



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL EN LO CIVIL Y COM. Y CONT.

ADM. DE SAN MARTIN 1

///Martín, de diciembre de 2025.- IDV

Y VISTOS:

Estos autos caratulados: **“L, A I en rep de S, A M c/ Centro de Educacion Medico e Investigaciones Clinicas Norberto Quirno (CEMIC) s/ sumarisimo”**, expte. FSM 62512/2022 del registro de la Secretaría Nro. 1 de este Juzgado Federal de Primera Instancia en lo Civil, Comercial y Contencioso Administrativo N° 1, y

CONSIDERANDO:

I. El Sr. **L, A I en representación de su madre S, A M** promovió la presente acción contra **Centro de Educación Medico de Investigaciones Clinicas Norberto Quirno (CEMIC)** con el fin de obtener la *“...cobertura conforme a las Resolución 428/99 del Ministerio de Salud de la Nación, Módulo Hogar Permanente, Categoría “A”, con más el 35% en concepto de dependencia actualizado a la fecha de notificación del presente del Hogar Centro San Pantaleón donde residirá...”* (cfr. dda., I.- OBJETO). Refirió que su madre tiene 73 años de edad y que padece *“...Demencia de tipo Alzheimer de inicio tardío con sintomatología conductual...”*. Es titular de un *Certificado Único de Discapacidad* (con código de barras N°6496612267). Asimismo, informó que su madre no se encuentra institucionalizada. Manifestó que requerida la prestación a la entidad de medicina prepaga (CEMIC), por intermedio de correos electrónicos; la demandada se limitó a *“...ofrecer cobertura únicamente hasta cubrir el monto previsto por el Nomenclador de Prestaciones Básicas, Categoría “C” (y no Categoría “A”, como corresponde) y sin considerar el 35% en concepto de dependencia, escudándose en el hecho de que el Hogar no se encuentra inscripto en el Registro Nacional de Prestadores y que, para ellos, no se hallaba determinada su dependencia...”* - (cfr fs 2/24).

Se dictó medida cautelar y se ordenó *“la cobertura a cargo de la accionada (CEMIC) del costo de internación de la Sra.*



Ana María Scriminaci en el Hogar Centro San Pantaleón, la que se extenderá hasta el pago del valor que el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad establece para la categoría “C”, aprobado por Res. 428/1999 y sus modificatorias, con más el 35 % en concepto de dependencia; y hasta tanto se dicte sentencia.” La medida fue apelada y el Superior la modificó ordenando “la cobertura hasta el límite fijado para el módulo hogar permanente -categoría “A”- establecida en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad -aprobado por resol. 428/99 del Ministerio de Salud de la Nación y sus modificatorias otorgada” (cfr fs 27 y fs 125).

La demandada, contestó demanda y expresó que “La Institución demandada brinda dicho servicio, según lo establecido en el Reglamento General de Afiliación y según cada Plan Médico elegido, con sus propios profesionales médicos o profesionales contratados, cuya nómina se encuentra detallada en la Cartilla Médica correspondiente.- Al ingresar al CEMIC, la parte actora recibió un ejemplar del Reglamento General de Afiliación, un ejemplar del Reglamento correspondiente a su Plan y un ejemplar de la Cartilla médica de la Institución, la que se encuentra actualizada en la página web de la Institución (www.cemic.edu.ar).- En dicha normativa entre otras cosas, se establecen las características del Plan cerrado referido, definiendo que: “es aquel por el cual el afiliado es íntegramente atendido por el staff de CEMIC, detallado en la cartilla de profesionales, en los Centros Propios y Contratados, según CEMIC designe...”.- El Plan que eligiera la Sra. Scriminaci pertenece a un sistema cerrado, por lo que para obtener la cobertura de las prestaciones médicas pactadas, éstas deben ser indicadas y llevadas a cabo por prestadores de esta Institución.- Habiendo recibido los instrumentos referidos al ingresar al CEMIC, la amparista siempre ha tenido conocimiento acerca del alcance de la cobertura pactada y acerca de quienes brindarían las prestaciones médicas requeridas, ya que ello surge con claridad de dicha documentación, no encontrándose prevista en la misma, la cobertura integral de las prestaciones





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL EN LO CIVIL Y COM. Y CONT.

