



Poder Judicial de la Nación
JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 1

13204/2023

xxxx, xxx c/ OSDE s/AMPARO DE SALUD

Buenos Aires.- SML

AUTOS Y VISTOS:

Para dictar sentencia en estos autos caratulados “xxxx, xxx c/ OSDE s/AMPARO DE SALUD” (Expte. N° 13204/2023), de los que;

RESULTA:

1). Que, con fecha 19.09.2023, se presenta el Sr. xxxxxx xxxxxxxxxxxx, en representación de su padre (conf. Copia de la partida de nacimiento acompañada al escrito inicial), Sr. xxxxx xxxxxxxxxxxx, iniciando acción de amparo contra OSDE con el objeto de que le brinde al amparista la cobertura integral (100%) -sin topes ni límites- de las siguientes prestaciones por discapacidad: a) internación en institución de tercer nivel con centro de día y atención permanente en "Ledor Vador", donde ya se encuentra internado desde hace tiempo y b) medicación (conforme detalle que acompaña). Para fundar su pretensión, relata que su padre sufre de arritmia, caídas múltiples, hipertensión, enfermedad panvascular, entre otras patologías. Asimismo, indica que es una persona con discapacidad, por lo que corresponde que le sea otorgada la cobertura al 100% de todas las prestaciones que requiere, en función de lo dispuesto por la ley 24.901.

Dice que, en función del estado de salud del amparista, aquel es dependiente absoluto para todas las actividades de la vida diaria por lo que requiere de atención y cuidados permanentes, los cuales -en la actualidad- le están siendo brindados en la residencia indicada.

Así las cosas, refiere que reclamó a la accionada la cobertura de la internación de su progenitor, a lo cual recibió una negativa a su pedido.



Ello así, aduce que ya no cuenta con los recursos económicos para seguir afrontando los costos de la institucionalización en cuestión, por lo que recurre ante VS a fin de que se ordene a la accionada a otorgarle al actor la cobertura que por su discapacidad necesita.

Funda en derecho su postura; cita jurisprudencia; solicita el dictado de una medida cautelar y ofrece prueba.

Con fecha 11.10.2023 se hace lugar a la medida cautelar solicitada, la cual es confirmada por el Superior el 20.08.2024.

2). Que, con fecha 18.09.2024, se presenta la apoderada de OSDE y contesta el informe previsto en el art. 8 de la Ley 16.986.

En primer término, efectúa una negativa pormenorizada de los hechos relatados por la parte actora, aunque reconoce la afiliación del amparista a OSDE, que el mismo padece una discapacidad y que se encuentra internado en la residencia “Ledor Vador”.

Seguidamente, se expone acerca de la improcedencia de la acción de amparo y sobre la relación entre el afiliado y OSDE.

Sobre el caso particular de autos, indica que si bien el actor al ser titular del certificado de discapacidad obrante en autos, resulta acreedor de las prestaciones que le garantiza la ley 24.901, dicha norma establece un sistema de prestaciones básicas de atención “integral” a favor de las personas con discapacidad, el cual no es absoluto sino que se encuentra debidamente reglamentado por la misma ley y sus concordantes (en particular, el “Nomenclador de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad” establecido por la Resolución N° 428/1999 del Ministerio de Salud de la Nación).

Ello así, expone que, contrariamente a lo afirmado por la parte actora, la ley 24.901 no contempla la cobertura de todos los requerimientos de las personas con discapacidad en la modalidad que éstas o sus representantes pretendan, sino que establece cuáles son las prestaciones que las obras sociales deberán garantizar a sus beneficiarios y bajo qué circunstancias deberán hacerlo, no cumpliéndose en autos con las pautas allí establecidas.





Poder Judicial de la Nación
JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 1

En dicho entendimiento, advierte que su representada no está obligada a otorgar la prestación de internación geriátrica, sino la cobertura de otras prestaciones que funcionan como “Sistemas Alternativos al Grupo Familiar”, siempre y cuando se indique la necesidad del recurso terapéutico de internación, para lo cual deben cumplirse dos requisitos mínimos para que la persona con discapacidad acceda a la prestación, los cuales son acreditar un grado de discapacidad que así lo justifique y que sea indicado por el equipo interdisciplinario de la Obra Social y que el afiliado carezca de un grupo familiar continente; requisitos que no se encuentran verificados en el caso de la aquí amparista.

