



Poder Judicial de la Nación

CAMARA CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL- SALA II

Causa n° 16752/2024

S., N. M. c/ OSDE s/AMPARO DE SALUD

Buenos Aires, de febrero de 2025. MK

VISTO: el recurso de apelación interpuesto y fundado por la demandada el 5.11.24, replicado por la actora el 15.11.24, contra la resolución dictada el 31.10.24; y

CONSIDERANDO:

I.- En el pronunciamiento referido, el Sr. Juez de grado hizo lugar a la medida cautelar solicitada en autos. En consecuencia, bajo responsabilidad de la parte actora y con caución juratoria que tuvo por prestada con la interposición del escrito de inicio, ordenó a OSDE arbitrar los medios pertinentes para garantizar a la Sra. N. M. S., a partir de la notificación de la presente y por la vía que corresponda, la cobertura de la asistencia domiciliaria 24 hs prescripta por la médica tratante, según especificaciones indicadas en la constancia de autos, debiendo continuar en forma ininterrumpida cubriendo el costo de dicha prestación, con el alcance establecido en la presente, de acuerdo a las indicaciones y por el tiempo que prescriba el médico tratante. En tal sentido, dispuso que en caso de realizarse los tratamientos con profesionales propios o contratados por la demandada, la cobertura deberá ser del 100% sin limitación alguna y observando estrictamente lo prescripto por la médica tratante, mientras que en la hipótesis de que sea llevado a cabo por profesionales ajenos a la obra social, ésta deberá otorgar la cobertura de “asistente domiciliario” a cuyo fin corresponde equiparar su valor de reintegro al módulo fijado en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad consistente en “Hogar Permanente, Categoría A”, más el 35% por dependencia, fijado en la Resolución n° 428/99, y sus respectivas actualizaciones. Ello, conforme facturación 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 ser abonada en el término de quince días de presentada cada factura.

Asimismo, estableció que a partir de la notificación de la presente, la demandada debía otorgar la cobertura del 100% de la medicación pertinente, todo ello según indicaciones de fecha 10.4.24 y por el tiempo que establezcan los médicos tratantes. Por último, en lo atinente al pedido de “para el caso de



que con el transcurrir del tiempo hasta el dictado de sentencia, se prescribiera el cambio de modalidad de cuidado de la amparista y/o provisión de elementos de ortopedia para su mejor tratamiento y calidad de vida”, hizo saber que ello excede la presente medida y que, en su caso, deberá acreditar tanto la prescripción médica respectiva como el incumplimiento de la demandada.

II.- Contra dicha resolución se alzó OSDE. En su memorial, controvierte la admisión de la prestación “asistente domiciliario” cuando no ha quedado acreditada en autos la configuración de la verosimilitud del derecho. En tal sentido, señala que el magistrado omite realizar un análisis entre la normativa vigente, lo reclamado por la actora y la postura tomada por OSDE. A su vez, destaca que el *a quo* soslaya que la prestación debe ser indicada de manera exclusiva en el informe interdisciplinario efectuado por el equipo perteneciente o contratado por las entidades obligadas, circunstancia que no sucede en el caso dado que la actora se negó en todo momento a su realización.

Bajo esa óptica, aduce que no hay un obrar ilegítimo de su parte. Por el contrario, debe practicarse la evaluación interdisciplinaria a efectos de constatar la procedencia de la cobertura de asistencia domiciliaria y, en caso de ser así, su obligación radica en cubrir esa prestación pero por intermedio de sus profesionales e instituciones contratadas.

Asimismo, alega que el hecho de que la médica prescriptora extienda un pedido médico indicando su requerimiento, sin ninguna justificación en la cual se detalle la necesidad imprescindible de que la asistencia sea brindada por cuidadores permanentes, resulta por demás cuestionable. En efecto, considera que no debió endilgarse dicho gasto a la Obra Social en tanto no hay justificación fáctica ni normativa que lo indique. En todo caso, plantea que tal obligación de asistencia debe ser asumida por los familiares directamente (principalmente por los hijos, conforme al art. 671 del Código Civil y Comercial de la Nación) o a través de los particulares que contraten del servicio doméstico. Incluso, si la familia no puede hacerse cargo de tal gasto, debería haber acreditado tal extremo a efectos de que OSDE evalúe la posibilidad de brindar alguna ayuda económica en los términos establecidos por el artículo 33° de la Ley de Discapacidad N° 24.901, situación que no se ha dado en autos. Insiste en que la prestación reclamada se viene cubriendo con personas contratadas unilateralmente bajo el régimen de servicio





Poder Judicial de la Nación

CAMARA CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL- SALA II

doméstico, por lo que es evidente que las necesidades de la afiliada se encuentran satisfechas a través de la figura prevista en el art. 2 *in fine* de la Ley N° 26.844, motivo por el cual, no corresponde a OSDE dar su cobertura.

