



Poder Judicial de la Nación
JUZGADO FEDERAL DE NEUQUEN 1
FGR 10118/2024

Neuquén, 12 de febrero de 2026.

Y VISTOS: Para dictar sentencia en estos autos caratulados: “**T., B.A. c/ SWISS MEDICAL S.A s/PRESTACIONES MEDICAS**” (Expte. N° FGR 10118/2024); de los que

RESULTA: 1) Que se presenta B.A. , por derecho propio, a interponer acción de amparo contra SWISS MEDICAL S.A, a los fines de obtener la cobertura de una cirugía de osteotomía tipo Lefort I en tres segmentos, en bayoneta de intrusión, ligero avance y nivelación para lograr competencia y torque esqueletal, fijada con 4 placas preformadas con tornillos de 2.0 mm en L para estabilización esqueletal procedimiento a realizarse bajo anestesia general por intubación nasal.

Relata que se encuentra afiliada a la demandada y que fue diagnosticada con una deformidad en el desarrollo dentofacial, presentando una clase III esqueletal con hipoplasia sagital y vertical maxilar severo, mordida abierta anterior esqueletal severa, entre otras características.

Explica que su médico le prescribió la práctica quirúrgica reclamada, explicando que de no realizarse se agudizarían los problemas de deglución, digestivos, aumento de riesgos de caries, dolores musculares, apneas, entre otros, pero que la demandada no brindó la cobertura requerida.

Funda los recaudos de la vía procesal intentada, hace reserva del caso federal, ofrece prueba y peticiona.

2) Corrido traslado de la acción, se presentó el 16/3/2025 la accionada a contestarlo, solicitando su rechazo.

Relata que la Sra. T., se encuentra afiliada a Swiss Medical bajo el plan denominado “SMG20” de características cerrado.

Destaca que las coberturas comprendidas dentro de ese plan se encuentran delimitadas por la normativa aplicable y los términos contractuales suscriptos.

Explica que la actora reclama la cobertura al 100% de la cirugía reconstructiva dentomaxilofacial de clase 3, la cual no posee regulación legislativa que estipule su otorgamiento y, además, tampoco se encuentra dentro del plan contratado por la actora.

Sostiene que, en tanto la cobertura pretendida no se encuentra contemplada en la legislación vigente ni en el plan médico que posee la actora, su representada ha denegado la solicitud por carecer de sustento legal, contractual o médico que justifique su otorgamiento.

Relata que tal circunstancia fue oportunamente informada a la actora con motivo del reclamo formulado ante la Superintendencia de Servicios de Salud, caratulado “T.,, B.A. c/ SWISS MEDICAL S.A. s/ Reclamo Superintendencia de Servicios de Salud”, Reclamo N° 241.050, el cual fue respondido en el mes de abril de 2022. Asimismo, sostiene que en igual sentido se contestó la carta documento remitida en junio de 2023.

Expone que su representada, al celebrar contratos de medicina prepaga, establece distintos planes con diferentes precios, calidades, cobertura y red de prestadores.

Destaca que, conforme al plan contratado por la actora (“SMG20”), la cobertura de patologías odontológicas —en lo relativo a su prevención, diagnóstico y tratamiento— se rige por lo establecido en el Programa Médico Obligatorio (PMO), y que la prestación requerida no se encuentra contemplada en dicho régimen.

Resalta que el plan contratado por la actora no incluye la práctica de ortodoncia , ni por sistema abierto ni por sistema cerrado, lo que la actora



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE NEUQUEN 1
conoce, y obsta a que ahora exija la cobertura integral de la intervención quirúrgica que constituye el objeto del litigio.

Por último, explica que, la cobertura tampoco se encuentra dentro de las políticas de coberturas por excepción que su representada contempla.

Concluye que el presente reclamo excede los parámetros del plan contratado y resulta incompatible con la conducta asumida por la actora, quien libremente optó por él. Agrega que dicho plan no puede ser considerado “ilimitado”, pues ello desnaturalizaría el sistema de medicina prepaga.