Así las cosas, señala que, en el caso de que la cobertura requerida sea procedente, la cobertura integral de las prestaciones procede con los prestadores propios o contratados por OSDE, lo cual se indica además en la cartilla médica del plan de cobertura de la parte actora, por lo que arguye que el requerimiento de la contraria es improcedente toda vez que, haciendo caso omiso a la normativa vigente, optó desde un principio por una institución ajena a su mandante, pretendiendo, tiempo después, hacer responsable a OSDE de las decisiones unilateralmente por ella tomadas.

En relación a los medicamentos, expone que aquellos que estén directamente relacionados con la patología discapacitante tendrán cobertura del 100% de su costo, mientras que los restantes se regirán según lo establecido por la Res. 310/2004SSS, es decir, con cobertura al 40 % o 70 % (de acuerdo al medicamento que se trate), mediante farmacias contratadas.

Funda en derecho su postura; ofrece prueba; cita jurisprudencia; formula la reserva del caso federal y requiere que, oportunamente, se rechace la acción, con costas.

3). Que, con fecha 26.11.2024, se declara la causa como de puro derecho; el 10.12.2024 Dictamina el Sr. Fiscal Federal y, ulteriormente, se llaman "AUTOS A RESOLVER", y;

CONSIDERANDO:



I). Que en los términos en que ha quedado delimitado el tema a resolver, cabe recordar que la acción de amparo resulta ser un proceso extremadamente simplificado en sus aspectos formales y temporales, dado que por esta vía se persigue reparar en forma urgente la lesión a un derecho de rango constitucional, siempre que no se trate de dilucidar cuestiones que, eventualmente, requieran mayor amplitud de debate y prueba (conf. CNFed. Civ. y Com. Sala I, causa n° 16173/95, del 13.06.95; ídem Sala II, arg. causas 7743/93 del 07.12.93 y 54551/95 del 13.03.96; Palacio, Lino E. "Derecho Procesal Civil", t. VII, pág. 137).

Desde esta perspectiva, ponderando el alcance de la pretensión incoada, considero que la vía elegida es la adecuada para dirimir la presente controversia.

II). 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 del amparista, 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 n° 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.

Desde esta perspectiva, cabe recordar que resulta una obligación impostergable de las autoridades públicas, de las obras sociales y de las entidades de medicina prepaga emprender acciones positivas dirigidas a facilitar el acceso efectivo a los servicios médicos y de rehabilitación, habida cuenta que, siendo el derecho a la vida -que incluye la salud- el primer derecho de la persona garantizado por la Constitución Nacional y los Tratados Internacionales, el mismo no puede ser menoscabado sobre la base de





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 1

la interpretación de normas legales o reglamentarias que tengan por el

resultado de para los discapacitados (SINFEJAL Civ. y Com. Sala III, doc. causa n° 4343/02 del 21.3.05, y sus citas).

Asimismo, es apropiado puntualizar que la ley 22.431 de Sistema de Protección Integral de las Personas Discapacitadas, dispone en su art. 15 que las obras sociales deben garantizar a todos sus beneficiarios el otorgamiento de las prestaciones médico asistenciales básicas, incluyéndose dentro de este concepto las que requiera la rehabilitación de las personas discapacitadas con el alcance que la reglamentación establezca.

Por su lado, el decreto reglamentario nro. 498/83 dispone que las obras sociales deben fijar un presupuesto diferenciado para la atención de discapacitados y un régimen objetivo de preferencia en la atención, debiendo ser la

duración de los tratamientos la suficiente y necesaria para que se alcancen los objetivos de rehabilitación médico asistencial planteados en cada caso (conf. art. 15 anteúltimo y último párrafos del dto. citado).

A su vez y en lo que aquí concierne, la Ley 24.901, que modificó la Ley 22.431 citada, establece en su art. 2° que “las

Obras Sociales...tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas”. Entre esas prestaciones se encuentran las prestaciones de rehabilitación (art. 15); y asistenciales, que tienen la finalidad de cubrir requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (art. 18).

