

Juzg. Civ. y Com. Fed. Nro. 10 - Sec. 20

Buenos Aires, 20 de marzo de 2026.

Y VISTOS: para dictar sentencia en estos autos, caratulados “**IELPO, MARIA CRISTINA c/ ACA SALUD COOPERATIVA DE PRESTACION DE SERV MEDICOASISTENCIALES LTDA Y OTRO s/COBRO DE SUMAS DE DINERO**” (Expte. N° 11065/2019) de cuyo estudio,

RESULTA:

1.- El día 4/2/20 se presentó María Cristina Ielpo, por derecho propio, e inició demanda por cobro de pesos (\$1.169.839,54), contra ACA SALUD COOPERATIVA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES LIMITADA y AGENCIA ADVENTISTA DE DESARROLLO DE RECURSOS ASISTENCIALES (ADRA), esta última por ser socios en la Cooperativa.

Dijo que resultaba ser la madre de quien en vida fuera Micaela Ayelén De Bella, quien falleció el 17/10/17, mientras se encontraba internada en la Fundación Hospitalaria, a raíz de su patología de base “Hipoplasia de cuerpo calloso”.

Expuso que, contaba con un servicio de atención domiciliaria, que incluía servicio de enfermería, que contrataba de manera directa.

Destacó que la Institución médica, pagaba las horas de enfermería domiciliaria a contra entrega de planillas, a mes vencido y que, por un acuerdo firmado el 2/12/10 (conf. art. 2º), se estableció que las horas del personal que se contratara en caso de internación de Micaela, se abonarían del mismo modo, pero en un 50% del valor real vigente al del costo de una enfermería domiciliaria.



Dijo, no obstante el acuerdo celebrado, ACA Salud no procedió a cumplir sus términos, lo que generó su endeudamiento e imposibilidad de pago de la misma.

Manifestó haber procedido a intimar mediante carta documento al cumplimiento pactado, de manera infructuosa.

Asimismo, narró que a fin de perseguir el cobro de los importes reclamados, inició la causa “DE BELLA MICAELA AYELEN C/ ACA SALUD S/ AMPARO DE SALUD”, Expte. N° 3449/2017.

Acentuó el vínculo contractual que mantenía con la accionada.

Cuantificó su reclamo, en concepto de daño material solicitó la suma de \$1.169.839,54.

Fundó en derecho su pretensión, hizo la reserva del caso federal y ofreció prueba.

Solicitó que se haga lugar a la demanda, con sus respectivos intereses y costas del juicio.

2.- El 13/03/20 se imprimió el trámite de los juicios ordinarios.

3.- El 22/03/21 la AGENCIA ADVENTISTA DE DESARROLLO DE RECURSOS ASISTENCIALES (ADRA), contestó la demanda y solicitó su rechazo, con costas.

Realizó una negativa de los hechos expuestos en el escrito de inicio.

Detalló la actividad desempeñaba su mandante y sostuvo que resultaba ser una Asociación Civil sin fines de lucro, con objetivos específicamente asistenciales y filantrópicos, por tal motivo dijo que fue la propietaria del SERVICIO ASISTENCIAL MÉDICO ADVENTISTA (SAMA), entidad que estuvo inscripta en el Registro de Empresa de Medicina Prepaga bajo el N°412227.

Expuso que por diversos motivos, en el año enero de 2014, su representado celebró un Acuerdo de Prestación de Servicio Médico Asistencial, de promoción



de cartera y bases para establecer mecanismos de cooperación con ACA Salud y, partir de ese entonces -en virtud del acuerdo celebrado-, SAMA, tras notificar a sus afiliados, informó a la Superintendencia de Servicios de Salud que cesaba en la prestación de sus servicios.

Indicó que, durante el tiempo que duró el vínculo contractual de la actora con su mandante, jamás hubo un incumplimiento, cuestión que fue sostenida incluso por la actora.

Señaló que la Sra. Ielpo dijo que hasta el año 2017, su vinculación de desarrolló sin inconvenientes.

Manifestó que la accionante reclama por períodos del año 2017, y que para ese entonces habían pasado más de tres años desde el momento en que cesaron las actividades de su representada como prestadora de servicios de seguro de salud, por lo que mal podría pretender reclamo alguno a su parte.

Destacó que la actora nunca reclamó formalmente la deuda a su mandante, sino que intimó -según sus dichos- por carta documento a ACA SALUD, pero que ADRA jamás recibió un requerimiento de pago por los servicios que aparentemente habría recibido la hija de la accionante.

