Comodoro Rivadavia, 29 de octubre de 2025. **I.VISTOS:**

Las presentes actuaciones caratuladas: **" <PER> c/INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SEGUROS DE LA PROVINCIA DEL CHUBUT s/ACCIÓN DE AMPARO" Expte. No 536/24,** en trámite por ante esta Cámara de Apelaciones.

II.CONSIDERANDO:

a) Demanda:

Se presenta la actora en representación de su hijo menor de edad <PER> (13/03/2020), y promueve acción de amparo en los términos del art. 43 CN y 54 de la Constitución Provincial, contra el "INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SEGUROS DE LA PROVINCIA DEL CHUBUT (ISSyS-SEROS), a fin que se la condene a brindar cobertura integral al 100%, de las prestaciones de salud que requiere la patología del niño: 1. Fonoaudiología dos (2) veces por semana; 2. Terapia ocupacional dos (2) veces por semana; 3. Acompañante terapéutico escolar de lunes a viernes cuatro (4) horas diarias, para el período julio/diciembre 2024; 4. Evaluación por Psicopedagogía; 5.Evaluación por neurología infantil; 6. Evaluación oftalmológica; 7. Evaluación odontológica; 8 . traslado a las terapias que realiza, conforme lo prescripto por sus médicos tratantes.

De manera conjunta solicita medida cautelar contra la accionada, peticionando se ordene cumplir en forma "directa" con la cobertura requerida.

Relata los hechos en los que funda su pretensión. Expone que <PER> es afiliado de SEROS, conforme lo acredita con credencial que adjunta y ha sido diagnosticado con "Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje- Trastornos generalizados del desarrollo", conforme surge del

certificado único de discapacidad (CUD) que se acompaña. Resulta del mismo que se indica orientación prestacional "Prestaciones de rehabilitación, prestaciones educativas (Inicial/EGB), Servicio de apoyo a integración escolar", y la necesidad de acompañante.

Refiere los antecedentes médico-asistenciales, transcribiendo distintos informes a cuyos términos me remito y tengo presentes.

Detalla las prestaciones requeridas en la actualidad, adunando los certificados médicos que acreditan la necesidad de las mismas.

Asevera que la totalidad de la documental fue entregada a la obra social oportunamente, y que mediante CD intimó a la misma para que cumpla con la cobertura integral, sin que a la fecha de la promoción de los presentes Seros haya contestado.

Aclara que con fecha 08/05/24 SEROS le comunicó que "autoriza *período abril a septiembre 2024 vía reintegro homologados a valor seros. Para reintegros Código 210150 x 20 hs. Semanales. Cobertura según Res. 1149/05...los profesionales propuestos no son prestadores de la obra social, que serán evaluados según criterio de la auditoría de salud mental y se reconoce las prácticas según normativas vigentes".*

Precisa que de este modo la demandada decidió unilateralmente abonar un importe inferior al que realmente deben percibir los prestadores según nomenclador nacional para personas con discapacidad, y que por tratarse de prestadores ajenos a la obra social quedan a criterio de la Auditoría, sin que hasta el presente la obra social se haya expedido sobre dicha cobertura.

Destaca que los valores mencionados no se aproximan a los mínimos establecidos en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Efectúa otras consideraciones fácticas y jurídicas que tengo presentes.

Corrida vista al ISSyS en los términos del art. 7 de la Ley V No 180, esta no acompañó en término el informe circunstanciado requerido, por lo que se lo tuvo por no contestado, quedando los autos en estado de resolver la admisibilidad preliminar y cautelar requerida.

Mediante S.I n° 396/24, se declaró la admisibilidad formal preliminar de la acción, se corrió traslado de la demanda y se dispuso como medida cautelar mientras dure la tramitación del presente proceso, que el ISSYS brinde al niño <PER>, la cobertura total e integral en la atención de su salud y conforme su patología, debiendo otorgar 1. Fonoaudiología dos (2) veces por semana; 2. terapia ocupacional dos (2) veces por semana; 3. Acompañante terapéutico escolar de lunes a viernes cuatro (4) horas diarias, para el período julio/diciembre 2024; 4. Evaluación por Psicopedagogía; 5.Evaluación por neurología infantil; 6. Evaluación oftalmológica; conforme lo prescripto por sus médicos tratantes al 100 % de su valor. Respecto de la evaluación odontológica y los traslados solicitados, no surgiendo acreditada su necesidad con la documental adunada, se dispuso que su procedencia sería evaluada de acuerdo al resultado de la prueba.