Además, la Ley 24.901 -en el capítulo V- enumera, al solo efecto enunciativo, la prestación de servicios específicos que integrarán las prestaciones básicas que deben brindarse a las personas con discapacidad, en concordancia con criterios de patología (tipo y grado), edad y situación socio-familiar y que pueden ser ampliados y modificados por la reglamentación (art. 19).



estas entes ~~Asimismo, el actor es una persona con discapacidad, ya que las prestaciones básicas de salud que debe ser contratadas (art. 6) los que “en todos los casos” la cobertura integral de rehabilitación se deberá brindar con los recursos humanos, metodologías y técnicas que fuere menester, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera (arts. 12 y 15).~~

Es dable agregar, que la amplitud de las prestaciones previstas en la Ley 24.901 resulta ajustada a su finalidad, que es la de lograr la integración social de las personas con discapacidad (ver arts. 11, 15, 23 y 33).

También es imprescindible destacar que, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley 25.421, “...las instituciones y organizaciones prestadoras de salud públicas y privadas deberán disponer, a partir de la reglamentación de esta ley, los recursos necesarios para brindar asistencia primaria de salud mental a la población bajo su responsabilidad, garantizando la supervisión y continuidad de las acciones y programas ...” (art. 3).

Mientras que la Ley 26.657 referida al “Derecho a la Protección de la Salud Mental” establece la obligación de los efectores de salud de brindar a las personas con discapacidad mental “la atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de la salud” (arts. 6 y 7).

III). Que sentado el marco normativo en que la presente debe ser analizada, cabe señalar que con litis la prueba documental aportada con el escrito de inicio, queda demostrada la afiliación del amparado a la demandada, el carácter de persona con discapacidad del Sr. Czerwonko y la concreta orden médica de las prestaciones reclamadas acorde a su cuadro de salud.

Encuadrada así la cuestión, no es dudosa la procedencia de esta acción, toda vez que el actor es un paciente con diagnósticos varios invalidantes, a la vez que es una persona con discapacidad, que reclama la cobertura de diversas prestaciones acorde a su patología.





Poder Judicial de la Nación
JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 1

Así pues, considerando que las prestaciones que los agentes del seguro de salud deben brindar a sus beneficiarios deben ser satisfechas de manera total (CNF. Civ. y Com., Sala I, causa 3165/00 del 27.3.01 y sus citas; ídem causa 1082/01 del 29.3.01; ídem., causa 1782/01 del 19.4.01) y teniendo en cuenta que la cobertura reclamada se encuentra prevista en la normativa aplicable, resulta viable la admisión de la acción en relación a la internación precripta al actor por su médico tratante.

En este sentido, corresponde considerar que, en razón de la amplitud de las prestaciones previstas en la ley 24.901, es claro que su cobertura debe ser encuadrada en las prestaciones asistenciales y de rehabilitación previstas por los arts. 15, 18 y sgtes. de la referida normativa (CNFed. Civ. y Com., Sala II, causa 3080/97 del 29.10.98; 1020/03 del 3.4.03).

De tal modo, no habiéndose dado solución al problema suscitado, debe concluirse que la actitud de la demandada priva al afiliado de las prestaciones requeridas para el resguardo del tratamiento de la discapacidad que presenta, con grave menoscabo a su estado de salud, lo cual implica una conducta que no es ajustada a derecho y encuadra en la calificación de "ilegalidad o arbitrariedad manifiesta" a la que refiere el art. 1º de la Ley 16.986, toda vez que coloca al beneficiario en un estado de indefensión y desamparo que indudablemente conculca el derecho fundamental a la salud expresamente reconocido en la Constitución Nacional, que no debe ser admitido en sede judicial, por lo que corresponde hacer lugar a la acción promovida, con el alcance que se establece a continuación.

IV). Que admitida su procedencia en lo sustancial, en lo atinente a los alcances internación de la cobertura de de tercer nivel, debe tenerse en cuenta que fue la parte actora quien antes del inicio de la acción se internó en la residencia "Ledor Vador" (cfr. manifestaciones efectuadas en el líbello de inicio y documentación acompañada al escrito inicial) sin haber acreditado en modo alguno la conformidad de la demandada.

