra actualmente (a los valores dispuestos en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad, para el módulo “Hogar Permanente con Centro de Día, Categoría A, más el 35 % en concepto de dependencia”), más la medicación correspondiente conforme lo prescripto por su médico tratante (en los términos de lo dispuesto en el último párrafo del considerando d.) hasta el dictado de la sentencia definitiva.”





Poder Judicial de la Nación
JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 3

4.- Más tarde, con fecha 09/12/2024 se presenta el Sr. XXX XXXX XXXX y ratifica la presente acción y todo lo actuado por su hijo. Luego, se requiere a OMINT, un informe circunstanciado acerca de los antecedentes y fundamentos de la cuestión invocada por la accionante, en los términos del art. 8 de la ley 16.986.

5.- A su turno, se presenta la demandada, mediante apoderado, produce el informe previsto en el art. 8 de la ley 16.986, cuestiona la vía elegida y solicita el rechazo de la acción interpuesta, con costas.

Realiza una negativa de los hechos alegados por la parte actora.

Afirma que su mandante jamás ha negado la cobertura de una prestación médica a la que por ley o por términos y alcance del contrato celebrado entre las partes, estuviera obligada, y por lo tanto, su accionar no ha sido abusivo o arbitrario respecto a las normas que regulan la materia, señalando que el pedido efectuado por la actora no se ajusta a lo establecido por la normativa legal vigente.

Agrega que respecto de la medicación requerida, corresponde a OMINT brindar a sus asociados cobertura 100% de aquellos medicamentos inherentes a la patología discapacitante descripta en el Certificado Único de Discapacidad ("CUD"). Dice que, el Sr. Mateo Biscayart tiene habilitada la cobertura 100% de los medicamentos Quetiapina; Escitalopram; Fluticasona /Furoato /Umeclidinio; Montelukast/Levocetirizina; Melatonina.

Dice que en cuanto al pedido de internación, OMINT ha ofrecido diferentes opciones de cobertura integral al 100%.

Pone de manifiesto que a los fines de que Omint pueda valorar cobertura de "hogar para personas con discapacidad" (en prestador propio o en la modalidad de reintegro) y asesorar a la familia, se informó que debían acompañar una serie de documentación; que a la fecha no ha podido evaluar el requerimiento, en virtud de que falta documentación. Por ende, afirma que no es posible afirmar que su mandante ha rechazado la cobertura.



Por último, resalta que la "residencia Garden" no es un hogar para personas con discapacidad, sino un establecimiento geriátrico. Y que por ello la cobertura de geriátrico no se encuentra contemplada en el plan contratado, ni en el PMO, como tampoco en la normativa de discapacidad.

Cita el derecho aplicable, ofrece prueba y hace las reservas del caso.

6.- Que con fecha 26/02/2025 se declara la causa en condiciones de resolver, se expide el Ministerio Público Fiscal y la Defensoría y se llaman los AUTOS A RESOLVER;

CONSIDERANDO:

I.- Cabe recordar que a partir de la reforma constitucional de 1994 el derecho a la salud se encuentra expresamente reconocido con jerarquía constitucional por el artículo 75 inciso 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.

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.

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.





Poder Judicial de la Nación
JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 3

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 particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad, situación en la que se encuentra la parte actora.

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 (conf. Corte Suprema, Fallos: 323:3229).

Por su lado, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores posee como finalidad promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad (art. 1).

También es doctrina de la Corte Suprema que en la actividad de las obras sociales ha de verse una proyección de los principios de la seguridad social, a la que el artículo 14 bis de la Constitución Nacional confiere carácter integral, que obliga a apreciar los conflictos originados por su funcionamiento con un criterio que no desatienda sus fines propios (conf. Corte Suprema de Justicia de la Nación, doctr. Fallos: 306:178; 308:344 y 324:3988).