Ofrece prueba, niega expresamente la documental aportada por la parte actora y peticiona el rechazo de la acción.

3) Celebrada la audiencia prevista por el art. 360 del CPCyC el 2/9/2025, se declaró fracasada la instancia conciliatoria, allí mismo se dispuso la apertura del período probatorio, produciéndose la única prueba ofrecida (informativa a la Superintendencia de Servicios de Salud) a fs. 74., tras lo cual se clausuró el periodo probatorio y se llamó AUTOS para dictar sentencia; y

CONSIDERANDO: I. Que la Sra. B.A. T., pretende que se le otorgue cobertura de una cirugía de osteotomía tipo Lefort I en tres segmentos, en bayoneta de intrusión, ligero avance y nivelación para lograr competencia y torque esqueletal, fijada con 4 placas preformadas con tornillos de 2.0 mm en L para estabilización esqueletal procedimiento a realizarse bajo anestesia general por intubación nasal.

La demandada niega que se encuentre obligada a brindar la cobertura que se reclama en tanto no se encuentra previsto en el Programa Médico Obligatorio (PMO), ni en el plan contratado por la actora.

No se controvierte -es un hecho cierto- que la actora se encuentra afiliada a la demandada y que fue diagnosticada con una deformidad en el desarrollo dentofacial, presentando una clase III esqueletal con hipoplasia

sagital y vertical maxilar severo, mordida abierta anterior esquelética severa, entre otras características.

También lo es, que le fue indicada una cirugía de osteotomía tipo Lefort I en tres segmentos, en bayoneta de intrusión, ligero avance y nivelación para lograr competencia y torque esquelético, fijada con 4 placas preformadas con tornillos de 2.0 mm en L para estabilización esquelética procedimiento a realizarse bajo anestesia general por intubación nasal, para evitar que se agudicen los problemas de deglución y digestivos que la actora padece así como el aumento de riesgos de caries, dolores musculares, apneas, entre otros.

La accionada admite además haber negado la cobertura requerida por no estar obligada a ello desde su punto de vista.

II. Así trabada la litis, corresponde previo a todo evaluar la admisibilidad de la acción.

Al respecto, menester es tener presente que de acuerdo a la Corte Suprema de Justicia de la Nación, “*...el amparo es un proceso excepcional, utilizable en delicadas y extremas situaciones en las que, por carencia de otras vías aptas, peligra la salvaguarda de derechos fundamentales, y exige circunstancias muy particulares caracterizadas por la presencia de arbitrariedad o ilegalidad manifiesta que, ante la ineficacia de los procedimientos ordinarios, originan un daño concreto y grave, sólo eventualmente reparable por esta vía urgente y expeditiva (Fallos: 310:576 y 2740; 311:612, 1974 y 2319; 314:1686; 317:1128; 323:1825 y 2097; 330:1279, entre muchos otros).* (“Provincia de San Luis c. Estado Nacional s/ amparo” S. 945. XLV. del 23 de noviembre de 2010).

En dicho precedente se recordó también que “*...la doctrina sobre el alcance de la acción de amparo y su carácter de vía procesal excepcional no ha sido alterada por la inclusión en la reforma constitucional*



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE NEUQUEN 1

de 1994 del artículo 43. Esta norma, al disponer que "toda persona puede interponer acción expedita y rápida de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo" mantiene el criterio de excluir la acción cuando por las circunstancias del caso concreto se requiere mayor debate y prueba y por tanto no se da el requisito de "arbitrariedad o ilegalidad manifiesta" en la afectación de los derechos y garantías constitucionales, cuya demostración es imprescindible para la procedencia de aquélla (Fallos: 275:320; 296:527; 302:1440; 305:1878; 306:788; 319:2955y 323:1825 entre otros)" (considerando quinto).