Los demás antecedentes han sido debidamente reseñados en la sentencia citada, por lo que a los mismos me remito y tengo presentes para resolver en definitiva.

b) Contestación de demanda:

A su turno se presenta el ISSyS-SEROS, mediante su letrado apoderado, formula negativas, desconoce documental y contesta demanda solicitando su rechazo.

Expone su versión de los hechos, y asegura que su mandante está dando cobertura al 100% respecto de la patología de base y de las prestaciones que fueron oportunamente requeridas.

Precisa que conforme Tramite N° 40122/24, respecto de carta documento enviada por la actora, en el marco de la cual describe las patologías que concluye el CUD vigente y que conforme evaluación tiene diagnóstico de TEA vs. TGD y según el profesional psiquiatra y la pediatra se requiere: fonoaudiología 2 veces por semana; terapia ocupacional, dos veces por semana; acompañante terapéutico escolar, de Lunes a Viernes, cuatro horas diarias, de julio a diciembre de 2024; evaluación por psicopedagogía; evaluación neurológica pendiente; evaluación oftalmológica, evaluación odontológica; indicando que obran en poder de la O.S los certificados médicos de dichas terapias requeridas y que el 8/05/24 le contestó a la actora desde el ETI Salud Mental, que se homologa a valores SEROS según Resolución N° 1149/05, informando que los profesionales que no son prestadores de la obra social serían evaluados según criterio de esa Auditoría, reconociéndoseles las practicas conforme las normas vigentes.

Indica que actualmente obra en trámite N° 38730/24 respecto de factura presentada por la afiliada por acompañante terapéutico tipo "C" N° 2-72 de <PER> por 60 Hs. del mes de junio por la suma de $360.027, siendo el valor por hora la suma de $6000.45, y por otro lado,

en la historia clínica del afiliado se encuentra autorizada la prestación acompañante terapéutico para el periodo Junio a Diciembre del año 2024 vía reintegro homologados a valores Seros, con código N° 510150 por 20 Hs. semanales.

Precisa que el valor actual del código N° 510150 es coincidente con el valor hora facturado por la acompañante terapéutica <PER>.

Señala que obra tramite N° 38084/24 por pedido de evaluación psicopedagógica, presentado en julio de 2024 y a la fecha no existe trámite alguno respecto de las prestaciones indicadas en la carta documento: evaluación neurológica pendiente, evaluación oftalmológica, evaluación odontológica, la que es necesaria para que esta parte pueda previo control por parte de auditoría médica expedirse sobre su pertinencia y alcance.

Asevera que con la documental adjunta a la acción de amparo, su mandante está accediendo por primera vez a documentación médica respecto de prestaciones jamás solicitadas, lo que califica como abuso de derecho y dispendio jurisdiccional.

En este sentido, pone de resalto que la actora debió dar cumplimiento a los trámites administrativos y ante la eventual denegación, cuestionarla judicialmente si correspondiere a través de la vía idónea, lo que no hizo.

En relación a las prestaciones que actualmente recibe, insiste en que su mandante está dando cobertura al 100% respecto de su patología de base, y concluye entonces que el conflicto parece radicar en la diferencia de valores reconocidos y en las prestaciones que jamás requirió.

Asegura que todas las prestaciones requeridas se han autorizado y que cotejando las prestaciones requeridas y autorizadas por SEROS entre los valores presupuestados y el valor que corresponde a la codificación que le otorga la Obra Social a cada una de las prestaciones, surge que el monto es igual y coincidente con los presupuestados por los distintos profesionales.