Tales fines, que hacen a la existencia y trascendencia de las obras sociales, están enunciados en la ley 23.661, y son proveer al otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en



base a un criterio de justicia distributiva (conf. art. 2º, primer párrafo, de la ley 23.661), todo ello en el marco de un sistema cuyo propósito es procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica (art. 1º; CNCCFed., Sala I, doct. causas 4339 del 16.7.2002 y 1265/02 del 1.10.02).

Ha dicho, asimismo, el Alto Tribunal en relación con las obras sociales que tienen como función específica y obligación primordial, la prestación médica integral y óptima. Para ello cuenta con “la afluencia de medios económicos que administra a fin de organizar adecuadamente aquel servicio, y en ello ha de contemplarse la competencia, idoneidad y dedicación de los profesionales que se incorporan a la misma, incluidos los especialistas, así como de todo personal afectado, e igualmente, la aptitud de los medios empleados y toda la infraestructura del servicio médico en cuestión. Estos diversos aspectos, además, deben considerarse con sentido dinámico, esto es, en su compleja interacción enderezada a resguardar la vida y la salud de los afiliados prestatarios del servicio. El adecuado funcionamiento de aquel sistema se cumple no sólo con la presencia pasiva o uso meramente potencial, sino que resulta imprescindible, además que todos ellos se articulen activamente en cada momento y con relación a cada paciente. Porque cada individuo que requiere atención médica pone en acción todo el sistema” (conf. Dictamen del Procurador General en el fallo de la CSJN, “González Oronó de Leguizamón, Norma M. c/ Federación de Trabajadores Jaboneros y Afines”, Fallos 306:182).

Por otro lado, tal como lo destacó la Sala I de la Excma. Cámara del fuero en la causa N°3624/2015, del 2/5/18, es importante señalar que la ley 24.901 instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y rotección, con el objeto de brindarles 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





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 3

asistencia básica enunciada en la ley, que necesiten los afiliados con discapacidad (art. 2).

Entre estos servicios se encuentran las 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 servicio específicos, enumerados al sólo efecto enunciativo en el capítulo V, que integrarán la canasta básica que debe brindarse 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 brinden los entes obligados por esta ley (art. 39, inc. b).

La amplitud de la asistencia prevista en la ley 24.901 resulta justada a su finalidad, que es la de lograr la integración social de las personas con discapacidad (ver arg. arts. 11, 15, 23 y 33).

En suma, la atención y asistencia integral de la discapacidad -expresada tanto en la normativa que rige la materia cuanto en la jurisprudencia del Alto Tribunal que pone énfasis en los compromisos asumidos por el Estado Nacional en cuestiones concernientes a la salud (doctr. Fallos 323:1339 y 3229, 324:3569)-, constituye una política pública de nuestro país que, como tal, debe orientar la decisión de los jueces llamados al juzgamiento de esos casos (conf. asimismo los fundamentos del dictamen del Procurador General de la



Nación en la causa “Lifschitz, Graciela Beatriz y otros c. Estado Nacional”, L.1153.XXXVII, a los que se remite la Corte Suprema en la sentencia del 15.6.04).

II.- Por otro lado, la ley 26.682 -que establece el marco regulatorio de la medicina prepaga-, dispone en su artículo 1° que su objeto es establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria, los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las Leyes 23.660 y 23.661, y que quedan también incluidas en sus disposiciones 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...”.

III.- Asimismo, importa señalar que en autos se encuentra acreditada la afiliación del amparista a la demandada, la discapacidad que padece, su cuadro de salud y el tratamiento indicado (conf. documental aportada con la demanda).

La cuestión a resolver se ciñe respecto de la cobertura en la institución en la cual se encuentra internado el actor -RESIDENCIA GARDEN- junto con la medicación requerida.