También cabe destacar que “*La acción de amparo es inadmisible cuando no media arbitrariedad o ilegalidad manifiesta y la determinación de la eventual invalidez del acto requiere una mayor amplitud de debate y prueba, requisitos cuya demostración es imprescindible para la procedencia de aquélla.*” (CSJN, 1996/12/10, Servotron S. A. c. Metrovías S. A. y otros, LA LEY, 1997-D, 669). Es que “*Para que sea procedente la vía del amparo, resulta preciso que la conducta u omisión lesiva sea ilegal o arbitraria y se muestre con una magnitud tal que pueda ser captada de manera fácil e indudable, es decir, que tal virtualidad jurídica, se presente como manifiesta.*” (Superior Tribunal de Justicia de la Provincia de Jujuy, 1996/08/16, Soruco, Rubén D. y otros c. Municipalidad de Tilcara, LA LEY, 1997-B, 39 - DJ, 1997-1-721).

En nuestro caso, se encuentra en juego la cobertura de salud de la actora a brindar por la empresa demandada, quien la niega fundada en la falta de deber legal al no estar contemplada la prestación ni en el contrato ni en el PMO.

La urgencia del caso y la alegada violación manifiesta a los derechos constitucionales involucrados torna procedente la vía procesal escogida.

Al respecto, la doctrina ha recordado que “*En un proceso de amparo destinado a tutelar el derecho a la salud de una persona menor de edad con discapacidad...*” la Corte Suprema sostuvo que “*Resulta verosímil la afirmación del apelante en el sentido de que el empleo de un trámite ordinario no satisfará la exigencia de tutela judicial efectiva prevista en el art. 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos*” (Fallos: 331:1755 y 336:2333, citados en Tanzi, Silvia y Juan M. Papullú, Juicio de Amparo en Salud, Buenos Aires: Hammurabi, 2020, pág. 259).

En el citado Fallos: 336:2333, el máximo Tribunal sostuvo que “*la existencia de otros mecanismos procesales alternativos no puede ponderarse en abstracto, sino en relación con la situación puntual sujeta a juzgamiento. En este caso, (...) la propia índole de la enfermedad que aqueja al niño lleva a pensar que la sola dilación ocasionará un agravio de imposible o difícil reparación ulterior*”.

Allí mismo recordó la Corte Suprema que en Fallos 330:4647 y 332:1200 reconoció “*la idoneidad de la vía elegida por los actores, que esta Corte ha tenido por particularmente pertinente cuando se trata de la preservación de la salud y la integridad psicofísica*”.

Por tal motivo, estimo que la vía procesal escogida –acción de amparo– es idónea para el análisis del asunto.

III. Sellada la cuestión relativa a la admisibilidad y abordando ahora el fondo de la cuestión, observo que la actora no se encuentra encuadrada en la ley 24.901 –al menos, no ha manifestado estarlo–, por lo que las obligaciones que la demandada debe cumplir a su respecto son las emanadas del contrato suscripto y las legales que derivan del Plan Médico Obligatorio aprobado por la Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud.



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE NEUQUEN 1

La simple lectura de esta última disposición permite verificar que la cirugía reclamada **no se encuentra incluida dentro del catálogo de prestaciones obligatorias**.

Así fue también informado por la Superintendencia de Servicios de Salud en DEOX recibido (“*No se encuentra listada la práctica mentoplastia*”).

Tampoco surge dicho deber del plan contratado, que fue adjuntado por la demandada sin que la autenticidad del documento haya sido cuestionada por la actora (página 17 del PDF en el que obra la prueba documental de la accionada). La práctica requerida no se encuentra incluida entre las prestaciones cubiertas por el plan elegido por la actora.

En este contexto, cabe recordar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación descalificó el 20/5/2014 en “*L., E.S. c/ Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC)*” (Fallos: 337:580) una sentencia que condenaba a una empresa de medicina prepaga a suministrar una medicación que no fue considerada incluida en el Programa Médico Obligatorio y tampoco en el contrato celebrado entre las partes.

