

Expediente: **1390/23**

Carátula: **LOPEZ ANA LUCIA C/ COLMED S.R.L. S/ SUMARIO (RESIDUAL)**

Unidad Judicial: **OFICINA DE GESTIÓN ASOCIADA CIVIL Y COMERCIAL N° 4**

Tipo Actuación: **FONDO CON FD**

Fecha Depósito: **03/06/2025 - 00:00**

Notificación depositada en el/los domicilio/s digital/es:

20313382975 - LOPEZ, ANA LUCIA-ACTOR/A

27170416959 - COLMED S.R.L., -DEMANDADO/A

90000000000 - LIAS, RUTH VANESA-PERITO

49

PODER JUDICIAL DE TUCUMÁN

CENTRO JUDICIAL CAPITAL

Oficina de Gestión Asociada Civil y Comercial N° 4

Juzgado en lo Civil y Comercial Común

15° Nominación

ACTUACIONES N°: 1390/23



H102345501737

JUICIO: "LOPEZ ANA LUCIA c/ COLMED S.R.L. s/ SUMARIO (RESIDUAL)". Expte. N° 1390/23.

San Miguel de Tucumán, junio de 2025.

Y VISTO: Para resolver lo solicitado en estos autos caratulados: "**LOPEZ ANA LUCIA c/ COLMED S.R.L. s/ SUMARIO (RESIDUAL)**". Expte. N° 1390/23, de cuyo estudio,

RESULTA:

Que en fecha 17/05/2024 se presenta el letrado **Martín Prados** en el carácter de apoderado de **Ana Lucía López**, DNI N° 31.588.383, con domicilio en calle Jujuy 231, 5° piso B, de esta ciudad, y luego de constituir domicilio a los efectos procesales en Casillero Digital N° 20313382975, inicia demanda en contra de COLMED SRL, CUIT 30707094261, con domicilio real en calle Monteagudo N.° 702 de esta ciudad. Indica que su demanda tiene por objeto la repetición de pago de las sumas que fueron abonadas en concepto de prestaciones médicas no cubiertas por la demandada y el resarcimiento de los daños y perjuicios ocasionados por su incumplimiento.

Relata que en fecha Noviembre 2017 al registrarse la actora ante AFIP como monotributista, ejerce la opción de elegir como obra social a la demandada, COLMED SRL, adhiriéndose al plan Plan i300 (1,2) que incluía las siguientes prestaciones: consultas médicas sin cargo, 40% descuento en farmacia sin vademécum, prestaciones de alta y baja complejidad, internación habitación privada con cama de acompañante, plan materno infantil y atención al recién nacido.

Menciona que en junio de 2019 se produce la venta de COLMED SRL a Pablo Rodolfo Bayo y a María Susana Terol de Bayo. Que en agosto de 2019 se le diagnostica Artritis Reumatoidea (AR) e inicia tratamiento con Hidroxicloroquina y Prednisona. Que en octubre de ese 2019 por persistencia de actividad de AR se cambia medicación a metotrexato y Ácido fólico. Que hasta ese momento la actora había podido hacer uso de todas las prestaciones tal y como figura en el detalle del plan con compra de medicamentos en forma directa en farmacias sin necesidad de auditoría previa y las autorizaciones de estudios se realizaban en el momento.

Señala que en octubre del 2019 cuando concurre a comprar por primera vez Metotrexato le informan en la farmacia que por nuevas disposiciones de la obra social (que no fueron comunicadas en forma oportuna) no podía comprarla de forma directa puesto que requería de auditoría y autorización mensual previa. Que igual situación le sucedió con los anticonceptivos orales a lo que se sumó rechazo de la prescripción del anticonceptivo por estar realizada la receta por el reumatólogo a pesar que la indicación de tomarla era precisamente porque el metotrexato es teratogénico y debe obligadamente ir acompañado de método anticonceptivo. Que además, a partir de ese momento las autorizaciones de estudios ya no se realizaban en el momento y el tiempo de espera para ser atendido por el administrativo llegaba a exceder de una hora de espera y se demorar entre 24 a 48 hs para autorizar medicamentos o estudios, lo que implicaba ir al menos dos veces a COLMED para obtener las autorizaciones. Que a todo esto, se agregó modificación del horario de atención que se redujo inicialmente hasta las 17:00 hs y posteriormente a las 16:00 hs.

Manifiesta que en el mes de noviembre de ese año la actora solicitó formulario para pedir cobertura del 70% de metotrexato y no quisieron entregarle el formulario contestando que debía llevar muchos más meses con la medicación para solicitarlo. Que a mediados de noviembre presenta pedido de análisis solicitado por su médico reumatólogo para autorización los que, con la nueva operatoria, debía dejarlos y en 24 hs. regresar para ver si estaban autorizados. Que cuando se apersona a retirarlos le informan que para autorizarlos debía adjuntar los resultados de los análisis previos realizados, por lo que debió regresar otra vez más al día siguiente para aportar la documentación solicitada. Que finalmente, con el pedido autorizado se presentó el día 25/11/20 en laboratorio CACE para realizarse el análisis de sangre, pero le indican que en el pedido no habían autorizado el ítem LDH, por lo que considerando que ya había concurrido al menos 4 veces a Colmed para conseguir la autorización y para no perder el turno decidió abonar de manera particular y pedir la factura para solicitar el reintegro.