Describió que en todo momento, su representada actuó en los términos de la normativa legal vigente, mientras duró la relación contractual.

Citó jurisprudencia que consideró aplicable al caso.

Ofreció prueba, impugnó la liquidación practicada, fundó su derecho y planteó la reserva del caso federal.

4.- El día 02/03/22 se presentó ACA SALUD COOPERATIVA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES LIMITADA (ACA) mediante apoderado, contestó la demanda entablada en su contra y solicitó su rechazo, con costas.



En cumplimiento de la carga impuesta por el art. 356 inc. 1) del Código Procesal, formuló negativas pormenorizadas respecto a los hechos afirmados en la demanda.

Dijo que, el 19/12/2013 su mandante suscribió con ADRA, un “Acuerdo de prestación de servicio médico asistencial, de promoción de cartera y bases para establecer mecanismos de cooperación”, a través del cual se dispuso, entre otras cosas, que Aca Salud brindaría prestaciones médico-asistenciales, en forma exclusiva, a los afiliados del Servicio Asistencial Médico Adventista (SAMA), propiedad de ADRA.

Añadió que, previo a la celebración del mencionado acuerdo, y como requisito fundamental para la suscripción del mismo, su representada solicitó a la hoy demandada que informara como se componía el padrón de afiliados de SAMA e informara cuál fue el monto del gasto prestacional (durante los dos años previos a la celebración del acuerdo), de aquellos afiliados que se encontraban realizando tratamientos oncológicos o de alto costo; y de quiénes requerían prestaciones por discapacidad.

Por otra parte, narró que la codemandada también se encontraba obligada a informar a su parte la totalidad de reclamos y juicios en contra de dicha entidad, pero que ADRA no informó el reclamo previo de la Sra. Ielpo y el acuerdo celebrado en el marco de un proceso de mediación vigente al momento de la firma del contrato.

Enfatizó que ADRA brindó información falaz, errónea y desajustada a la realidad, omitiendo informar el conflicto en cuestión y por ello (tal como surgía del contrato celebrado entre las partes), es quien debía asumir íntegramente cualquier reclamo derivado del conflicto preexistente con la hoy actora, ya que así fue específicamente convenido.



Seguidamente, contó que, tal como lo expresó la actora, durante el tiempo que la hija de la misma permaneció en su domicilio recibiendo atención médica bajo la modalidad de internación domiciliaria, Aca Salud brindó todas las prestaciones necesarias, acorde a su estado de salud, incluyendo enfermería, hasta el mes de marzo de 2017.

Con posterioridad, manifestó que en el mes de abril de 2017, la hija de la Sra. Ielpo debió ser trasladada a terapia intensiva, y su representada se hizo cargo de forma íntegra de la cobertura de dicha internación. Así, dijo que resultaba incorrecta la pretensión de la actora de pretender que, encontrándose la paciente internada en terapia intensiva, Aca Salud le abone el 50% del valor de 24 horas de enfermería. Cabe aclarar, que la figura de acompañante de internación puede llegarse a contemplar en las circunstancias en las que un asociado se encuentre en internación sin cuidados intensivos.

Enfatizó que, encontrándose en aquel momento la paciente en UTI, monitoreada por un equipo de médicos y enfermeras pertenecientes al grupo de profesionales que conforman la Fundación Hospitalaria, los cuales la asistieron de manera permanente e ininterrumpida, resultaba innecesario el acompañamiento por parte de terceros, circunstancia que fue respaldada por el propio centro médico; máxime considerando que al tratarse de UTI, no se encontraba permitido el ingreso de personal ajeno al nosocomio donde se encontraba internada Micaela.

Narró que, en ningún momento se negó a la asociada la atención médica que requería de conformidad con su estado de salud.

Impugnó los rubros y montos reclamados en la demanda.

Remarcó que la actora reclamaba la deuda que tenía con terceros (como Gramit S.A., Comafi Soluciones S.A., Credifacil SAFIM y Credipaz), por lo que procedió a desconocer esos créditos y rechazó que dichas sumas de dinero fueron empleadas para el pago de las prestaciones de enfermería. Así, sostuvo que la



accionante asumió compromisos de pago con entidades financieras por causas desconocidas y personales, y pretendía trasladar a su mandante dichas obligaciones, lo cual resultaba un absurdo.

Citó jurisprudencia que consideró aplicable al caso, fundó su derecho, ofreció prueba e hizo reserva del caso federal.