Adjunta copia de la Historia Clínica, de donde dice que se puede colegir las autorizaciones realizadas oportunamente a la documentación presentada por la Sra. <PER> en la Obra Social. Aduna asimismo parte de la documentación presentada por la Sra. <PER> cuyos pedidos médicos fueron expresamente autorizados por SEROS ante lo requerido por el médico de cabecera.

Coteja lo presupuestado por los distintos profesionales con los valores reconocidos por la O.S: 1) Psicología: Autorizado con el CODIGO 510106 el 14/08/2024 con la Lic. <PER>, dos sesiones semanales, quien presupuesta el valor de sesión por $ 13834,23. Valor CODIGO 510106 = $ 13834,23; 2) Fonoaudiología: Autorizado con el CODIGO 250112 el 10/08/2024 con la Lic. <PER>, dos sesiones semanales, quien presupuesta el valor de sesión por $ 13834,23. Valor CODIGO 250112 = $ 13834,23; 3) Psicopedagogía: Autorizado con el CODIGO 510121 el 18/07/2024 con el Lic. <PER>, quien solicita tres sesiones semanales y presupuesta el valor de sesión por $ 13834,23. Valor CODIGO 510121 = $ 13834,23; 4) Acompañante Terapéutico: Autorizado con el CODIGO 510150 el 25/06/2024 con la Téc. <PER>, acompañamiento terapéutico en horario escolar con una carga de 20 hs

semanales y quien presupuesta el valor de sesión por $ 6000,95. Valor CODIGO 510150 = $ 6000,95.

Observa que a la fecha la afiliada no ha presentado pedido de: 1) Terapia Ocupacional, 2) Evaluación Neurológica, 3) Evaluación Oftalmológica y 4) Evaluación Odontológica.

Resume que la actora no ha dado cumplimiento a los requisitos formales mínimos para proceder a dar comienzo a los trámites básicos de cobertura, y que respecto de las prestaciones que fueron requeridas y autorizadas por la auditoria médica, su mandante le está dando cobertura al 100% respecto de su patología de base, a valores del nomenclador nacional, razón por la cual la cuestión debió declararse abstracta.

Aduce que su mandante cuenta con prestadores propios y si la actora así lo requiere puede requerir directamente la atención en las distintas áreas, pero no lo hizo.

Reconoce que nuestro ordenamiento jurídico exige una cobertura que debe ser brindada al 100% por los prestadores directos con los que cuente la obra social o con agentes de salud externos a los cuales se les reconocerá un valor por sus prestaciones regulado por la autoridad competente, que fija los montos de cada prestación con lo cual, las obras sociales deberán reconocer al afiliado que hizo la erogación al 100% de los valores fijados y actualizados por los distintos nomencladores.

Alega que de conformidad a la legislación vigente, la que no ha sido cuestionada por la actora, su mandante cumple con la cobertura al 100% dándole la prestación

en especie a través de los profesionales de cartilla o bien, por reintegro, a los valores del nomenclador.

Argumenta que no habiendo la parte actora requerido la inconstitucionalidad de las normas aplicables al caso, las mismas se encuentran plenamente vigentes, razón por la cual es arbitrario e ilegal obligar a su parte a abonar un valor distinto a los que se estipulan en el nomenclador y que se vienen cumpliendo, lo que hace a la cuestión abstracta.

Concluye que al brindar su parte a la actora la prestación a los valores de nomenclador, la cuestión de autos es abstracta respecto de las prestaciones que su mandante ya venía otorgándole a la accionante. En relación al resto de las prestaciones, reitera que su parte tomó conocimiento recién con la presente acción, por lo que también la cuestión es abstracta por cuanto no hay un caso concreto ni conflicto por resolver, dado que la actora jamás lo peticionó.

Efectúa otras consideraciones fácticas y jurídicas, hace reserva de caso federal y de ocurrir ante organismos internacionales y peticiona.