A todo evento, señala que no existe una libre elección de profesionales y/o prestadores para obtener la cobertura integral de las prestaciones, sino que la cobertura integral de ellas procede únicamente con prestadores propios o contratados por su mandante (conf. art. 6 de la Ley N° 24.901). De allí que defiende su disconformidad respecto al límite de cobertura dispuesto por el Juez de grado a la prestación de asistente domiciliario dado que los valores dispuestos en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad tienen sólo un valor referencial y no son vinculantes para las obras sociales.

En esa línea de pensamiento, se queja del tope fijado pues, a su entender, debería aplicarse los valores previstos para el módulo “cuidador domiciliario no terapéutico” (“personal con retiro”) al que hace referencia el Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares (cfr. art. 2 *in fine* y art. 14.a. de la Ley N° 26.844).

Por otro lado, se agravia de la cobertura integral de la medicación solicitada: “*Amiodarona, Apixaban, omeoprazol, anemidox ferrum 2, bisoprolol, amlodipina, diosmina, atrovastina, polietilenglicol 3350*”. Sobre el punto, destaca que OSDE sólo se encuentra obligado a brindar cobertura al 100% respecto de aquellos medicamentos relacionados directamente con la patología discapacitante de los afiliados pero que los restantes se regirán según lo establecido en el Programa Médico Obligatorio (Resolución 1714/07 del Ministerio de Salud) que detalla cuáles son los medicamentos que gozarán del 40% o 70% de cobertura, en este último caso, si se tratare de medicamentos de uso crónico.

Por último, arguye que no se acreditó la configuración del peligro en la demora, como presupuesto necesario para la admisión de la tutela anticipada y pone de relieve el carácter innovativo de la medida, así como el mayor celo que debe regir el análisis de los recaudos para su otorgamiento en tales supuestos por coincidir con el fondo del asunto.

Sustanciado el recurso, la parte actora lo replicó de conformidad con los argumentos desarrollados en la presentación mencionada en el visto.



III.- Así planteada la cuestión, en primer término, es apropiado recordar que el carácter innovativo de una medida precautoria no es, por sí mismo, un obstáculo para su procedencia. Tampoco lo es la coincidencia total o parcial entre su objeto y el de la acción, en tanto se encuentren reunidas las exigencias que hacen a su admisibilidad (confr. esta Sala, causas 3606/13 del 28.6.16 y 9034/16 del 9.2.18, entre otras), para lo cual corresponde valorar tanto el estado de la parte que la solicita como el resguardo del derecho de defensa de su contraria (Fallos: 320:1633).

Ello no implica desconocer la prudencia con que se deben apreciar los recaudos que hacen a su procedencia, teniendo en cuenta que alteran el estado de hecho o de derecho existentes al tiempo de su dictado y configuran un anticipo de jurisdicción favorable respecto del fallo final de la causa (Fallos: 320:1633; 329:2532, 339:622, entre otros). Sin perjuicio de lo expresado, reiteradamente este tribunal ha juzgado que, en casos como el presente, donde el objeto último de la acción está dirigido a cubrir prestaciones destinadas a la atención de la salud, el criterio para examinar la procedencia de una medida precautoria -aun cuando sea innovativa- debe ser menos riguroso que en otros, considerando las consecuencias dañosas que podría traer aparejada la demora en satisfacer requerimientos como el presente.

IV.- Ello así, se debe señalar que no se encuentra cuestionado en el *sub lite* que la señora Né. M. S., de 89 años, es afiliada a la demandada, que padece discapacidad en virtud del diagnóstico de “*Anormalidades de la marcha y de la movilidad. Escoliosis. Estenosis del canal neural por disco intervertebral*” ni que como consecuencia de ello su médico tratante Dr. José Luis ESMACORA requirió el tratamiento medicamentoso indicado y la asistencia permanente para las actividades de la vida cotidiana (ver DNI, carnet de afiliación, certificado de discapacidad y constancias médicas acompañadas al escrito de inicio).

Abordando el análisis de los agravios de la requerida, ésta consideró que no existe verosimilitud en el derecho, ya que, a su entender, ni la Ley N° 24.901 ni el contrato suscripto por la actora al contratar sus servicios, le imponen otorgar la prestación en esos términos.

