



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 8

24650/2024

K., L. J. c/ SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN
BUENOS AIRES HOSPITAL ITALIANO s/AMPARO DE SALUD

Buenos Aires, en la fecha que surge de la firma digital.- DEP

AUTOS Y VISTOS:

Para dictar sentencia en estos autos caratulados “**K., L. J. c/ SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES HOSPITAL ITALIANO s/AMPARO DE SALUD**”, de los que,

RESULTA:

1.- A fs. 13/40 se presenta **K., L. J.** por derecho propio, y promueve acción de amparo contra la **SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES HOSPITAL ITALIANO** a fin de que cubra al 100% de manera integral la internación en la “Residencia Para Mayores Serranía”, medicación, insumos, control médico y sesiones de kinesioterapia terapia motora que requiere en base a su delicado estado de salud, conforme lo prescripto por su médico tratante.

Cuenta que tiene 93 años, es afiliado a la demandada y posee certificado de discapacidad en virtud del diagnostico de "Hipertensión arterial. Dislipemia. Trastorno cognitivo leve-moderado. Ceguera ojo izq. (desde niño); disminución severa de la agudeza visual por maculopatía derecha relacionada a la edad. Artrosis en manos y rodillas. Artrosis; cifoescoliosis; coxartrosis. Incontinencia urinaria", razón por la cual precisa de asistencia las 24 hs. para todas las actividades de la vida diaria.



Menciona que se encuentra internado desde el mes de agosto de 2024 en el hogar “Residencia Para Mayores Serranía” y, que en dicha institución recibe la atención médica y de enfermería con todos los cuidados para tratar todas las afecciones que padece, que participa en las actividades de kinesiología y terapias cognitivas (entre otras), encontrándose muy bien adaptado.

Señala que teniendo en cuenta su condición de discapacitado, efectuó el pedido de cobertura a la demandada mediante carta documento, sin obtener el resultado esperado.

Hace hincapié en que le corresponden las prestaciones emanadas de la ley 24.901, y al alto costo que les implica abonar mensualmente la cuota de la residencia en la cual se encuentra internado.

Funda en derecho su pretensión, justifica la procedencia de la vía intentada, ofrece prueba, requiere el dictado de una medida cautelar y hace reserva del caso federal.

2.- A fs. 41 se imprime el trámite de **amparo** y se intima a la demandada, a que se expida sobre lo solicitado en el escrito de inicio.

Con el escrito de fs. 42/54, se presenta la demandada, **Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires Hospital Italiano**, mediante apoderado y contesta la intimación cursada.

Informa que rechaza el requerimiento de la parte actora, toda vez que el amparista se internó en forma inconsulta con el Plan de Salud, en un establecimiento ajeno al sistema médico prepago de su mandante y sin indicación de internación emitida por sus médicos tratantes.

Señala que el amparista es afiliado en un plan de salud "cerrado", el cual no contempla la libre elección de prestadores, por lo tanto si la familia o de manera personal decide en forma unilateral su internación





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 8

en una una residencia geriátrica con prestadores que no son propios o contratados de su mandante, como en el caso de autos, sólo autoriza por vías de excepción la cobertura de la prestación, en el Módulo de Hogar Permanente Categoría "A" más el 35% por dependencia.

A fs. 91 se dicta la medida cautelar peticionada.

3.- Con la providencia de fs. 119 se intima a la demandada a que presente el informe previsto en el art. 8 de la ley 16.986.

A fs. 120/145, la demandada presenta el informe circunstanciado del art. 8.

Señala que su mandante reconoce el carácter de afiliado del amparista y las patologías que padece.

Hace mención a lo ya informado oportunamente a la parte actora a fs. 42/54, respecto de que pretende la cobertura integral de la de prestación, con un prestador que no pertenece a la cartilla del Hospital Italiano, por lo cual sólo cubriría mediante reintegro, limitado en el módulo del Nomenclador Nacional para Hogar Permanente "Categoría A" con más el 35% por dependencia. Funda en derecho su postura, ofrece prueba, hace reserva del caso federal y solicita el rechazo de la demanda, con costas.

4.- A fs. 173 se declara el objeto de autos como de puro derecho.

Con el dictamen de fs. 177/196 se expide el Sr. Fiscal Federal.

Finalmente, a fs. 219 se llaman "**Autos a Resolver**", y

CONSIDERANDO:

I). 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 resulta adecuada para dirimir la presente controversia.

Asimismo, es apropiado recordar que el derecho cuya protección se persigue en autos, en tanto compromete la salud e integridad física de la accionante, aparece reconocido por la Constitución Nacional y los pertinentes tratados internacionales incorporados a ella (*conf. CNCCFed., Sala II, causa n° 4812/08 del 23.10.08; n° 812 6/06 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.

Sentado lo expuesto, atendiendo a los términos en que ha quedado trabada la controversia suscitada en este proceso, destaco que analizaré los extremos y pruebas que conceptúo necesarios para la debida resolución del litigio; esto así, pues sabido es que el juzgador no está obligado a seguir a las partes en todos sus razonamientos, ni a analizar los argumentos que estime no sean decisivos, ni a examinar o ponderar cada una de las probanzas aportadas a la causa, sino sólo aquellas consideradas conducentes para fundar la decisión que en definitiva se adopte (*Fallos: 310:1185; 311:1191; 320:2289; entre otros*).

Dichas precisiones son necesarias atendiendo al enfoque que cada una de las partes ha dado a las diversas cuestiones introducidas en sus





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 8

respectivos escritos constitutivos del proceso , como así también a las conclusiones que ellas extraen de los distintos tópicos y elementos que conforman este pleito.

