



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 8

11831/2024

D., L. A.Y OTRO 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 “**D., L. A.Y OTRO c/ SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES HOSPITAL ITALIANO s/AMPARO DE SALUD**”, de los que,

RESULTA:

1.- A fs. 2/33 se presenta el Sr. P., G. A., en representación de la Sra. **D., L. A.**, 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 "Fundación Aunar", medicación e insumos, conforme lo prescripto por su médica tratante.

Cuenta que la amparista tiene 93 años, es afiliada a la demandada y posee certificado de discapacidad y que presenta severas comorbilidades tales como enfermedad de Alzheimer de inicio tardío, con deterioro cognitivo progresivo; problemas relacionados con la necesidad de supervisión continua; hipoacusia neurosensorial bilateral; inconsistencia urinaria; Parkinson; utiliza silla de ruedas y que por ello su médica tratante le prescribió de asistencia las 24 hs. para todas las actividades de la vida diaria.



Señala que teniendo en cuenta la condición de discapacitada, efectuó el pedido de cobertura a la demandada, obteniendo una cobertura que no guarda relación con la peticionada.

Hace hincapié al alto costo que le implica abonar mensualmente la cuota de la residencia en la cual debe ser internada.

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.

A fs. 56 se imprime a la causa el trámite del **amparo** y se intim a la demandada a que se expida sobre lo peticionado en el escrito de inicio.

2.- Con el escrito de fs. 35/452, se presenta la demandada **SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES HOSPITAL ITALIANO**, mediante apoderado y contesta la intimación cursada.

Señala que la amparista se encuentra voluntariamente afiliada a un plan "cerrado", el cual no contempla la libre elección de prestadores, por lo que todas las prestaciones médico asistenciales serán brindadas bajo indicación médica de profesionales pertenecientes a su mandante o a través de prestadores propios o contratados, conforme lo dispuesto por el art. 6º de la Ley 24.901.

Comenta que la cobertura solicitada -en atención al plan de salud que posee la actora-, se realiza con cobertura integral en prestadores propios.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 8

Manifiesta que la institución indicada no resulta ser prestadora de su mandante ni cuenta con Centro de Día, por lo que no queda otra opción que ofrecer la cobertura vía reintegro exclusivamente, puesto que el amparista o su familia escogió un prestador ajeno al plan de salud que posee. Asimismo, indica que la prescripción médica es de un galeno que no pertenece a la Cartilla del Plan de Salud del Hospital Italiano.

A fs. 48 se hace lugar a la medida cautelar peticionada.

Luego, con la pieza de fs. 40/52, la demandada informa que procederá a cumplir con la medida cautelar, otorgando a la amparista, vía reintegro, la cobertura de la internación.

3.- Con la providencia de fs. 67, se intimá a la demandada a que presente el informe previsto en el art. 8 de la ley 16.986.

Con el escrito de fs. 68/106, la demandada acompaña el informe circunstanciado del art. 8 de la Ley de Amparo.

Menciona que su mandante no desconoce la afiliación de la amparista así como las patologías que padece. Manifiesta que el Plan que posee es uno "cerrado", el cual no contempla la libre elección de prestadores, por lo que todas las prestaciones médica asistenciales se brindarán bajo indicación médica de profesionales pertenecientes al Hospital Italiano y/o a través de prestadores propios o contratados.

Detalla que bajo esas condiciones, la internación en una residencia de tercer nivel se cubre al 100% en las instituciones contratadas y auditadas por el propio Plan de Salud.



Destaca que dichas condiciones no se cumplen en el caso de autos, toda vez que la residencia elegida no es prestadora de su mandante ni tampoco la médica tratante de la amparista, quien no pertenece a la cartilla de galenos ofrecidos por la Institución.

Funda en derecho su postura. Hace reserva del caso federal, ofrece prueba y solicita que se rechace la acción, con expresa imposición de costas a la contraria.

A fs. 112 se abre la causa a prueba, a fs. 114 se proveen las pruebas y a fs. 165 se clausura el período probatorio.

A fs. 167/8 se expide Sr. Fiscal Federal.

A fs. 196 se llama “**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 nº 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.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 8

Asimismo, es apropiado recordar que el derecho cuya protección se persigue en autos, en tanto compromete la salud e integridad física de la amparista, 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° 8126/06 del 4.12.07 y sus citas; Sala I, causa n° 16.173/95 del 13.6.95 y sus citas; idem, causa n° 53.078/95 del , de modo que la 18.4.96; entre otras*) 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 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 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 precisar 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 recordar 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*).





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 8

Por su parte, la ley 24.901, que modificó la ley 22.431 citada, establece en su art. 2º 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 afiliada de la actora, ni las patologías que padece, como así también se encuentra demostrado con la prueba documental acompañada inicialmente que la 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; idem causa 1082/01 del 29.3.01; idem., 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 ssqtes. de la referida normativa (*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; id. 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





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 8

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 las condiciones indicadas, encontrándose a cargo de la accionada la cobertura de las necesidades de su afiliada, prescriptas por su médica tratante y no habiéndose dado solución de manera cabal al problema suscitado -sin perjuicio de lo señalado por la demandada en la presentación de fs. 57/62-, es claro que se priva al beneficiario de la prestación requerida 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 accionante 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, aunque con el alcance que se establecerá.

V). Ahora bien, sin perjuicio de lo precedentemente señalado, 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 la obras



sociales, o bien, empresas de medicina prepaga, para la atención de sus afiliados (*conf. CNF. 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 (confr. Sala III, 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 de la parte actora 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, toda vez 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 o empresas de medicina prepaga (*conf. CNFed. Civ. y Com., Sala III, causa 7.886/06 del 05.09.06*).

Por los argumentos que anteceden, de conformidad con lo dictaminado por el Sr. Fiscal Federal, cuyos fundamentos comparto y a los cuales cabe remitirse en mérito a la brevedad, **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. D., L. A.** la cobertura de la **internación en la institución** en la "**FUNDACIÓN AUNAR**" en el cual se encuentra internado, al 100% de su costo para el caso de que el valor facturado no supere el monto establecido por la normativa





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL 8

aplicable; o bien, en caso de superarlo, deberá cubrirse la prestación de internación 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 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 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 establezcan los médicos tratantes.

Asimismo, en el mismo plazo deberá garantizar la cobertura integral (esto es, al 100% de su costo), de la provisión de **180 pañales por mes**, conforme fuera indicada por su médica tratante conforme prescripción médica del 26.12.2023 y por el tiempo que prescriba dicho galeno.

Respecto a la **medicación** solicitada, toda vez que no se adjuntó prescripción médica actualizada y detallada sobre la necesidad de los mismos, nada corresponde proveer sobre dicho requerimiento.-

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, las etapas cumplidas y la trascendencia jurídica, moral y económica que para la parte actora tiene este proceso, regulo los honorarios de los letrados apoderados de la parte actora **Dra. Silva Beatriz García Christiansen** en la cantidad de **14 UMAS**, equivalentes



a la fecha a la suma de **\$1.189.482** y los del **Dr. Oscar Enrique Pereira Dulbecco**, en la cantidad de **6 UMAS**, equivalentes a la fecha a la suma de **\$509.778** (*conf. arts. 2, 16, 19, 29, 51 y cc. de la ley 27423; y Ac. 3160/2025 de la C.S.J.N.*).

Considerando la labor pericial efectuada en autos, se fijan los honorarios del **perito médico Gabriel Alejandro García** en la cantidad de **6 UMAS -\$509.778-**.

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