Al respecto, corresponde señalar se encuentra fuera de debate la aplicación de la Ley N° 24.901. Como es sabido, ésta fija estándares mínimos obligatorios para todos aquellos entes que tienen a su cargo la prestación de servicios relacionados con la salud (ver, en particular, art. 2° de la citada ley y





Poder Judicial de la Nación

CAMARA CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL- SALA II

art. 7° de la Ley N° 26.682). La normativa está informada por el principio de cobertura integral y máxima inclusión social de las personas con discapacidad (ver art. 1° de la Ley N° 22.431 y arts. 1°, 2°, 11 y 15 de la Ley N° 24.901), lo que aquí debe conjugarse con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Ley N° 26.378 (conf. esta Sala, causa n° 6845/13 del 10.03.14, entre muchas otras), de jerarquía constitucional, en los términos del inc. 22 del art. 75, luego de la sanción de la Ley N° 27.044.

Por su parte, el art. 18 de la Ley N° 24.901 determina que las prestaciones asistenciales son aquéllas que tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad a las que puede accederse conforme con el tipo de discapacidad y situación socio-familiar que posea el accionante. Así pues, y en lo que interesa en el *sub lite*, es del caso señalar que el art. 1 de la Ley N° 26.480 establece la incorporación -como inciso d) del art. 39 de la Ley N° 24.901- de la figura del asistente domiciliario. Y es que el objetivo de dicha inclusión y, por ende, su reconocimiento prestacional, es dar a todas las personas con discapacidad severa o con importantes limitaciones funcionales, los apoyos necesarios a fin de favorecer su vida autónoma, evitar su institucionalización o disminuir los tiempos de internación propiciando, entre otras cosas, su mejor integración familiar -inicialmente- y la social -en segundo término-. De este modo, el legislador ha puesto en cabeza de aquellas entidades alcanzadas por las previsiones de la Ley N° 24.901, aplicable a la aquí demandada, la obligación de cobertura de la prestación de asistencia domiciliaria.

Establecido ello, si bien dicha figura no ha sido reglamentada a pesar del vencimiento del plazo establecido en el artículo 2 de la Ley N° 26.480, es claro que ello no puede ser un obstáculo a la procedencia de la cobertura ni implica que la norma sea inaplicable. Caso contrario, en un ámbito tan sensible como el derecho a la salud, el efectivo goce de un derecho –en el caso, plasmado en una ley formal– quedaría supeditado a una decisión del Poder Ejecutivo (confr. esta Sala, causas n° 3636/2009 del 17.09.2010 y sus citas; en el mismo sentido, Sala III, causa n° 10.266/2007 del 14.09.2010; Sala I, causa n° 1112/2012 del 03.05.2012).

En innumerables pronunciamientos este Tribunal ha considerado que la falta de reglamentación no puede obrar en perjuicio del sujeto al que la ley procura proteger (conf. esta Sala, causa n° 966/2015 del 01.09.2017 y sus citas). Asimismo, vale recordar, en tal sentido, que el Alto Tribunal ha



sostenido que la falta de reglamentación legislativa no obsta a la vigencia de ciertos derechos que, por su índole, pueden ser invocados, ejercidos y amparados sin el complemento de disposición legislativa alguna (cfr. C.S.J.N. Fallos 321:2767). Es que, como principio general, las leyes son obligatorias desde su promulgación y publicación, aunque la propia ley dependiera de su reglamentación (cfr. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal, Sala I causa n° 2314/95, del 15.03.96 y sus citas de doctrina; esta Sala, causa n° 3270/10, del 20.02.15). Aún más, la omisión o retardo en el ejercicio de la facultad reglamentaria no obsta a la aplicación de la ley cuya operatividad no ofrece duda (cfr. Corte Fecha de firma: 15/11/2022 Suprema de Justicia de la Nación, Fallos 262:468). Y si bien, dictada una ley por el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo está facultado para reglamentar su ejercicio respetando su espíritu, ello no significa que dicha potestad se convierta en una condición previa a su cumplimiento –aun cuando la norma legal disponga como es de práctica que el Poder Ejecutivo la reglamente–, ya que de admitirse tal principio, quedaría librado al arbitrio de tal departamento del Estado el hacer cumplir o no la ley a través de la vía de no reglamentarla, lo que por cierto es inadmisibile (conf. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal., Sala V, causa “Zanusso, Eliseo c/ E.N. s/ expropiación –servidumbre administrativa–”, del 10/7/01; Conf. Sala I, causa n° 154/2008 ya citada).