5.- El 24/8/22 se proveyó la prueba y las partes produjeron las que se encuentran agregadas al expediente.

6.- El día 06/12/22 se llevó a cabo una audiencia en los términos del art. 36 del CPCCN, en la cual ADRA efectuó un ofrecimiento económico a la accionante, a fin de concluir el litigio mediante un acuerdo, el que fue rechazado en esa ocasión por la Sra. Ielpo.

7.- El día 20/03/25, se pusieron las actuaciones a los fines dispuestos por el art. 482 del CPCCN. La actora alegó el 25/03/25; ADRA alegó el 14/04/25, mientras que Aca Salud no hizo uso de esta facultad.

8.- El 27/2/25 presentó su dictamen el Sr. fiscal federal.

Por último, mediante providencia del 22/04/25, la que se encuentra firme, se llamaron **AUTOS PARA SENTENCIA**, y

CONSIDERANDO:

I) Ante todo, me interesa aclarar que resulta innecesario analizar todos y cada uno de los planteamientos de las partes, por lo que ceñiré mi pronunciamiento a exponer las razones que estimo conducentes para la justa composición del diferendo (*Fallos: 265:301; 278:271; 287: 230; 294:466*).

Me atengo así a la jurisprudencia que considera que este criterio de fundamentación de las sentencias judiciales es razonable, extremo que implica su compatibilidad con los principios y garantías constitucionales (*Fallos: 265:301; 278:271; 287:230; 294:466, entre muchos otros*). Dicho criterio es recibido



también, en orden a la selección y valoración de la prueba, por el artículo 386, segunda parte del Código Procesal.

II) En el caso, está fuera de controversia el carácter de afiliada de la hija de la actora a la accionada, sus patologías, así como también los diversos tratamientos y atención médica que recibió quien en vida fuera Micaela Ayelén De Bella.

Tampoco se controvertió su internación en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de la Fundación Hospitalaria desde el mes de abril de 2017 hasta su óbito.

La cuestión a dilucidar es si las demandadas se encontraban obligadas a la cobertura integral (100%) del personal médico y de enfermería especializados requeridos por la accionante, para el cuidado permanente de Micaela y reintegro solicitado.

III) Ahora bien, cabe poner de resalto que la importancia del derecho a la salud deriva de su condición de imprescindible para el ejercicio de la autonomía personal. Según la Corte Suprema, un individuo gravemente enfermo no está en condiciones de optar libremente por su propio plan de vida.

En el mismo orden de ideas, el Alto Tribunal ha declarado que la atención y asistencia integral de la discapacidad, además de contemplar los compromisos asumidos por el Estado Nacional en cuestiones concernientes a la salud (*conf. doct. Fallos 323:1339 y 3229, 324:3569*), constituye una política pública de nuestro país que debe orientar la decisión de quienes estamos llamados al juzgamiento de esos casos (*conf. los fundamentos del dictamen del procurador general de la Nación en la causa "Lifschitz, Graciela B. y otros v. Estado Nacional", L.1153.XXXVII, a los que se remite la Corte Suprema en la sentencia del 15.6.04*).

El derecho a la salud e integridad física está consagrado por la Constitución Nacional, luego de la reforma de 1994, cuando establece en su artículo 42 que *"Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud"*.



También en el artículo 75, inc. 22, que incorpora los tratados internacionales de derechos humanos, que también contemplan el derecho a la salud.

Entre ellos, el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) 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 artículo 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 artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) 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 (*conf. CNCCFed., Sala I, causa 798/05 del 27.12.05*).

Por otro lado, la ley 24.754 obliga a las empresas de medicina prepaga a prestar como mínimo las mismas prestaciones obligatorias de las obras sociales conforme lo establecido por la leyes citadas y sus reglamentaciones (*conf. CNCCFed., Sala I, causas 5475/03 del 14/08/03, 15.768/03 del 05/07/04 y 10762 del 16/07/11*), entre los cuales se encuentran las previstas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), criterio que mantiene la ley 26.682 que rige en la actualidad la actividad de las empresas de medicina prepaga.



El Alto Tribunal advirtió que el art. 28 de la ley 23.661 previó que el programa de prestaciones obligatorias se actualizará periódicamente. Además apuntó que “esta modalidad, por lo demás encuentra explicación, entre muchas otras razones, en que el sistema de la ley 23.661 tiene como objetivo fundamental promover el 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 (art. 2), con lo cual, en buena medida, este cuerpo legal, al que remite la ley 24.754, se comunica con los derechos de toda persona *“al disfrute del más alto nivel posible de salud”* y *“a una mejora continua de las condiciones de existencia”* (Fallos: 330: 3725 y dictamen de la Sra. Procuradora Fiscal del 24 de abril de 2014 en la causa *“Duich Dusan, Federico c/ Cemic s/ amparo”*).