II). Así delimitada la cuestión, cabe puntualizar 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 la interpretación de normas legales o reglamentarias que tengan por resultado negar los servicios asistenciales que requiere el discapacitado para su rehabilitación (*CNFed. Civ. y Com., Sala III, doc. causa n° 4343/02 del 21.3.05, y sus citas*).

Asimismo, es menester precisar que la ley 22.431 de Sistema de Protección Integral de las Personas Discapacitadas, dispone en su art. 15 que los entes de Obra Social deberán 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 dispuso que las obras sociales deberán 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 dec. citado*).

Por su parte, 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”, 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 (arts. 12 y 15).

III). Encuadrada de esta manera la cuestión a analizar, corresponde tener presente que en el *sub lite* no se encuentra en discusión el carácter de afiliado del actor, ni las patologías que padece, como así también se encuentra demostrado con la prueba documental acompañada inicialmente que el amparista precisa dependencia para su movilidad, para las actividades básicas, que requiere asistencia en higiene, alimentación y vestimenta, por lo que necesita supervisión continua las 24 hs. del día.

A tales efectos, 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, no es dudosa la procedencia de esta acción.

Sobre el particular, debe ponderarse que en razón de la amplitud de las prestaciones previstas en la ley 24.901, es claro que la cobertura de internación geriátrica debe ser encuadrada dentro de las prestaciones asistenciales previstas por el art. 18 y 29 ssgtes. de la referida normativa





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 8

(*CNFed. Civ. y Com., Sala II, causa 3080/97 del 29.10.98; 1020/03 del 3.4.03*).

Solo a mayor abundamiento, es menester precisar que en los considerandos de la Res. 201/02 del Ministerio de Salud, que aprobó el Programa Médico Obligatorio, 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; de tal modo, es claro que el catálogo de prácticas y procedimientos previsto por dicha resolución, no constituye una limitación para los agentes del seguro de salud, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales, por lo que los agentes del seguro de salud están facultados para ampliar los límites de cobertura de acuerdo a las necesidades individuales de sus beneficiarios (*CNFed. Civ. y Com., Sala II, causa n° 11.006/05 del 15.3.07; n° 11.296/05 del 23.3.07; Sala I, causa n° 630/03 del 15.4.03; íd. causa n° 14/06 del 27.4.06 y sus citas; entre otras*).

Que tal cobertura ampliada, en función de lo expuesto precedentemente, resulta aplicable a la entidad demandada, toda vez que la hermenéutica elaborada en esta materia establece que la interpretación de normas que limitan la responsabilidad debe hacerse siempre cuidando de no desvirtuar la naturaleza asistencial del acto en cuestión, ya que al encontrarse en juego el valor más preciado del ser humano, que es la salud y su propia vida, como así también el innegable derecho a obtener una amplia y completa asistencia sanitaria, resulta equitativo, lícito y jurídicamente correcto que tales disposiciones sean interpretadas en el sentido más favorable al afiliado (*CNFed. Civ. y Com., Sala II, causa n° 3.912/02 del 20.8.02; entre otras*).



IV). En esas condiciones, no habiéndose dado solución al problema suscitado, debe concluirse que se 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" que requiere el art. 1 de la ley 16.986, toda vez que conduce al beneficiario a 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 en lo que respecta al pedido de cobertura de internación y medicación, aunque con las limitaciones que a continuación se disponen.

Por los argumentos que anteceden y de conformidad con los fundamentos expuestos por el Sr. Fiscal Federal, **FALLO:** Haciendo lugar a la acción de amparo incoada. En consecuencia, condeno a la **SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES -HOSPITAL ITALIANO-**, a otorgar al Sr. **K., L. J.**, la **cobertura de internación en el centro de tercer nivel "Residencia Gardenia"**, hasta el tope de los valores que surgen de la Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social y sus modificaciones que aprobó el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad en el **"Módulo Hogar Permanente, con Centro de Día, Categoría A"**, con más el **35% en concepto de dependencia**. Ello, conforme facturación detallada que deberá ser presentada ante la demandada en la forma que estuviere prevista en la relación contractual





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 8

que exista entre ella y los prestadores pertinentes, y abonada dentro de los quince días de presentada cada factura, de acuerdo a las indicaciones y por el tiempo que establezca su médico tratante.

Asimismo, en el mismo plazo deberá garantizar la cobertura integral (esto es, al 100% de su costo), de la **medicación, insumos, control médico y sesiones de kinesiología terapia motora -tres veces por semana-** (*conforme prescripción médica del 05.09.2025 acompañada a fs. 204/205*) que precise el accionante, de acuerdo a las indicaciones que efectúe su médico tratante *-Dr. Guillermo Guarna-*.

Las **costas** del juicio se imponen a la demandada (art. 68 del CPCC).

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 de los letrados de la parte actora, **Dr. Alan Yoel Goldsmid**, en la cantidad de **10 UMAS** (equivalentes a la fecha a la suma de **\$788.500**) y los dela **Dra. Patricia Fabiana Kurcas** en la cantidad de **4 UMAS**, que representan a la fecha a la suma de **\$315.400** (*conf. arts. 2, 16, 19, 29, 51 y cc. de la ley 27423; y Ac. 2533/2025 de la C.S.J.N.*).

Regístrese, notifíquese -al señor Fiscal Federal, mediante cédula electrónica-, **publíquese (Art. 7 de la Ac. 10/25 de la CSJN).** y, oportunamente, **ARCHIVESE.**