Cabe agregar, en este punto, que corresponde a los jueces -y especialmente a la Corte Suprema de Justicia de la Nación- en los casos concretos sometidos a su conocimiento en una causa judicial, la tarea de interpretar las leyes con fecundo y auténtico sentido constitucional, en tanto la letra o el espíritu de aquellas lo permita pues de otro modo la falta de reglamentación conduciría, en la práctica, a privar de efectos jurídicos a la disposición y por ende impediría el ejercicio concreto de un derecho (conf. C.S.J.N., causa “Etcheverry” del 21.10.21, en el mismo sentido, esta Sala, causa n°6965/21 del 19.11.21).

Por lo demás, no es posible obviar que la actora también se encuentra amparada por las disposiciones contenidas en la “Convención Interamericana sobre Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores”, adoptada por la Organización de los Estados Americanos el 1/6/2015, incorporada a nuestro ordenamiento jurídico mediante la sanción de la Ley N° 27.360 y que adquirió jerarquía constitucional al sancionarse la Ley

N° 27.700. En lo que aquí importa, es preciso resaltar los principios plasmados





Poder Judicial de la Nación

CAMARA CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL- SALA II

en el preámbulo de la Convención, en donde se reconoce específicamente que “... *la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración...*” así como también que el objeto de la Convención se circunscribió, principalmente, en “... *promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad...*” y estipuló los principios rectores de la Convención en el artículo 3, dentro de los cuales cabe destacar el inciso n) sobre “*protección judicial efectiva*”.

V.- Sentado lo expuesto, corresponde decir que, en orden a la verosimilitud en el derecho de la pretensión esgrimida por la parte actora, ese recaudo esencial para la procedencia de la medida cautelar se refiere a la posibilidad de que el derecho exista y no a una incontrastable realidad que sólo se logrará al agotarse el trámite (conf. Sala I, causa n° 2849/00 del 30.5.00 y sus citas, entre muchas otras). Tiene dicho la Corte Suprema que la naturaleza de las medidas precautorias no exige a los magistrados el examen de certeza sobre la existencia del derecho pretendido, sino sólo su verosimilitud, y que el juicio de verdad en esta materia se encuentra en oposición a la finalidad del instituto cautelar, que no es otra cosa que atender a aquello que no exceda el marco de lo hipotético, dentro del cual, asimismo, agota su virtualidad (conf. C.S.J.N. Fallos 306:260; Sala I, causa n° 39.380/95 del 19.3.96 y otras).

En lo relativo a este aspecto de la cuestión, se advierte que si bien pareciera ser cierto que en autos no se llevó a cabo la evaluación interdisciplinaria referida por la accionada, también lo es que la parte actora acompañó las constancias médicas respectivas que justifican la procedencia del servicio de asistencia requerido (conf. esta Sala, causa n° 4637/2023/1 del 15.6.23).

En efecto, debe señalarse que conforme surge del resumen de la historia clínica adjuntada como prueba documental al inicio de las actuaciones, el médico tratante de la actora, Dr. José Luis ESMACORA dejó constancia de que la amparista padece, además de las patologías descriptas en el certificado de discapacidad, “*Hipertensión Arterial; Insuficiencia cardíaca congestiva; Valvulopatía pulmonar, aórtica y mitral; Hernia hiatal por deslizamiento; Fibrilación auricular crónica, anticoagulada; Insuficiencia venosa crónica con elefantiasis en ambas piernas; Pancreatitis aguda (...); Hemorragia*



digestiva aguda (...); Osteoartritis; Constipación crónica; Osteoporosis”. Del análisis físico, consta que *“Presenta dificultad de la marcha pro su canal estrecho, osteoartritis y elefantitis de miembros inferiores. Se moviliza con mucha dificultad con asistente de marcha (andador), por lo que “la paciente requiere asistencia permanente para todas las actividades de la vida diaria ”.* En virtud de esos antecedentes y situación clínica actual solicita *“la asistencia de una cuidadora las 24 hs del día, para su atención domiciliaria”* (conf. HC del 10.4.24).

En atención a lo dicho, no se puede soslayar que a los fines de tener por acreditados los requisitos de la procedencia de la medida cautelar, el Tribunal ha juzgado en reiteradas ocasiones que se debe estar a la recomendación del médico tratante que se encuentra a cargo del paciente y que es el profesional, en definitiva, en virtud del seguimiento periódico que efectúa, responsable del tratamiento (conf. esta Sala, causa n° 10743/2022 del 4.10.22 y sus citas).