IV) Ahora bien, mientras la ley 23.660 crea el Régimen de Organización del Sector de las Obras Sociales, la ley 23.661 instituye el Sistema Nacional del Seguro de Salud y articula y coordina los servicios de salud de las obras sociales, los establecimientos públicos y los prestadores privados. Por su parte, la ley 24.754 obliga a las empresas de medicina prepaga a prestar como mínimo las mismas prestaciones obligatorias de las obras sociales conforme lo establecido por las leyes citadas y sus reglamentarias (*conf. CNCCFed. Sala I, causas n° 5475/03 del 14/08/03 del 14/08/03, 15.768/03 del 05/08/04 y 10762/09 del 16/08/11*), entre las cuales se encuentran la previstas en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

Cabe señalar que el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar, para cuya implementación se señaló que, si bien la idea es la de establecer límites en la cobertura, no resulta aceptable la implantación de un menú que reduzca las prestaciones habituales, como así también que, independientemente de la cobertura



prevista en el programa, no existen patologías excluidas (*ver considerando de la Resolución 939/00 del Ministerio de Salud modificada por Res. 201/02*).

En tales condiciones, esa limitación en la cobertura debe ser entendida como un “piso prestacional”, por lo que no puede, como principio, derivar en una afectación al derecho a la vida y a la salud de las personas -que tiene jerarquía constitucional (*Fallos 323:1339*)- máxime cuando la ley 23.661 creó el Sistema Nacional del Seguro de Salud con el objetivo fundamental de proveer el otorgamiento de prestaciones de salud integrales que tienden a la protección de la salud con el mejor nivel de calidad disponible (*conf. CNCCFed., Sala I, causas n° 630/03 del 15/04/03 y 10.321/02 del 13/04/04; Sala III causa n° 2216/04 del 15/11/05 y Sala de Feria, causa n° 13.572/06 del 19/01/07*), siendo claro que no corresponde aquí detenerse en la consideración de razones puramente económicas pues, como lo ha precisado la Corte Suprema de Justicia de la Nación, el derecho a la vida –incluye a la salud– es el primer derecho de la persona garantizado por la Constitución Nacional y por los Tratados Internacionales, y constituye un valor fundamental respecto del cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental (*conf. Fallos 323:3229 y 324:3569 y CNCCFed., Sala de Feria, causa n° 8.780/06 del 26/07/07*).

Por otro lado, cabe señalar, que el agente del seguro de salud, con arreglo a lo prescripto en el anexo II del PMOE (*Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud*), cuyas previsiones fueron aprobadas como parte integrante del PMO (*conf. Resolución 1991/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente*), está facultado para ampliar los límites de la cobertura de acuerdo a las necesidades individuales de sus beneficiarios.

En otras palabras, no constituye una limitación para los agentes del seguro de salud, sino que consiste una enumeración no taxativa de la cobertura mínima



que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales (conf. CNCCFed., Sala I, causa n° 630/03 del 15/04/03).

En igual sentido, en los considerandos de la invocada Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud, que aprobó el PMOE, se puso de manifiesto que es una política de estado en salud, la determinación de un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto (*conf. CNCCFed., Sala I, causas n° 8545 del 06/10/01 y 630/03 del 15/04/03*).

V) Efectuaré seguidamente algunas consideraciones vinculadas con los derechos específicos de las personas con discapacidad.

Para la Corte Nacional también es impostergable la obligación de la autoridad pública de emprender acciones positivas, especialmente en todo lo que atañe a promover y facilitar el acceso efectivo a los servicios médicos y rehabilitación que requieran las personas con discapacidad y los adultos mayores.

Esta doctrina tiene en consideración que el artículo 75, inciso 23, de la Constitución Nacional establece que el Congreso debe 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 adultos mayores y las personas con discapacidad (*conf. Fallos 323:3229*).

Entre los derechos humanos de las personas con discapacidad se encuentra, en primer lugar, el derecho a la vida, que según la Corte Suprema es el primer derecho de la persona humana, respecto de la cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental (*conf. Fallos 323:3229 y CNCCFed., Sala I, causas 798/05 antes citada y 11.212/06 del 20/04/10*).



En otros términos, se trata de un derecho implícito sin el cual no se podrían ejercer los demás derechos.