Oportunamente se abrió la causa a prueba, y se produjo la ofrecida por las partes, se corrió vista de todo lo actuado a la Sra. Asesora de Familia, que quedó incontestado, y reunidos los recaudos legales se llamaron los autos a sentencia;

c) Análisis:

A fin de resolver la cuestión planteada, liminarmente corresponde destacar que el amparo constituye un proceso sumamente simplificado tanto en su aspecto temporal como en cuanto a sus formas. Ello así, pues su principal objeto consiste en reparar de

modo urgente y eficaz la lesión de un derecho constitucional...", "la función del amparo consiste en examinar la legitimidad del o de los actos impugnados, con la finalidad de lograr, en su caso, la anulación del acto lesivo del derecho fundamental, restableciendo este último..." (cf. Díaz Solimine, Omar Luis, "Juicio de Amparo", volumen 13, ed. Hammurabi, pág. 47). El art. 54 de la Constitución de la Provincia del Chubut regula la acción de amparo y dispone que "siempre que en forma actual o inminente se restrinjan, alteren, amenacen o lesionen, con arbitrariedad o ilegalidad manifiestas, derechos o garantías reconocidos por la Constitución nacional o por la presente y no exista otra vía pronta y eficaz para evitar un grave daño, la persona afectada puede pedir el amparo a los jueces en la forma sumarísima que determine la ley...".

Por su parte, el art. 3 de la ley provincial de amparo, Ley V- n° 84. modif. por ley V-180 establece que "Toda persona puede interponer acción de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo, contra cualquier decisión, acto, hecho u omisión de una autoridad pública o de particulares que en forma actual o inminente restrinja, altere, amenace o lesione con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta derechos o garantías reconocidos expresa o implícitamente por la Constitución nacional, la Constitución provincial, un tratado o una ley, con la excepción de la libertad

corporal en la que corresponde la interposición del hábeas corpus".

Para que proceda el amparo, se requiere la afectación de derechos y garantías reconocidos por la Constitución nacional o provincial, un tratado o una ley y dicha afectación debe presentar las siguientes características: a) la existencia de un acto o una omisión de autoridades públicas o particulares, evidenciados bajo la forma de lesión, restricción, alteración o amenaza; b) que dicha violación o amenaza se presenten en forma actual o inminente; c) la existencia de arbitrariedad o ilegalidad manifiesta del acto violatorio y d) la inexistencia de otro remedio judicial más idóneo para efectuar el reclamo o para subsanar el grave daño producido por vía de dicho acto u omisión (cf. Díaz Solimine, Omar Luis, "Juicio de Amparo", ed. Hammurabi, pág. 113).

En el caso, la actora ha individualizado el acto lesivo en la omisión de cobertura total e integral de las prestaciones prescriptas de acuerdo a la patología del niño <PER>, y especialmente la omisión de proveer al 100%: 1. Fonoaudiología dos (2) veces por semana; 2. Terapia ocupacional dos (2) veces por semana; 3. Acompañante terapéutico escolar de lunes a viernes cuatro (4) horas diarias, para el período julio/diciembre 2024; 4. Evaluación por Psicopedagogía; 5.Evaluación por neurología infantil; 6. Evaluación oftalmológica; 7. Evaluación odontológica; 8. traslado a las terapias que realiza, conforme lo prescripto por sus médicos tratantes.

De las constancias digitales de la causa, resultaron acreditados los vínculos invocados, la

existencia de las patologías que padece su hijo <PER> y tratamiento rehabilitante prescripto por los médicos tratantes, su condición de discapacidad, el carácter de afiliado a la obra social SEROS, resultando necesarias las prestaciones requeridas, y la intimación extrajudicial previa dirigida a SEROS -todo conforme documental adunada con el escrito de inicio: certificado de nacimiento, credencial de afiliado, certificado de discapacidad, resumen de HC y certificados médicos, carta documento dirigida a la O.S. A posteriori acompañó también la actora documental que acredita la necesidad de la evaluación odontológica y traslados a las terapias, con los correspondientes certificados médicos.

Luego con la documental adunada por la obra social en oportunidad de contestar traslado de la demanda, del expediente administrativo que tramita ante la obra social, surge que la Auditoría Médica de Seros reconoció y autorizó las prestaciones reclamadas en el objeto de la demanda, las que son proveídas por profesionales no prestadores de la obra social, "al 100% con cobertura vía reintegro a valores de la obra social" (Acompañante Terapéutico Escolar; interconsulta y evaluación por profesional en psicopedagogía; prestaciones en fonoaudiología y terapia ocupacional).