Expresa que el día 09/12/19 presentó dos notas por mesa de entrada, una solicitando la cobertura del 70% de la medicación crónica y auditoría periódica pero no mensual y la otra nota solicitando el reintegro del importe abonado de manera particular por dosaje de LDH. Que ninguna de las notas fue contestada la fecha por escrito y la contestación verbal que le dieron es que sus notas "no ameritaban respuesta". Que el día 16/12/19 se autoriza receta de Metotrexato de 10 mg que no compró de forma inmediata ya que su médico reumatólogo de cabecera para situaciones de demora de autorización y para no interrumpir el tratamiento le había facilitado muestras médicas. Que a finales de diciembre presenta reactivación de Artritis reumatoidea por lo que le aumentan la dosis de 10 a 15 mg y prescribe a tal fin nueva receta. Que el día 06/01/19 al presentarla para auditoría junto con la anterior receta autorizada que todavía no había comprado, le niegan la autorización alegando que era sobreconsumo. Que preguntó como podía ser sobre-consumo si no había utilizado la receta

anterior pero no hubo entendimiento posible y le dijeron que no le iban a autorizar la receta con la nueva dosis. Que ya sin muestras médicas y ante la necesidad de aumentar la dosis compró la medicación de forma particular. Que el 11/02/20 por continuar sin respuesta verbal o escrita por parte de COLMED a sus reclamos y persistir los inconvenientes presenta denuncia ante la Dirección de Comercio Interior (DCI), Expediente 989/2020. Que también en el mes de febrero por recaída de la AR se progresa medicación a Leflunomida.

Deja sentado que el día 20 de marzo del 2020 en contexto de pandemia se declara el aislamiento obligatorio con las restricciones conocidas. Que a pesar de que estaba en vigencia la resolución 626/20 que habilitaba las recetas digitales o electrónicas como válidas en COLMED le dijeron que no las daban por válidas, que debía primero retirar el recetario impreso de la obra social, luego hacer que lo complete el médico tratante y dejarla para autorizar y luego retirarla. Que como los consultorios donde trabajaba la actora y donde sus médicos tratantes atendían estuvieron cerrados el primer mes planteó la posibilidad de adjuntar la receta digital de su médico enviada por correo y ella simplemente transcribir esa receta al recetario con su sello y matrícula, pero le dijeron que no porque para ellos eso era automedicación. Que como alternativa sugirieron que se dirija a la guardia de algún sanatorio para que un médico clínico transcriba la receta.

Explica que teniendo en cuenta la situación de pandemia y aislamiento y que la atención en guardias estaba limitada a urgencias y atención de covid y no para transcribir recetas de medicación crónica esta tampoco era una opción viable. Que se contactó con su médico reumatólogo y al contarle la situación con la obra social y por tratarse de una colega le ofreció le acercara la receta a su domicilio para que él la pudiera completar. Refiere que ya con la receta se dirigió a Colmed para dejarla en auditoría que demoró unas 24 horas adicionales y recién al día siguiente pudo pasar a retirarla y comprar la medicación en farmacia. Que ante esta situación inició el día 28/4/2020 la denuncia en la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) en contra de Colmed por negativa de cobertura del 70% de medicación crónica (Leflunomida) y por incumplir con la resolución 626/20 y no admitir receta digital o electrónica cuando todas las demás obras sociales las estaban recibiendo.

Continúa con la cronología de los hechos, en los siguientes términos:

- En agosto del 2020 por síntomas ginecológicos consulta a la Dra. Claudia Petros quien solicita análisis que ponen en evidencia una baja reserva ovárica y sugiere criopreservación o intentar embarazo con indicación de Fertilización in vitro (FIV) por la baja reserva ovárica y por medicación para AR. También por hipotiroidismo subclínico en contexto de búsqueda de embarazo se inicia tratamiento crónico con Levotiroxina. Decide la actora en primera instancia intentar embarazo y por indicación del Dr. Ramiro Maldonado se suspende Leflunomida y se indica lavaje de la misma con colestiramina, ya que aún suspendida la droga permanece en altas concentraciones en sangre durante 2 años y es teratogénica. La eliminación de la droga en sangre debía ser posteriormente confirmada con 2 dosajes de leflunomida. Se indica nuevamente tratamiento con Hidroxicloroquina único fármaco con perfil de seguridad para intentar gestación y durante el embarazo.