ADM. DE SAN MARTIN 1

brindadas por prestadores ajenos a la cartilla Médica del CEMIC ni, por ejemplo indicados por médicos que no pertenecen al staff institucional y por lo tanto fuera de su control o sin la documentación necesaria [...] Además, al contestar el pedido de cobertura que se efectuara para el Sr. Scriminaci oportunamente se le informó que CEMIC brindará cobertura por vía de reintegro en concepto de hogar permanente Categoría C (valor correspondiente al nomenclador de discapacidad vigente). Para gestionar el mismo debía enviar mensualmente la factura y recibo al correo correspondiente desde donde se informaría el número de reintegro y fecha de pago.- Ello demuestra que CEMIC siempre brindó a la accionante, la cobertura de las prestaciones médicas cuando fueran indicadas y llevadas a cabo por profesionales de su plantel, de conformidad con lo que fuera pactado motivo por el cual, jamás lesionó derecho alguno de aquél al respetar lo dispuesto por el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad”, (cfr fs 54/69).

II. El derecho a la vida es el primer derecho natural de la persona humana preexistente a toda legislación positiva que resulta garantizado por la Constitución Nacional y su protección –en especial el derecho a la salud- constituye un bien en sí mismo, porque resulta imprescindible para el ejercicio de la autonomía personal ya que un individuo gravemente enfermo no está en condiciones de optar libremente por su propio plan de vida (Fallos: 302:1284; 310:112 y 323:1339). Más que un derecho no enumerado en los términos del art. 33 de la Ley Fundamental, es un derecho implícito, ya que el ejercicio de los reconocidos expresamente requiere necesariamente de él. El derecho a la salud -especialmente cuando se trata de enfermedades graves- está íntimamente relacionado por que un individuo gravemente enfermo no está en condiciones de optar libremente por su propio plan de vida [ppio. de autonomía personal].

Desde el punto de vista normativo, el derecho a la salud está reconocido en los tratados internacionales con rango constitucional (art. 75, inc. 22), entre ellos el art. 12, inc. C) del Pacto



Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; inc. 1, arts. 4 y 5 de la Convención sobre Derechos Humanos –Pacto de San José de Costa Rica- e inc. 1, del art. 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, extensivo no solo a la salud individual sino también a la salud colectiva (Fallos 323:1339 del dictamen del Procurador Fiscal ante la CSJN en autos “Asociación de Esclerosis Múltiple de Salta c/ Ministerio de Salud – Estado nacional s/ acción de amparo – medida cautelar” de fecha 18 de diciembre de 2003).

Sumo las reglas especiales de la “*Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*” (ley 26.378), que tiene el propósito de “*promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad*” [art. 1]. A tal fin, “*los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás*” [art. 10]; y reconoce que “*toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás*” [art. 15] y que tienen derecho a gozar “**del más alto nivel posible de salud**” previniendo y reduciendo “*al máximo la aparición de nuevas discapacidades*” [art. 25], con el objetivo de que “*las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida*” mediante “*servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación*” [art. 26; art. 75, 22), párrafo 1, Const. Nacional].

En un sentido concurrente la “*Convención Interamericana para Eliminación todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*” (ley 25.280), preceptúa la necesidad de “*intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad*” [art. III, 2.b); arts. 75, 22), párrafo 1), Const. Nacional].





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL EN LO CIVIL Y COM. Y CONT.

ADM. DE SAN MARTIN 1

Con este marco de referencia corresponde el estudio de las constancias arribadas al legajo y decidir sobre la petición inicial (doct. art. 163, CPCC).