En este sentido, de lo reclamado en la demanda, se encontrarían pendientes de autorización las evaluaciones por neurología, oftalmológica, odontológica y traslados a las terapias, que si bien fueron intimadas mediante CD del 04/07/24, y se acreditó su necesidad con certificados médicos, de acuerdo a las

constancias obrantes en autos, no habían sido previamente requeridas ante la Obra Social.

Cabe destacar que la demandada no controvierte la afección a la salud del niño ni la necesidad de las prestaciones que se solicitan. Tampoco se objeta su condición de persona con discapacidad lo que también se prueba con el certificado respectivo. No se pone en duda la necesidad de las prestaciones que se reclaman. Ni siquiera se cuestiona la cobertura al 100% de tales prestaciones.

La diferencia entre las partes está dada porque los reintegros a los profesionales tratantes, prestadores externos a la obra social, son efectuados por esta a "valores de la obra social", cuando la actora pretende la cobertura total de lo facturado.

Es así que la actora requiere que la demandada abone el total de las diferencias entre lo presupuestado por los profesionales tratantes y los valores que la obra social reconoce, y que en el futuro abone dicho total sin tener que cubrir tales diferencias de su peculio.

Sin perjuicio del innegable derecho a la salud del niño <PER>, en lo que aquí resulta atinente, la ley XVIII N° 12 instituye el régimen de la obra social demandada, concretamente en su art. 24 dispone las prestaciones a cargo de la misma, y de manera particular en cuanto a las personas con discapacidad, el inc. h) establece: "Cuando se trate de discapacitados, los gastos ocasionados por la provisión de prótesis y elementos correctivos y auxiliares terapéuticos, que resulten necesarios para el proceso de rehabilitación, serán solventados por el Instituto".

Resulta de marcada importancia para resolver los presentes, La Ley Nacional N° 24.901 que instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, que incluye con carácter obligatorio para las obras sociales la cobertura de las prestaciones básicas enunciadas, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos, estableciendo 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 presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas"; art. 6° que "Los entes obligados por la presente ley brindarán las prestaciones básicas a sus afiliados con discapacidad mediante servicios propios o contratados..."; concretamente el art. 15 refiere entre las prestaciones básicas a las "Prestaciones de Rehabilitación", contemplando asimismo prestaciones terapéuticas educativas (art.16), y prestaciones educativas (art. 17), así como todos los servicios específicos y prestaciones complementarias enunciados en la ley.

Frente a tal encuadre normativo, es claro que las prestaciones requeridas deben ser provistas por la Obra Social, y conforme el art. 39 de la Ley 24.901, el costo total de las mismas, aun cuando no sean suministrados por profesionales pertenecientes a la obra social, debe ser solventado por ésta.

Por otra parte la Ley 22.431, establece la protección integral de las personas con discapacidad, tendiente a asegurar su atención médica, su educación y

su seguridad social, así como las franquicias necesarias para promover su inclusión y la igualdad de oportunidades. Incluye dentro de las prestaciones médico asistenciales básicas, las que requiera la rehabilitación de las personas discapacitadas.

En el ámbito provincial a su vez rige la ley I N° 296, que refuerza la obligatoriedad de las prestaciones a cargo de la Obra Social en el art. 16 que dispone: "La Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad Social y Seguros, las demás Obras Sociales y prepagas garantizarán en forma gratuita las prestaciones que sean necesarias para la rehabilitación o tratamiento de la patología discapacitante, que se acreditará con la sola presentación del certificado según norma del artículo 3° de la presente, y lo establecido en la Ley Nacional N° 24.901 y la Ley XVIII N° 36".