En el precedente citado, el máximo Tribunal afirmó que la Cámara se había apartado de manera inequívoca del régimen aplicable a tales empresas, además de que omitió exponer fundamentos razonados que sostengan jurídicamente la obligación de cobertura del medicamento pretendido por la afiliada y puesta en cabeza de la contratante y que “*pese a destacar que para la demandada la obligación de cobertura se hallaba delimitada por las prestaciones tanto pactadas como legalmente establecidas, el tribunal a quo contradijo la premisa que fijó al apartarse del contenido del contrato celebrado entre las partes y de las normas aplicables al sub lite, al afirmar después que no era razonable la decisión de negar la cobertura de un tratamiento novedoso por el solo hecho de no encontrarse entre los*

obligatorios, cuando el eje controversial que debía definir no era ese sino si la cobertura del medicamento de que se trata era un mandato obligatorio incorporado al específico plan prestacional de la demandada frente a la demandante”.

El máximo Tribunal también consideró arbitraria la sentencia que no tuvo en cuenta “*el informe emitido por el propio efector agregado a las actuaciones en el que consta que el valor de la prestación requerida no se ajustaba al previsto en el nomenclador aplicable y, en su lugar, sostuvo lisa y llanamente que la demandada no había demostrado “cómo es que los valores prestacionales ordenados a pagar en la resolución atacada no se adecúan a los topes fijados por la nombrada resolución”, cuando -en rigor la diferencia entre esos montos surgía de la prueba mencionada”* (Fallos: 345:1205).

Recientemente también se consideró carente de fundamentación adecuada la sentencia que ordenó una cobertura pese a que “*la demandada llevó a conocimiento de la cámara una serie de agravios entre los que se destaca, por su conductancia para modificar el resultado del proceso, el concerniente a hallarse legalmente obligada a brindar las prestaciones requeridas solo hasta el importe previsto en el referido nomenclador. Este planteo exigía al tribunal de alzada una especial consideración respecto de las normas aplicables al sub examine”* (Fallos: 344:2057).

Asimismo sostuvo en Fallos: 340:1995 que “*no aparece demostrado que las limitaciones y topes fijados en la resolución 428/1999 del Ministerio de Salud y Acción Social y en la 1126/2004 de la entidad asistencial recurrente, importen el menoscabo o la desnaturalización del derecho del actor. Ello es así pues no ha sido acreditado que los valores de los servicios asistenciales fijados en las citadas normas y en las resoluciones*



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE NEUQUEN 1
que los actualizan periódicamente, resulten insuficientes para afrontar las necesidades de aquel”.

Dicha doctrina fue reiterada por el máximo Tribunal en “*O. F., J. A. c/ IOSFA s/ amparo ley 16.986*”, del 4/10/2022.

También en Fallos: 340:1269 sostuvo que “*la decisión del a quo de obligar a la entidad social a afrontar el 100% de la cobertura de las prestaciones médicas, educativas y de transporte del menor discapacitado conforme las prescripciones, recomendaciones y derivaciones que se le efectúen y con los medios elegidos por los responsables del menor para llevarla a cabo (...) no resulta razonable en tanto desconoce la plataforma normativa...*”, agregando que una solución apartada de las limitaciones reglamentarias “*soslaya la competencia atribuida por ley a la autoridad de aplicación en la materia para reglamentar el alcance de las prestaciones y deja en manos de los profesionales que atienden al menor y de sus progenitores la determinación de lo que ha de entenderse por ‘atención integral’ contemplada en el sistema”.*

La Corte refirió a dicho pronunciamiento en Fallos: 342:2063 sosteniendo que allí se expidió “*en materia de límites a las prestaciones médico-asistenciales derivadas de las resoluciones dictadas por la autoridad de aplicación*”.