III. Se encuentra fuera de discusión que la **actora es afiliada**, cuenta con un **certificado de discapacidad** y padece *“demencia no especificada de comienzo tardío”* y su médico tratante le prescribió prestaciones respectivas (cfr certificado del 25/10/2022, Dr. Guillermo Espinola, MN 106296).

Además, está acreditado que intimó extrajudicialmente a la demandada y no obtuvo respuesta favorable.

IV. Sobre estas bases, ante una afección como la padecida, no existen dudas que en autos se ventila una cuestión relativa al derecho a la salud, materia en la que corresponde actuar a la demandada otorgando las prestaciones de salud *“tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad”* y que fueran necesarias para la provisión de los tratamientos frente al afiliado que la peticiona, dando respuesta rápida y eficaz, ya que las prestaciones de salud son *“integrales, igualitarias y humanizadas”* para asegurar a los beneficiarios/servicios *“suficientes y oportunos”* (arts. 2 y 27, ley 23661).

Tal obligación, reiteramos, de dar una **respuesta rápida y eficaz** no se compadece con el temperamento adoptado en el caso frente a la necesidad de atención de la salud del afiliado, cuyas necesidades prestacionales se encuentran acreditadas y eran de conocimiento de la demandada. Ello revela un comportamiento reñido con la efectiva atención de la salud de la paciente, porque lo cierto y concreto es que resultaba imprescindible su atención continua en función de la especial patología que presenta, según la sana crítica (art. 377 y cc., CPCC).

En efecto, según emerge del desarrollo y conclusiones del dictamen del **Cuerpo Médico Forense surge que la Sra. S es una**



paciente que “de 75 años de edad, es portadora de cuadro de demencia de tipo Alzheimer con trastornos conductuales e hipertensión arterial. Se encuentra medicada con losartan, escitalopram, quetiapina y memantine. Reside en el Centro San Pantaleón desde el año 2022 en donde recibe asistencia personal por el servicio de Enfermería, asistencia Médica Clínica, Rehabilitación kinésica grupal y asistencia Psiquiátrica por médico personal. En cuanto a la patología de la amparista, se trata de patología neurodegenerativa crónica y progresiva [...]la amparista es dependiente de terceros para todas las actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión permanente [...]La modalidad requerida resulta conveniente y podría ser beneficiosa para la amparista. Es adecuada y acorde a los antecedentes médicos que obran en el presente informe [...]No obra en el expediente, indicación médica que justifique o fundamente la necesidad de traslado del paciente a otro establecimiento”. (cfr fs 142/147, Incidente2).

Esas apreciaciones no fueron observadas ni rebatidas con fundamentos técnicos o científicos idóneos, por lo que cabe estar a lo allí establecido (arts. 377 y 386 CPCC).

Además, la circunstancia de que cuente **con certificado de discapacidad** expedido por el Ministerio de Salud de la Provincia, la coloca al amparo de la ley 24901 que instituye el “*Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad*”, comprensivo de las prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, que contempla “*acciones de prevención, asistencia, promoción y protección*”, con el objeto de brindar a las personas discapacitadas “*una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos*” (cfr. art 1) y que pone a cargo de las obras sociales incluidas en la ley 23660 y **con carácter obligatorio “la cobertura total de las prestaciones básicas”** enunciadas en la ley “**que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas**” (cfr. art. 2).

Entre esas prestaciones básicas que enuncia la ley 24901 existe la obligación de cubrir, *como mínimo*, las prestaciones de rehabilitación (art. 15), las prestaciones asistenciales (art. 18), de





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL EN LO CIVIL Y COM. Y CONT.

ADM. DE SAN MARTIN 1

rehabilitación motora (art. 27), de cobertura económica a la persona con discapacidad y su grupo familiar ante situaciones atípicas y de excepcionalidad, no contempladas en las distintas modalidades de las prestaciones normadas en la ley. Entre ellas, la asistencia de los trastornos mentales, con obligación de cobertura de la internación en hogares para personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas y requieran un mayor grado de asistencia y protección (cfr. arts. 32, 33 y 37).