La Resolución N° 1149/05 del ISSyS por su parte, prevé en su art. 3 que se brindará cobertura en las prestaciones médico-asistenciales, entre otras, para satisfacer las necesidades para la rehabilitación de los afiliados discapacitados, de acuerdo al Anexo II. Y dicho Anexo, en el pto. 1) que es el que aquí interesa, dispone: "Las Prácticas Médico Asistenciales relacionadas directamente con la rehabilitación de la discapacidad, tendrán una cobertura del 100% a cargo del SEROS con prestadores de la Obra Social, mientras persista la necesidad fundamentada de las mismas. En todos los casos tomará intervención previa la Auditoría Médica local".

No obstante que circunscribe la cobertura a que sean prestadores de la obra social quienes lleven a cabo los servicios y prestaciones necesarios para la rehabilitación; de la propia contestación de demanda y

de la documentación aportada, la misma reconoce la cobertura de las prestaciones requeridas, aun cuando esté a cargo de personas no prestadores de la obra social, a valores de la obra social y vía reintegro.

Ahora bien, de las constancias arrimadas surge que el ISSyS reconoció y autorizó las prestaciones que fueron requeridas ante la obra social (Acompañante Terapéutico Escolar; interconsulta y evaluación por profesional en psicopedagogía; prestaciones en fonoaudiología y terapia ocupacional), al 100% a valores de la obra social; mientras que las evaluaciones por neurología, oftalmológica, odontológica y traslados a las terapias, no fueron ni siquiera requeridas antes SEROS, siguiendo el trámite administrativo correspondiente para la evaluación de su pertinencia y alcance por la Auditoría Médica.

Cabe destacar que la interpretación de la normativa citada, ha sido objeto de tratamiento reciente por nuestro cimero tribunal provincial en S.D n° 35/25 y n°38/25, en casos en que como en los presentes, no ha existido negativa injustificada, ni la conducta de la obra social puede calificarse como ilegal o arbitraria, sino que por el contrario Seros se ha ajustado en su proceder a la normativa vigente, respecto de la cual la actora no solicitó su inconstitucionalidad.

En relación a la cuestión, se ha dicho: "...Al *respecto, habiendo analizado todo lo expuesto, he de decir que comparto lo expresado en la sentencia en el sentido de que la cobertura de las terapias que requiere la menor al tratarse de una persona con discapacidad debe ser "integral" y por lo tanto comprensiva del 100% de las prestaciones. Pero, a diferencia del resolutorio, estimo que encuentra una limitación, pues considero que*

los montos otorgados deben encontrarse sujetos a lo estipulado en el nomenclador nacional de prestaciones básicas, con un incremento por zona desfavorable. XIII.10. Lo entiendo así, pues del marco normativo surge que la Institución demandada se encontraba adherida al Sistema de Protección Integral de Discapacitados instituido por la ley nacional N° 22.431, a través de la ex ley provincial N° 2002, abrogada expresamente. También, de aquel se desprende que, actualmente, en lo que concierne al presente caso, en nuestra Provincia encontramos la ley I N° 296 que establece el Sistema Provincial de Protección Integral a las Personas con Discapacidad, su Decreto Reglamentario I N° 94/2007.....XIII.11. En virtud de ello, he de destacar que esta reglamentación, se encuentra en línea con las disposiciones de la Resolución N° 428/1999 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, organismo que de acuerdo con el art. 1° del Decreto N°1193/1998, que reglamenta la ley N° 24.901, es la autoridad de aplicación en la materia, es decir, el encargado de enmarcar y regular la "atención integral" que prevé la citada ley. XIII.12. Así las cosas, toda vez que las terapias oportunamente requeridas cuyo reintegro se encuentra controvertido por las partes corresponde a las que son efectuadas por prestadores externos a la obra social, considero que la decisión del sentenciante de obligar al Instituto de Seguridad Social, a afrontar la cobertura total e integral al 100%, de las prestaciones requeridas para la hija de la actora, no resulta razonable en tanto desconoce la plataforma normativa citada, cuya constitucionalidad no ha sido objetada. Además, entiendo que lo resuelto en el fallo recurrido, soslaya la competencia atribuida por