Sostuvo además el máximo Tribunal en Fallos: 341:919 que “*la ley 24.901, como advierte la demandada, no contempla entre las prestaciones que las instituciones asistenciales deben cubrir obligatoriamente, la actividad cuyo costo la actora pretende que se le reembolse en su totalidad. Tampoco está incluida en el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) cuyo acatamiento se impone a las obras sociales que integran 'el sistema de la ley 23.660 (resolución del Ministerio de Salud '201/2002) pues no se trata de un tratamiento médico asistencial sino de una*

actividad recreacional o deportiva que excede el marco reglamentario del sistema de protección general de la salud y el particular del de las personas con discapacidad. De ahí que la pretensión, en los términos en que ha sido deducida, carezca de respaldo legal”.

Y agregó que “la sola circunstancia de que la prestación requerida resulte beneficiosa para el menor, con miras a su integración e inclusión, no justifica la imposición a la entidad prestadora de salud de la obligación de solventarla pues, con el mismo criterio, debería hacerse pesar sobre esta cualquier otra actividad de carácter social que tuviera esa misma finalidad (asistencia a espectáculos públicos o lugares de interés cultural, etc.) lo cual carece de toda razonabilidad y no encuentra basamento normativo alguno”.

Sostuvo allí mismo que “*tampoco da sustento a la procedencia de la prestación perseguida la constatación de una especial situación de vulnerabilidad en el hogar donde vive el menor*”.

Concluyó que “*Es correcto que la integración educacional, laboral, familiar y social de la persona que sufre discapacidad constituye un principio fundante y orientador del sistema instituido legalmente. Pero también lo es que ni las leyes 22.431 y 24.901 que lo consagran, ni el decreto reglamentario de esta última -1193/98- como tampoco la resolución 428/99 del Ministerio de Salud (nomenclador) exigen la provisión de prestaciones de índole deportivo o recreacionales como las reclamadas en la causa*”.

Por otro lado, en Fallos: 344:1744 sostuvo a CSJN que “*la decisión del a quo de obligar a la entidad social a afrontar el 100% de la cobertura del remedio prescripto no resulta razonable en tanto desconoce la plataforma normativa citada, cuya constitucionalidad no ha sido objetada y excluye a la autoridad de aplicación en la materia*”.



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE NEUQUEN 1

En el marco jurisprudencial descripto, no cabe sino concluir que

las decisiones que imponen a las obras sociales o empresas de medicina prepaga deberes más extensos que los previstos por la normativa vigente, son arbitrarias y descalificadas por tal motivo por la CSJN.

Y si bien es cierto que la propia Corte en Fallos: 337:471 sostuvo que no corresponde vedar el acceso a una alternativa terapéutica más moderna y segura, al someter a una persona a una mecánica que entraña un mayor peligro de muerte, desnaturaliza el régimen propio de la salud, ello exige que la prestación se encuentre prevista en el Programa Médico Obligatorio bajo una modalidad antigua o menos eficaz.

¿Puede imponerse a la empresa demandada un deber de brindar cobertura que no surge del PMO, ni de las leyes especiales, ni del contrato?

La respuesta negativa se impone por dos motivos.

El primero, ya reseñado en los párrafos precedentes, relativo a la ausencia de un deber legal exigible, conforme al estándar interpretativo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Ello significa aplicar al caso la garantía prevista en el art. 19 de la Constitución Nacional y por ende ese proceder debe guiar la solución de cualquier asunto jurisdiccional.

El segundo, relativo al costo que implicaría una decisión que imponga un deber que no está establecido previamente por las partes. En efecto, una imposición por vía judicial de una obligación sin base legal ni convencional, no sólo atenta contra la seguridad jurídica sino que desestabiliza la ecuación económico-financiera de las empresas de medicina prepaga, cuyo equilibrio resulta vital para el normal funcionamiento y desenvolvimiento del sistema.