Sumo que en la relación afiliado/obra social, ésta última tiene el dominio del hecho técnico para la provisión de la prestación frente al afiliado/enfermo y *“esa superioridad [...] conlleva su obligación de dar una respuesta rápida por las características y las consecuencias negativas que podría acarrear la falta del tratamiento indicado”* (cfr. CFASM, Sala II, causa FSM 1453/2013, rta. 11/12/2014).

Entonces, **existen en el legajo prescripciones específicas** extendidas **por el médico tratante** responsable de la atención de su salud y que es quien se encuentra en mejor posición para prescribir determinado tratamiento, y **no existe ningún informe técnico y científico que desmienta el diagnóstico y el acierto de esas indicaciones**, como tampoco otros elementos de juicio que permitan afirmar que su utilización tenga efectos nocivos para la salud, o bien que ese tratamiento o insumo constituya un inconveniente en este caso particular.

En función de ello, la acción es procedente por encontrarse acreditada la afección en la salud padecida, la indicación del tratamiento por un profesional especialista en la materia, la afiliación a las codemandadas y la consiguiente obligación de garantizar la provisión oportuna al tratamiento.

V. La obligación de cobertura de las prestaciones aquí discernidas se regirán por las siguientes pautas: 1º) la demandada deberá cumplir de modo inmediato y oportuno con la obligación



prestacional y los pagos –en su caso- deberán ser efectivizados por esta parte mediante los medios habilitados a tales efectos (v.gr: depósitos, transferencia o cheque) contra la presentación tempestiva en sede administrativa -a fin del debido control- de las facturas correctamente conformadas con arreglo a las disposiciones legales vigentes y emitidas por los prestadores contratados [dejando a salvo la posibilidad de requerirlas directamente a dichos efectores]; 2º) la demandada procederá [sin perjuicio de los trámites inter-administrativos que deban cumplirse] “**según el criterio de ventanilla única**”, es decir debe cumplir su **obligación sin demoras burocráticas** y dentro de un **plazo razonable** que se fija en **15 días hábiles** desde la presentación de las facturas; 3º) la actora deberá presentar en tiempo y forma la correspondiente documentación médico/legal [v.gr.: receta o certificación médica, etc.] que permita gestionar a la demandada la cobertura de la/s prestación/es solicitada/s (cfme. arts. 17 y 19, incisos 6º y 7º, ley 17.132; arts. 2º y 3º, ley 25.649; art. 16, ley 11.405 de la Provincia de Buenos Aires; Res. Ministerio de Salud de la Nación N° 362/02 y cctes.). Con la salvedad, de que ello no implica el deber de adjuntar todas las prescripciones mes a mes dentro del proceso judicial, sino sólo aquéllas relativas a las prestaciones en las que mediare incumplimiento y hubiesen sido indicadas por los profesionales de cabecera que atiendan a la afiliada y en tanto éstos prescriban su continuidad; 4º) exhortar a ambas partes a establecer un único medio de comunicación extrajudicial entre ellas –por caso: una casilla de mail, un abonado celular, un número de WhatsApp o de Telegram especial para dicha afiliada-, mediante el cual puedan establecer un canal de diálogo rápido y ordenado de los requerimientos que fueran menester para la accionante, con miras a obtener una respuesta más eficaz y sin tardanzas en torno a las múltiples necesidades que demanda su cuadro clínico; y 5º) llevar un preciso y ordenado control de las prestaciones médico-asistenciales, insumos y medicamentos procurados a la afiliada a través de sus prestadores y/o de los profesionales tratantes [doctrina CFASM, **Sala I**, causa CCF 6608/2014/CA3, caratulada “Covachich, Juan Carlos c/ Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados s/ Prestaciones Médicas”, rta. el 20/12/16; causa CCF 3861/2014/CA3 caratulada “Silveyra, Alejandro (e/r de su hijo menor) c/ OSDE y otros s/ Prestaciones Médicas”, rta. el 13/5/2018; causa FSM 65389/2016 “Monzón, María Alejandra en rep. de su hija Abba Julieta c/ Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE) s/ prestaciones médicas”, rta. el 13-12-18; **Sala II**, causa N° 184/2012, orden N° 10.296, “Regalado, Cora O. c/ PROFE s/ amparo”, rta. el





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL EN LO CIVIL Y COM. Y CONT.