Ello así, debe ponderarse que el sistema no contempla -como principio- la libre elección de médicos y/o prestadores,



sino que está estructurado en función de los profesionales e instituciones contratados por las obras sociales para la atención de sus afiliados (conf. CNFed. Civ. y Com., Sala I, causa 11.071/05 del 20-12 -05). De otra manera, los afiliados podrían por sí concurrir a una institución asistencial y reclamar luego el reintegro de los gastos a su obra social o entidad de medicina prepaga sin limitaciones, lo que no es admisible (conf. CNFed. Civ. y Com., Sala 3, causa 3775/09 del 15.6.10 y sus citas).

Consecuentemente, a fin de conciliar estos principios con los hechos reseñados, corresponde reconocer el derecho del afiliado de acuerdo a 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, con los alcances que se indicarán en la parte resolutive de este pronunciamiento. Y es que, de lo contrario, de accederse sin más a los requerimientos de cobertura sin límite alguno de los afiliados en instituciones no contratadas o a través de profesionales que no pertenecen al staff de la entidad asistencial, se desbarataría el sistema sobre el que se articula el funcionamiento de las obras sociales (conf. CNFed. Civ. y Com., Sala III, causa 7.886/06 del 05.09.06).

V). Que, respecto al reclamo de los **medicamentos**, considerando la avanzada edad del actor, el derecho constitucional involucrado, así como los específicos términos de la prescripción del médico tratante (cfr. indicación médica acompañada al líbello inicial) y a los fines de otorgarle un tratamiento concreto para tratar su delicado estado de salud y de acuerdo a la discapacidad que padece -alcanzada, en consecuencia, por las previsiones dispuestas en la ley 24.901-, es que corresponde ordenar su cobertura integral (conf. en este sentido, CNCiv. y Com. Fed., Sala I, causas 4577/17 del 7.12.17 y 3470/17 del 21.12.17 y “Guitian Marta Graciela c/Osde s/amparo de salud”, causa n° 3735/19/CA1, del 7/02/2020).

Por los argumentos que anteceden y de conformidad con lo dictaminado por el Sr. Fiscal Federal, **FALLO:**





Poder Judicial de la Nación
JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 1

1) Haciendo lugar a la acción de amparo incoada. En consecuencia, condeno a **OSDE** a brindar al **Sr. xxxx xxxxx**, **DNI N° xxxxxx**:

A) la cobertura integral de la internación solicitada en la residencia "**LEDOR VADOR**" en caso de no superar el monto establecido por la normativa aplicable, o bien de acuerdo a 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, correspondientes al **Módulo Hogar Permanente con Centro de Día Categoría A** (establecido en el pto. 2.2.2 de la Resolución citada) **con más el 35% en concepto de dependencia**, en atención a lo que surge de los certificados médicos acompañados al escrito inicial (conf. CNCCFed, Sala III causa 3188/13 del 08.10.2013), conforme facturación detallada que deberá ser presentada ante la demandada en la forma que estuviere prevista en la relación contractual que exista entre ella y los prestadores pertinentes y abonada dentro de los quince días de presentada cada factura, debiendo continuar en forma ininterrumpida cubriendo el costo de dicha prestación, con el alcance establecido precedentemente y por el tiempo que indiquen los médicos tratantes, y;

B) la cobertura integral (**100%**) de los **medicamentos** que le fueron prescritos al amparista, de acuerdo a las indicaciones que brinden los médicos tratantes y mientras dicha indicación subsista.

2) Las costas del proceso se imponen a la demandada vencida (conf. art. 14 de la ley 16.986).

3) Teniendo en cuenta el mérito, eficacia y extensión de la labor desarrollada, la etapa procesal cumplida y la trascendencia jurídica, moral y económica que para la parte actora tiene este proceso, regulo los honorarios del letrado patrocinante de la parte accionante, **Dr. Luis Alberto Buscio**, en la cantidad de **15 UMAs** -equivalentes a la fecha a \$996.540- (conf. arts. 16 y 48 de la ley 27.423 y Resol. SGA N° 3495/24 de la CSJN).



Los honorarios regulados no contienen el impuesto al valor agregado.

Hágase saber que los honorarios correspondientes a la representación letrada de la demandada se fijarán una vez que acrediten no encontrarse comprendidos en el art. 2 de la ley de arancel.

4) 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. **de los profesionales que intervienen en el tratamiento 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 allá de su posterior acreditación en autos.**

Regístrese, notifíquese y, oportunamente, archívese.