Asimismo, a los fines de este análisis, cobra especial relevancia el certificado de discapacidad extendido por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, del cual surge que los profesionales integrantes de la justa evaluadora del mencionado ente estatal determinaron que la actora requiere *“ACOMPañANTE”* (conf. CUD emitido el 10.7.19).

Por ende, el hecho de que OSDE alegue que la actora sólo requiere la asistencia de la familia o bien de un adulto responsable sin formación profesional específica, al menos a esta altura, resulta insuficiente para descartar su obligación de otorgar la mencionada cobertura de cuidado permanente, cuando *–prima facie–* se encuentra probada la necesidad de que la actora cuente con un asistencia las 24 horas del día todos los días de la semana, por ser dependiente para todas las actividades de la vida diaria, sobre todo si se tiene en cuenta que esta prestación fue prevista en la citada normativa con el objeto de asistir al paciente en sus actividades diarias con el fin de que puedan mantener una vida autónoma y evitar su institucionalización (conf. esta Sala, causa n° 9328/22/1 del 3.3.23).

Por lo tanto, corresponde considerar configurado el presente requisito, sin que ello signifique que, conforme avance el proceso, la demandada no pueda desacreditar lo expresado por la actora en su demandada o lo indicado por sus médicos tratantes, mediante la prueba a producir en autos

~~a tal efecto.~~





Poder Judicial de la Nación

CAMARA CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL- SALA II

VI.- En cuanto al peligro en la demora, encontrándose invocado el derecho a la salud de la actora, la incapacidad que está padeciendo y teniéndose presente, además, la incertidumbre respecto de la cobertura por parte de la accionada y la continuidad de las prestaciones que debe recibir, este Tribunal estima también configurado este requisito (conf. doctrina de Fallos 327:5373; Sala 1, causa n° 5023/01 del 21.6.01; Sala 3, causas n° 5514/02 del 8.10.02; 3113/03 del 28.8.03; 240/05 del 3.3.05 y 8396/05 del 21.3.06, entre otras).

VII.- Así las cosas, a esta altura, corresponde tratar el agravio de la parte demandada, con respecto a la posibilidad de que la asistencia sea llevada con efectores ajenos a la cartilla de OSDE y, en su caso, al valor de cobertura dispuesto para ese supuesto.

Para definir el alcance de la cobertura, es pertinente referir que, conforme se dispuso en la instancia de grado, la citada Ley N° 24.901 establece tanto el principio de cobertura integral de los servicios allí mencionados como su concreción a través de prestadores propios o contratados por los entes obligados (artículos 1, 2 y 6). Empero, la propia norma reconoce la posibilidad de obtener la prestación con prestadores ajenos (conf. art. 39).

Así pues –al menos durante este limitado marco cognitivo- resulta razonable que ante la negación actual de cobertura permanente, se admita la posibilidad de la prestación de la asistencia domiciliaria permanente con prestadores ajenos a la cartilla (conf. esta Sala, causa n° 12543/2022/1 del 1.7.22).

Frente a dicho escenario, esta Sala considera adecuada la solución alcanzada por el *a quo* de admitir la prestación con cobertura integral si es con prestadores propios o contratados y si lo es con prestadores ajenos a la cartilla (a decisión de la parte actora) esté sujeta a determinados límites, por cuanto no es posible trasladar a la demandada la obligación de cubrir íntegramente los costos de un prestador que no es propio ni contratado por ella (conf. esta Sala, causa n° 7829/2021 del 4.3.22).

VIII.- Sentado ello, en lo que atañe al valor de cobertura fijado para el caso de que la prestación se efectúe con efectores ajenos, cabe señalar respecto del planteo de que los valores establecidos en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad sólo son de carácter referencial y no vinculantes a OSDE, que en el marco de las normativas de discapacidad precedentemente citadas, el Ministerio de Salud aprobó mediante



Resolución N° 428/1999 dicho Nomenclador que, conforme surge de sus considerandos, “*se trata de una herramienta de fácil aplicación que permite optimizar la facturación por parte de los prestadores*”.

En ese orden de ideas, en atención al principio de cobertura integral que establece el sistema de salud argentino (cfr. arts. 1 y 2 de la Ley N° 24.901) la norma expedida por la autoridad sanitaria reglamenta ese ordenamiento legal y establece los valores de las prestaciones allí reconocidas, constituyendo un parámetro que permite determinar –al menos a esta altura– cómo debe entenderse la integralidad que prevé la ley en materia de discapacidad (cfr. esta Sala, causas n° 7374/13 del 23.4.14 y 7210/12 del 17.3.16, entre otras).