ley a la autoridad de aplicación en la materia para reglamentar el alcance de las prestaciones y deja en manos de los profesionales que atienden al menor la determinación de lo que ha de entenderse por dicho concepto. XIII.13. En este sentido, es dable recordar que es doctrina conocida de la Corte Suprema de Justicia de la Nación el reconocimiento del carácter fundamental del derecho a la salud y la especial atención que merecen las personas con discapacidad, empero, también lo es que: "...en nuestro ordenamiento jurídico tales derechos de raigambre constitucional, así como los principios y garantías consagrados en la Carta Magna, no son absolutos sino que deben ser gozados con arreglo a las disposiciones que reglamentan su ejercicio, con la única condición de no ser alterados en su substancia" (Fallos: 172:21; 325:11, entre muchos otros). Además, la Corte también expuso que sobre dicha base se han admitido limitaciones en las prestaciones a favor de las personas con discapacidad (Fallos: 339:423; 340:1269; 340:1995, entre otros. XIII.14. En consecuencia, juzgo que los valores que se han de reconocer por la cobertura al 100% sean los correspondientes a los brindados por prestadores directos con los que cuenta la obra social o con agentes de salud externos a los cuales ha de reconocérsele la prestación, a valores del Nomenclador Nacional para prestaciones Médicas para personas con Discapacidad (Resolución N° 428/1999 del Ministerio de Salud, texto actualizado conforme Resolución Conjunta N° 9/2024 del Ministerio de Salud y Agencia Nacional de Discapacidad). Asimismo, en razón de lo dispuesto en la Resolución Conjunta N° 9/2024, del Ministerio de Salud de la Nación y la Agencia Nacional de Discapacidad, de conformidad a la localización geográfica en la que

habrán de prestarse los servicios terapéuticos, al monto que arroje dicho baremo deberá adicionarse un veinte por ciento (20%) por zona desfavorable. ..." (voto de la Dra. Camila Lucía Banfi Saavedra, al que adhieren los Dres. Mario Luis Vivas y Ricardo Napolitani).

Respecto de las evaluaciones por neurología, oftalmológica, odontológica y traslados a las terapias, si bien se acreditó en autos su necesidad, no puede soslayarse el marco procesal elegido, respecto al que no se ha acreditado la negativa de la obra social, por lo que no procede la vía elegida del amparo.

En consecuencia, no habiéndose acreditado incumplimiento o negativa de la obra social demandada, y teniendo en cuenta el criterio adoptado por nuestro STJ, respecto al alcance de la cobertura total al 100%, corresponde el rechazo de la demanda.

III. Costas y honorarios:

Atento a como se resuelve, se impondrán las costas a la actora vencida, conforme el principio general de la derrota (art. 17 de la Ley V N° 84 y art. 69 del CPr.).

A tal fin y dada la relevancia del derecho cuya protección se invocó en la presente demanda, su monto, complejidad, la labor profesional durante el proceso, de acuerdo al resultado obtenido, calidad, eficacia, extensión, celeridad impuesta y trascendencia para las partes en todos sus órdenes, y etapas cumplidas, regulo los honorarios de los Dres. <PER> y <PER>, letrados de la actora, conjuntamente en 30 jus, y los del Dr. <PER>, letrado de la demandada, en 34 jus, con más la alícuota del IVA si correspondiera (arts. 6 a 9, 35 y 49 Ley XIII n° 4 y n° 15, Ley 23.349, y 23.871).

Por ello, doctrina y jurisprudencia y normas jurídicas citadas, **IV) Fallo:**

1. Rechazar la demanda promovida por la Sra. <PER>, en representación de su hijo menor de edad <PER>, contra el Instituto de Seguridad Social y Seguros del Chubut.

2. Imponer las costas a la actora vencida, conforme considerando respectivo.

3. Regular los honorarios de los Dres. <PER> y <PER>, letrados de la actora, conjuntamente en 30 jus, y los del Dr. <PER>, letrado de la demandada, en 34 jus, con más la alícuota del IVA si correspondiera (arts. 6 a 9, 35 y 49 Ley XIII n° 4 y n° 15, Ley 23.349, y 23.871).

4. Regístrese y Notifíquese.

REGISTRADA BAJO EL nro. 22 DEL AÑO 2025
DEL LIBRO DE SENTENCIAS DEFINITIVAS "A"