Así, con fecha 03/04/2024, el Dr. Ricardo Corral prescribió que:

Conclusiones:
El Sr. Biscayart padece Demencia de origen vascular lo que limita sus capacidades vitales y autonomía. Requiere asistencia continua y permanente. Se indica internación en institución de tercer nivel con centro de día, con atención de enfermería y médica en forma permanente. Actualmente se encuentra internado en Residencia Garden, Juramento 3184 CABA. Cualquier cambio de institución o de equipo tratante está contraindicado dada la gravedad de su patología y adecuación a la institución.-
Medicado con Quetiapina 50 mg/ día y Escitalopram 10 mg

Sentado lo anterior, en función de la indicación médica citada, la que no fue controvertida mediante opiniones científicas contrarias, cabe concluir que corresponde otorgar la cobertura a la actora en la institución reclamada, cuyas condiciones reglamentarias e idoneidad como prestador no fueron cuestionadas en la causa (conf. Fallos 343:2176).





Poder Judicial de la Nación
JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 3

En esta línea de ideas, cobra relevancia citar que el Superior reiteradamente ha concluido, que se debe estar a la recomendación del médico tratante, que se encuentra a cargo del paciente y es el profesional, en definitiva, responsable del tratamiento (conf. CNCCFed. Sala I, causa n° 3.181/10 del 16/09/10, causa 7112/09 del 03/08/10, causa 5265/10 del 16/09/10 y sus numerosas citas, causa n° 3687/10 del 02/09/10, causa n° 2150/10 del 27/04/10 y causa n° 3073 del 19/06/07 y Sala III, causa n° 6.057/10 del 28/10/10 y causa n° 1634/10 del 18/06/10 y sus citas).

IV.- A los fines de establecer la extensión de la cobertura cabe recordar que la cobertura integral que deben otorgar las prestadoras de servicio de salud, como obras sociales, empresas de medicina prepaga, etc., es a través de sus prestadores propios o contratados (ver art. 6 de la ley 24.901 por tratarse de una persona con discapacidad), y que, como principio, no es admisible que una vez iniciado un tratamiento en forma particular con un prestador ajeno a aquéllas -como consecuencia de un acto voluntario del afiliado sin la intervención de dichas entidades- puedan resultar obligados a cubrir su costo (conf. CNFed. Civ. y Com., Sala III, causa 10960/07 del 16 .09.2008; Sala II, doctrina de las causas 1101/00 del 6.06.2002 y 7700/02 del 16.12.2003).

No obstante ello, en supuestos particulares se han admitido excepciones a ese principio general en el que se asienta el sistema de salud (obras sociales y planes cerrados de medicina prepaga), cuando se acreditan en forma suficiente especiales circunstancias que la justifiquen, o en el supuesto de que el agente de salud no tenga entre sus prestadores profesionales idóneos o de instituciones adecuadas para la atención del beneficiario (conf. CNFed. Civ. y Com., Sala III, doctrina del as causas 5450/06 del 20.07.2006; 2179/07 del 17.05 .2007; 9043/01 del 4.09.2007; 3742/08 del 13.08.2009; 1233/07 del 7 .10.2009; 8728/09 del 1.12.2009; 6041/11 del 6.10.2011 y 7.205/10 del 20/12/11).

Ello sentado y teniendo en cuenta que resulta indispensable mantener al actora internada en la "Residencia Garden", así como también el complejo cuadro de salud del accionante y que la



demandada no acreditó en la causa un ofrecimiento de cobertura con prestadores propios o contratados que se encuentren en condiciones de brindar adecuadamente las prestaciones requeridas, permiten tener por configurado uno de los supuestos especiales que justifican obligar a la demandada a otorgar la cobertura con un prestador ajeno a la cartilla.

En consecuencia, para el caso que la institución referida no sea prestadora de la demandada, deberá ser cubierto hasta el límite del valor asignado en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para ~~PHOGAR~~ **HOGAR** con Discapacidad para el módulo **PERMANENTE, CATEGORÍA A, CON CENTRO DE DIA**” (conf. Res. 428/99 del Ministerio de Salud de la Nación y sus modificatorias). A ello se deberá adicionar el 35 % en concepto de dependencia, teniendo en cuenta lo que surge de las certificaciones médicas obrantes en autos, que no fueron controvertidas por la accionada con criterio médico alguno. Claro está que si el monto de la cuota mensual resulta ser inferior a lo establecido por el nomenclador, dicha suma será el tope de reintegro. Asimismo se ordena la cobertura del 100% respecto de los medicamentos prescritos a la amparada por el profesional tratante.