Así las cosas, esta Sala, en supuestos análogos, ha dispuesto -en atención al referido principio de cobertura integral que informa al régimen argentino de salud, en particular, sobre discapacidad-, que debe aplicarse el límite fijado en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, para el módulo “Hogar Permanente con Centro de Día, categoría A”, más el 35% por dependencia, fijado Resolución N° 428/1999 (y sus actualizaciones) del Ministerio de Salud (conf. esta Sala, causas n° 8620/20 del 16.07.21, 1169/21 del 13.05.21; 2474/19 del 25.02.21, 6250/2022 del 06.10.22, entre muchas otras).

Partiendo de esa premisa, claro es que las quejas efectuadas contra la obligación de cobertura basada en la Ley N° 26.844, que en los hechos implica una cobertura menor a la que reconoce este Tribunal, deben ser desestimadas de plano.

Con base en lo dicho, a esta altura, no puede prosperar la negación de cobertura esgrimida por la demandada, toda vez que se contrapone con los fines esenciales de las Obras Sociales y de las empresas que brindan un servicio por el cual deben garantizar la salud de sus afiliados (cfr. esta Sala, causa n° 2694/2013 del 13.9.13, entre otras). Se trata nada más ni nada menos de preservar cautelarmente la salud de la paciente, que tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de su salud; derecho que resulta reconocido por la Constitución Nacional –art. 75 inc.22- y los Pactos Internacionales (art. 25 inc.1° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y art. 12





Poder Judicial de la Nación

CAMARA CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL- SALA II

inc.2º ap.d] del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (conf. esta Sala, causa n° 5954/04 del 9/7/04 y sus citas y Sala I, causas n° 1977 del 29/2/96; 22.354 del 2/6/95, entre otras).

Por lo tanto, teniendo en cuenta el estado de salud de la actora, corresponde rechazar el recurso de la accionada y confirmar la obligación cautelar de OSDE de otorgar la cobertura de la asistencia domiciliaria en los términos establecidos en la instancia anterior. Cabe adicionar que tal equiparación regirá hasta que el Ministerio de Salud fije un valor para la figura del “asistente domiciliario” prevista en el art. 39 de la Ley N° 24.901.

IX.- Igual suerte obtendrá la queja relativa a que se efectúe una cobertura diferenciada de los medicamentos requeridos por la accionante según tengan o no relación con su discapacidad.

Al respecto, es apropiado recordar que esta Cámara ha sostenido que la función del certificado de discapacidad no es la de circunscribir taxativamente el derecho de la persona con capacidades diferentes, ya que al tiempo de su emisión la junta evaluadora no está en condiciones de anticipar las distintas consecuencias que una enfermedad central inhabilitante puede generar en el futuro ni, por ende, contener los medios curativos o paliativos que aquéllas demandarían (confr. esta Sala, causa 9283/19 del 7.7.20; Sala 1, causa 4687/18 del 21.10.19; Sala 3, causa 13.258/06 del 15.9.11).

De allí que corresponde desestimar la posición de la demandada en torno a que sólo debe brindar cobertura al 100% de la medicación inherente al tratamiento de las patologías discapacitantes de la afiliada y confirmar la cobertura al 100% de la medicación prescrita por su médico tratante (conf. esta Sala, causas n°16215/2022 del 29.12.23, 11126/23/1 del 7.12.23; 12363/23/1 del 12.12.23 y Sala I, causa n° 8540/2022 del 20.10.22). Máxime si se repara que, lo contrario, atenta contra el principio de integralidad reconocido por el legislador en la Ley N° 24.901 (conf. doctrina de esta Cámara, Sala III, causa n° 17.026/2022 del 12.10.23 y sus citas).

Por todo lo expuesto, esta Sala **RESUELVE:** Confirmar la sentencia apelada, con costas a la demandada (art. 68 del Código Procesal).

Difiérase la regulación de honorarios para el momento de la definitiva.

Regístrese, notifíquese y devuélvase.

Fecha de firma: 20/02/2025

Alta en sistema: 24/02/2025

Firmado por: FLORENCIA NALLAR, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: EDUARDO DANIEL GOTTARDI, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: ALFREDO SILVERIO GUSMAN, JUEZ DE CAMARA



#39203302#444012826#20250214125106284