ADM. DE SAN MARTIN 1

27/03/12; este Tribunal y Secretaria, causa FSM 34361/2016, “Alperín Rosa, en rep. de su esposo B.J. C/ Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados s/ Prestaciones Médicas”, rta. el 21/04/2017; causa FSM 1949/2015, “Zuñiga, Norma Beatriz c/ INSSJyP s/ incidente”, rta. el 04/05/17; causa CCF 6215/2017/CA4, “Malosetti, Rosana Inés”, rta. el 6/4/22; **este Juzgado**, causa N° FSM 118978/2017, “Olguin, Andrea e/r de su madre A.J. c/ OSDE s/ prestaciones médicas”; rta. el 28/5/2018).

Por último, con el propósito de asegurar que la tutela judicial obtenida con el pronunciamiento definitivo sea efectiva, sobre todo dadas las particulares circunstancias del caso, inconvenientes y desavenencias acaecidas a lo largo del proceso; en especial, las concernientes al acatamiento de las distintas mandas judiciales emitidas en el legajo digital; se establece que para el supuesto de incumplimiento del pronunciamiento –previa acreditación de la observancia de los trámites regulares aplicables al vínculo jurídico habido entre las partes-, se procederá **sin más con arreglo a las normas de ejecución establecidas en el Libro III, Título I, Capítulo I del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación.**

Se recuerda a las partes la constante exhortación del Superior en trámites de similar naturaleza, en cuanto *“al cumplimiento de los recíprocos deberes según los principios de facilitación y colaboración deducidos del general de buena fe”* (cfr. CFASM, Sala II, cn° FSM 12198/2013/CA1, del 22/9/2015; cn° FSM 19316/2013/CA2 del 23/5/2016; entre varias).

VI. Las costas se imponen a la demandada vencida en razón del hecho objetivo de la derrota y por no existir justificación que permita apartarse de esa regla (art. 68, CPCC y 14 de la ley 16.986; doct. de Fallos 323: 3115, 325:3467, más recientemente causa: B.638.XLVI “Brugo, Marcela Lucila c/ Eskenazi, Sebastián y otros s/ simulación” del 10 de abril de 2012 y sus citas).

VII. En orden a la regulación de honorarios de los profesionales previamente requiérase a los mismos que manifiesten



dentro de los cinco (5) días de notificado si se encuentra comprendido en las previsiones del art. 2 de la ley de arancel, denuncie su situación ante el IVA, denuncien matriculación en la jurisdicción (Resolución 484/10, Consejo de la Magistratura de la Nación), como así también manifestarse respecto del art. 2º de la ley 27423.

A mérito de lo expuesto,

RESUELVO:

1. Hacer lugar a la acción promovida por L, A, I en representación de S A M, porque le asiste el derecho, y ordenar a CEMIC arbitre los medios para otorgar cobertura hasta el límite fijado para el módulo hogar permanente -categoría “A”- establecida en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad -aprobado por resol. 428/99 del Ministerio de Salud de la Nación y sus modificatorias

2. Imponer las costas a la demandada.

3. Postergar la regulación de honorarios conforme lo dispuesto precedentemente.

Regístrese; notifíquese; comuníquese a la Dirección de Comunicación y Gobierno Abierto de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (Ac. CSJN 10/2025) y, oportunamente, archívense.-





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL EN LO CIVIL Y COM. Y CONT.

ADM. DE SAN MARTIN 1