En nuestro país, además de la ley 24.901 de Discapacidad, rige la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, que fue adoptada por la Asamblea General de la OEA en 1999, suscripta por nuestro país y que está vigente a partir de 2000 (ley 25280). Sus objetivos son la prevención y eliminación de la discriminación para la integración de las personas con discapacidad, como lo es la actora.

Más recientemente, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que fue suscripta en 2006 y aprobada en 2008 por la ley 26.378, tiene jerarquía constitucional acordada por la ley 27.044 (B.O. 22.12.14) y establece que *“Los países que se unen a la Convención se comprometen a elaborar y poner en práctica políticas, leyes y medidas administrativas para asegurar los derechos reconocidos en la Convención y abolir las leyes, reglamentos, costumbres y prácticas que constituyen discriminación”*.

VI).- Entrando ahora al estudio de las prestaciones de salud que deben recibir las personas con discapacidad, cabe destacar que mientras la ley 23.660 crea el Régimen de Organización del Sector de las Obras Sociales, la ley 23.661 instituye el Sistema Nacional del Seguro de Salud y articula y coordina los servicios de salud de las obras sociales, los establecimientos públicos y los prestadores privados.

Por su parte, la ley 24.754 obliga a las empresas de medicina prepaga a prestar como mínimo las mismas prestaciones obligatorias de las obras sociales y establece el sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación a favor de las personas con discapacidad.



La ley 24.901 dispone que tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la ley, que necesiten los afiliados con discapacidad (art. 2), ya sea mediante servicios propios o contratados (art. 6) y estableciendo 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 (art. 15 y sig.).

Contempla también la prestación de servicios específicos, enumerados al sólo efecto enunciativo en el capítulo V, 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, pudiendo ser ampliados y modificados por la reglamentación (arts. 19 y 37).

Entre estas prestaciones 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).

También establece prestaciones complementarias (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).

VII).- Ahora bien, de la prueba pericial médica de fecha 12/12/24, se desprende el cuadro de situación médico de la hija de la accionante hasta su deceso
“En caso de la demandante: su hija era una persona con una discapacidad grave



que fue internada en una unidad de cuidados críticos por un cuadro de peritonitis fecal, en su larga internación presentó varias interurrencias graves que fueron compensándose a expensas de los cuidados intensivos allí recibidos; hasta la última complicación, el shock séptico, en la que presenta deterioro que no responde la terapéutica instaurada produciéndose su deceso”.

A su vez, preguntada que fue la experta sobre la procedencia o no de que personal externo a la UTI efectuara trabajos a pacientes, se expidió: *“si a su entender resulta apropiado que una persona externa a un centro médico (no contratada por el mismo), y sin la experiencia requerida para prestar los servicios en el área de UTI, tenga acceso a la misma y a intervenir en la atención médica de la paciente. Respuesta: ello depende de la organización y disposiciones de cada institución”.*

Finalmente, en las conclusiones médicas, sostuvo la perito que *“Contar con personal adicional no solo puede mejorar la calidad del cuidado, sino que también puede fortalecer la relación con las familias y equipo de salud”.*

Sobre el punto, es dable recordar que el Alto Tribunal ha reiterado que cabe reconocer validez a las conclusiones de los peritos para la decisión de aspectos que requieren apreciaciones específicas de su saber técnico, de las que solo cabría apartarse ante la evidencia de errores manifiestos o insuficiencia de conocimientos científicos.

Por otro lado, de las constancias de la causa traídas a colación por las partes y cotejadas por sistema LEX100 “DE BELLA, MICAELA AYELEN c/ ACA SALUD s/AMPARO DE SALUD” Expte. 3449/17, que tramitó por ante el Juzgado N°3 del fuero, se desprende que con fecha 11/08/17 se dictó una medida cautelar (teniendo en cuenta las conclusiones dictaminadas en aquél momento por el Cuerpo Médico Forense) que dispuso *“En consecuencia, bajo responsabilidad de la peticionaria, previa caución juratoria que deberá prestar la actora ante la*



Sra. Secretaria, o en su caso, con un escrito presentado en la causa a tales efectos (conf. art. 199 del CPCC), librese oficio, con habilitación de días y horas inhábiles al ACA SALUD, a fin de que en el plazo de 48 horas, le provea a doña MICAELA AYELEN DE BELLA (afiliada n°165267 12) la cobertura integral de un asistente personal permanente, 24 horas diarias, de lunes a lunes, en terapia intensiva”.