Ordenar la cobertura de una prestación que la empresa jamás ofreció, ni prometió, ni consideró que debía brindar al momento de contratar, implica asumir costos sorpresivos e imposibles de calcular, lo que pone en

grave riesgo la cobertura de aquellas prestaciones que sí son de cobertura obligatoria para el resto de los afiliados.

No desconozco que la Alzada se ha expedido en un sentido diferente, en “*ALMONACID, Verónica c/ U.P.C.N. s/ sumarísimo*” (sent. int. 792/2006, del 6/7/2006).

Allí el voto que lideró el acuerdo sostuvo que “*La primera manifestación efectuada para solventar la queja consiste en, simplemente, contradecir al magistrado acerca de la naturaleza de las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio (POM), indicándose que las mismas son taxativas y no, como señaló el pretorio, enunciativas. Mas ello no guarda relevancia suficiente con el núcleo de la decisión recurrida pues aún cuando el menú de prestaciones fuese numerus clausus, ello no desmerecería las conclusiones sobre las que reposa. Cerrar el debate arguyendo ese carácter taxativo importaría negar la factibilidad de requerir –y obtener– protección jurisdiccional en casos ajenos a ese enunciado, lo que pone en evidencia lo estéril de este aspecto del planteo*

”.

Esa conclusión, y esa misma cita, son utilizadas reiteradamente en los pronunciamientos del Superior para arribar a la siguiente conclusión: “*la calificación del carácter taxativo de las prestaciones contenidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) ya fue desestimada por esta cámara*” (ver, entre muchos otros, los pronunciamientos recaídos en las sentencias interlocutorias 631/2021, 680/2021, 203/2021, 958/2020).

Sin embargo, a la luz de los pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que –como ya fue expuesto– han **calificado de arbitrarias las sentencias que omitían analizar, precisamente, si la prestación estaba o no contemplada en el Programa Médico Obligatorio**, la doctrina solo podría ser utilizada en especialísimas ocasiones que no concurren en la especie.



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE NEUQUEN 1

En suma, no se han arrimado elementos que permitan imponer a la demandada un deber más extenso que el contenido en el PMO, por lo que a mi juicio, un pronunciamiento que lo admitiere resultaría arbitrario por omitir aplicar la normativa vigente, que no puede ser sustituida por afirmaciones dogmáticas que le den un sustento solo aparente (cfr. doctrina de Fallos: 345:477, 345:348, 344:2057, entre muchos otros).

Y si bien según la informativa a la Superintendencia de Servicios de Salud (IF-2025-11116275-APN-SCPASS#SSS) “*El tratamiento de ortodoncia posterior a la cirugía es esencial para establecer la oclusión final adecuada. Si bien la prestación reclamada no se encuentra como tal (cirugía ortognática) específicamente, los componentes de la misma si se encuentran incluidos en el Programa Médico Obligatorio –mencionado ut supra-, por lo cual le corresponde al Agente de Seguro de Salud garantizar la cobertura al 100% siguiendo las indicaciones de profesionales tratantes.*” , las únicas osteotomías halladas en él son las del Anexo II: 120601 osteotomías correctivas fémur tibial tibia y peroné, 120602 osteotomías correctivas húmero cubital y/o radial astragalo y/o calcáneo y 120603 osteotomía correctiva metacarpiano metatarsiano falanges, sin que ninguna haga alusión a la requerida por la actora.

Además, el informe carece de precisión, pues se limita a señalar que la cirugía solicitada no se encuentra prevista en el PMO, indicando únicamente la inclusión de ciertos elementos, los cuales tampoco describe ni especifica.

Finalmente, no puedo dejar de señalar que la actora tampoco ha invocado ni menos demostrado que le resulte imposible acceder a la práctica por sus propios medios.

IV. Por los motivos expuestos, la acción será rechazada, con costas a la actora (art. 68, CPCyC), quedando comprendidas en ellas las de la defensa de falta de legitimación activa.