A los fines de efectivizar la presente, hágase saber a la demandada que deberá efectuar los reintegros de las facturas dentro de los **diez días** desde la presentación de la factura respectiva (arg. Sala I causa 1323/18 del 27.11.18).

Por las consideraciones que anteceden, **RESUELVO:**

I.- Otorgar al Sr. X Mateo BISCAYART la cobertura de internación en la institución "RESIDENCIA GARDEN" en un 100% para el caso que sea prestadora propia o contratada por la accionada, o hasta el límite del valor asignado en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad para el módulo **“HOGAR PERMANENTE, CATEGORÍA A, CON CENTRO DE DIA**” (conf. Res. 428/99 del Ministerio de Salud de la Nación y sus modificatorias). A ello se deberá adicionar el 35% en concepto de dependencia, como asimismo la medicación en un 100%.

II.- Costas a la demandada vencida (art. 68 del Código Procesal).





Poder Judicial de la Nación
JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 3

III.- Teniendo en cuenta la naturaleza del asunto, la calidad, mérito y extensión de los trabajos realizados, regulo los honorarios del letrado de la parte actora, **Dr. Luis Alberto Buscio**, en **10 UMA**, equivalente a \$827,820, conforme arts. 48 y 29, inc. b) de la ley 27.423 y Res. SGA 580/2025 de la C.S.J.N.

Hágase saber los letrados de la parte demandada que sus honorarios serán fijados una vez que acredite no encontrarse comprendido en el art. 2 de la ley de arancel.

El pago de la alícuota del IVA -en caso de corresponder- será soportado por la obligada al pago de los emolumentos regulados, siendo la base imponible el monto de estos (conf. CNCCFed., Sala II, causa 9121 del 26/3/93; CNCom., Sala A del 21/4/92, pub. En el Diario El Derecho el 2/7/92 y Dictamen DGI División Jurídica “A” del 26/2/92).

En virtud de lo dispuesto por el art. 54, in fine, de la ley 27.423, se establece para el caso de mora en el pago de los honorarios profesionales, que estos devengarán intereses, aplicándose, a tal fin, la Tasa Pasiva Promedio del Banco Central de la República, hasta el día de su efectivo Argentina (BCRA) pago. Ello debe juzgarse así, pues, el pago es considerado definitivo y cancelatorio únicamente si se abona el monto de moneda de curso legal que resulte equivalente a la cantidad de UMA contenida en la resolución regulatoria, según su valor vigente al momento del pago (conf. art. 51, in fine, de la referida legislación), con más los correspondientes intereses moratorios.

En relación al cómputo de intereses por mora, debe estarse a la interpretación mayoritaria efectuada por la Excma. Cámara del fuero, en tanto si la regulación de primera instancia no es apelada, la firmeza de la resolución dará pie a que el cálculo se inicie desde ese entonces, en tanto que si la regulación es materia de recurso, los litigantes y sus letrados deberán aguardar a la fijación definitiva que establezca el Tribunal de Alzada, debiendo en caso de mora, computarse desde la fecha de la resolución de la segunda instancia (Confr. CNCCFed., Sala III, causa n°3686/2017 del 09/09 /2022, Sala I causa nro. 6598 /2017 del 29/11/2022).



Regístrese, notifíquese a las partes y al Señor Fiscal Federal y oportunamente, ARCHIVASE.

Signature Not Verified
Digitally signed by JUAN RAFAEL
STINCO Date: 2025.05.15
11:09:49 ART



#38982141#454086202#20250507221608114