VIII) Aquí es importante resaltar que el objeto de las entidades destinadas al cuidado de la salud debe priorizar el compromiso social, sin supeditar el derecho a la salud a las fluctuaciones del mercado ni a las políticas que pretenden "economizar" la salud del paciente (*conf. Patricia Barbado, La accesibilidad a las prestaciones de salud de las personas con discapacidad según la jurisprudencia, publicado en SJA 3/6/09*).

Si bien el cumplimiento de las garantías enunciadas le incumben al Estado, quien debe ocuparse de la efectividad de ese derecho con acciones positivas, ello es, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de medicina prepaga (*Fallos: 323:3229*), pero nunca deben ser solventadas por el enfermo, quien no puede absorber ese costo (*conf. CNCCFed., Sala II, causa n° 7211/11 del 18/04/12 y Sala III, causa n° 7753/07 del 11/08/11*).

Además, la demandada no demostró el gravamen económico que le generaría afrontar la cobertura, ni que ello afecte su equilibrio económico ni la eficacia de la atención que recibe la totalidad de sus beneficiarios, máxime que ella debe brindar a sus afiliados la mejor atención que resulte posible, dado el principio de solidaridad que rige en esta materia (*conf. CNCCFed., Sala II, causa n° 8002/08 del 19/11/10*).

En consecuencia, teniendo en cuenta la normativa aplicable al caso reseñada precedentemente, que el PMO constituye un piso prestacional y no un máximo y la



patología que padecía la hija de la actora, teniéndose especialmente en cuenta las circunstancias fácticas descriptas, **corresponde admitir la acción intentada**, siendo ésta la solución que más se adecúa a las especiales circunstancias del caso.

IX) En función de lo dispuesto anteriormente, corresponde analizar los rubros solicitados:

a) Daño material: la accionante solicitó el reintegro del 50% monto desembolsado en concepto de enfermera/acompañante para el cuidado de quien en vida fuere su hija, en virtud del acuerdo celebrado oportunamente, lo cual desde ya –adelanto- **considero que ha de prosperar.**

En consecuencia, la experta contable designada en la causa deberá –en la etapa de ejecución- practicar liquidación de las sumas erogadas por tal concepto, para proceder a su reintegro.

b) Daño emergente: la actora solicitó la suma de \$575.324 –en concepto de deuda asumida por cuidado de su hija- que dada su condición económica y frente a su imposibilidad de hacer frente a sus gastos de vida, con más los que demandaban en su momento el cuidado de su hija, que hizo que incurriera en un desfasaje económico que la llevó a adquirir distintos créditos que la posicionaron en una situación de endeudamiento.

Asimismo, solicitó que las accionadas sean condenadas al pago de las deudas que mantiene con cada una de las instituciones crediticias mencionadas en el escrito de demanda.

En este punto, he de destacar que las circunstancias personales descriptas por la parte actora, no logran demostrar que la deuda asumida guarde intrínseca relación con el reclamo patrimonial perseguido en este proceso, por lo que **se impone el rechazo del rubro en análisis.**

X) En lo atinente a las costas, se imponen a las demandadas, por resultar vencidas (art. 68, primer párrafo, del Código Procesal).



En función de lo expuesto, normas citadas y jurisprudencia mencionada,

FALLO:

1.- HACER LUGAR parcialmente a la demanda iniciada por la Sra. María Cristina Ielpo y, en consecuencia, **CONDENAR** a ACA SALUD COOPERATIVA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES LIMITADA y AGENCIA ADVENTISTA DE DESARROLLO DE RECURSOS ASISTENCIALES (ADRA), al reintegro de las sumas reclamadas por la actora en concepto de daño material, en los términos dispuestos en el considerando IX.a).

2.- Imponer las costas a las demandadas vencidas (art. 68, primer párrafo, del Código Procesal).

3.- Postergar la regulación de los honorarios profesionales hasta que sea aprobada la liquidación definitiva.

4.- Líbrese oficio DEOX en los términos del Art. 400 del CPCC, cuyo diligenciamiento correrá a cargo de la parte actora, al Banco de la Nación Argentina -Sucursal Tribunales- a fin de que proceda a la apertura de una cuenta a nombre de estos actuados y como perteneciente a este Juzgado y Secretaría.

5.- Comuníquese a la Dirección de Comunicación y Gobierno Abierto de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Regístrese, notifíquese a las partes y peritos por Secretaría y oportunamente, archívese.

GONZALO AUGUSTE

JUEZ FEDERAL