Resuelta la cuestión, a tenor de lo dispuesto por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en su fallo del 4 de septiembre de 2018 en “*Establecimiento Las Marías SACIFA c/ Misiones, Provincia de s/ acción declarativa*” (CSJ 32/2009 [45-E]/CS1), de su competencia originaria, los honorarios se regularán de acuerdo a la ley 27.423, puesto que el proceso judicial fue iniciado con posterioridad a la entrada en vigencia de la nueva norma arancelaria.

Por lo expuesto.

RESUELVO: **1) RECHAZAR** la acción de amparo promovida por B.A. T., contra SWISS MEDICAL S.A. destinada a obtener la cobertura de una cirugía de osteotomía tipo Lefort I en tres segmentos, en bayoneta de intrusión, ligero avance y nivelación para lograr competencia y torque esquelético, fijada con 4 placas preformadas con tornillos de 2.0 mm en L para estabilización esquelética procedimiento a realizarse bajo anestesia general por intubación nasal.

2) Con costas a la actora perdidosa (art. 68 CPCyC). Toda vez que el proceso no es susceptible de apreciación pecuniaria, desde que no se ha reclamado suma de dinero alguna, tomaré en cuenta las pautas previstas por el art. 16 y 48 de la ley 27.423. Así, considerando la trascendencia del asunto, la extensión y calidad de las labores desarrolladas, y el resultado obtenido, regulo los honorarios de la Dra. ANAHI ALEJANDRA RUARTE quien actuó en el carácter de patrocinante por la actora en las dos etapas que admite el presente proceso (cfr. art. 29 inc. a) y b) de la ley 27.423), en la suma de PESOS UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA (\$ 1.746.840, equivalentes a la fecha a 20



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE NEUQUEN 1

UMA, cfr. Ac. 30/2023 y Res. SGA 36/2026 de la CSJN). Asimismo, regulo los honorarios de la Dra. ANDREA ELIANA TORRES, actuando en doble carácter por la demandada en las dos etapas que admite el presente proceso (cfr. art. 29 inc. a) y b) de la ley 27.423), en la suma de PESOS DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS (\$ 2.445.576, equivalentes a la fecha a 28 UMA, cfr. Ac. 30/2023 y Res. SGA 36/2026 de la CSJN).

Por otro lado, de conformidad con lo establecido por el art. 37 de la ley 27.423, por su actuación en lo atinente a la medida cautelar resuelta el 20/8/2019, cuyas costas deben ser soportadas en el orden causado atento a la unilateralidad del trámite, regulo los honorarios de la Dra. ANAHI ALEJANDRA RUARTE, quien actuó en el carácter de patrocinante por la actora, en la suma de PESOS DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO (\$ 218.355), equivalentes a 2,5 UMA al día de la fecha, representativos, en su total, del 25% de los honorarios regulados por su actuación en el proceso principal, de conformidad con lo establecido por la norma citada.

Los honorarios regulados devengarán a partir del día de la fecha, **solo en caso de mora**, un interés puro a la tasa que se fija en el 6% anual que se considera suficiente toda vez que el capital se mantendrá actualizado en su valor en virtud de las previsiones del art. 51 segunda parte. Ello, por no resultar posible, en atención al tipo de proceso, aplicar lo establecido por el art. 54 in fine de la ley 27.423.

3) Abone la parte actora la tasa de justicia que se fija en la suma de pesos **CUATRO MIL SETECIENTOS (\$4.700) (cfr. Acordada 15/2022 de la CSJN), en el término de CINCO (5) días de quedar firme la presente, bajo apercibimiento de lo dispuesto por el art. 11 de la ley 23.898.**

Regístrese y notifíquese. Comuníquese a la Dirección de Comunicación y Gobierno Abierto de la CSJN (Acordada 10/2025 CSJN).

*MARÍA CAROLINA PANDOLFI
JUEZ FEDERAL*