- El 16/09/20 deja para autorizar la primera receta de colestiramina, a las 24 horas cuando concurre a retirarla le informan que no había sido autorizada porque según el médico auditor no se utilizaba la colestiramina para lavado de fármacos. Ante esta situación habló con la encargada, la señora Aida Argañaraz quien se comprometió a hablar con el auditor para pedir revisión del caso, incluso le envió artículos académicos donde detallan la indicación de la colestiramina con este fin. Sin embargo, el día 18/09/20 se comunica conmigo para avisarme que la autorización nuevamente fue denegada.

- El día 21/09/20 presenta nota por mesa de entrada reclamando esta situación. La nota a la fecha jamás fue contestada, compre las dos cajas de colestiramina necesarias de forma particular (\$4161,36). La Dra. Cecilia Delgado médica de Reproducir donde realizó la consulta para realizar la FIV le solicitó también en mes de septiembre una serie de estudios previos para solicitar este tratamiento entre ellos análisis de sangre con serologías para Toxoplasmosis y una histerosalpingografía. En ambos casos realiza el procedimiento habitual para autorizar las órdenes y el día del análisis en laboratorio CACE le informan que codificaron mal la autorización para IgG toxoplasmosis y decide abonar de forma particular (\$220). Cuando concurre a realizarse la histerosalpingografía en Méndez Collado le informan que sólo le autorizaron el estudio y no el contraste a pesar de que está incluido en la cobertura de PMO por lo que debió abonar el importe correspondiente a contraste de forma particular (\$1500).

- A finales de septiembre concurre la actora a la obra social con los pedidos de dosaje de leflunomida. Le explican que la práctica no estaba nombrada que el médico solicitante tenía que completar el formulario de práctica no nombrada y yo debía presentar 2 cotizaciones de distintos laboratorios. Solicite al laboratorio CACE que derivada la muestra a Buenos Aires y otro al laboratorio Rapela.

- El 02/10/20 presenta el formulario y las cotizaciones solicitadas para auditoría, las que se devolvieron la semana siguiente alegando que la práctica no estaba nombrada. Ante ello, la actora realiza los dos dosajes de leflunomida en laboratorio Cace abonándolos de forma particular (\$2660). Como en otras oportunidades, presenta nota por mesa de entrada reclamando el reintegro de dichos montos sin respuesta ni reintegro a la fecha.

- El día 11/12/2020 a las 08:00 de la mañana concurre a la nueva sede ubicada en Monteagudo 702 (Sede de BRAMED ya que la anterior sede de Colmed ubicada en Las Piedras 400 ya no funcionaba como tal) a presentar la carpeta completa (archivo carpeta médica) para autorizar el tratamiento de FIV. Le informan que a esa hora todavía no se encontraba el médico auditor, que iba a estar presente solo entre las 10 y las 12 y era la única persona que me podía recibir la carpeta. Regresando a las 11:30 le informan que el auditor no estaba, que no le podían recibir la carpeta. Ante ello pide hablar con la Señora Aida Argañaraz quien se comunicó telefónicamente con el auditor para que autorizara la recepción de la carpeta, quien dijo que la iban a revisar para autorizarla y en caso de que faltara alguna documentación la iban a contactar. Deje toda la documentación completa junto con nota por mesa de entrada para dejar constancia de la documentación que entregaba. Posteriormente se entera, por pacientes que también son afiliados a esta obra social, que en realidad hace tiempo no había auditor de forma presencial. Que él trabajaba en forma remota desde Córdoba, por eso toda vez que uno solicitaba hablar con el auditor, le negaban esa posibilidad. Concurrió en las semanas subsiguientes a averiguar estado de la tramitación, pero en ninguna de las oportunidades le pudieron dar información del estado de la misma.

- El día 08/01/2021 se presenta denuncia en la DCI donde además de reclamar sobre cobertura de la FIV, se denuncia la falta de reconocimiento de receta digital, falta de cobertura de colestiramina entre otros, expediente 194/21.

- El día 13/01/2021 por persistir sin respuesta concisa por parte de Colmed se envía carta documento cuya recepción es rehusada.

- El día 10/02/21 luego de 2 meses de haber sido presentada la carpeta para auditoría sin ningún tipo de respuesta con respecto al estado de la autorización se inicia Amparo para reclamar cobertura de medicación crónica para AR y cobertura al 100% de tratamiento de FIV a través de medida

cautelar. También se realiza a través de la DCI la primera audiencia de conciliación en referencia al expediente 194/21 de modo virtual Colmed no se presenta.

- El día 20/4/21 se realiza la segunda audiencia de conciliación de la DCI en referencia al expediente 194/21 Colmed nuevamente no se presenta.

- El día 22/4/2021 la actora toma conocimiento que estaba embarazada y realiza ecografía, pero al mes evoluciona con aborto espontáneo.

- El día 03/05/2021 se resuelve de manera favorable la medida cautelar ordenando a Colmed que proceda de inmediato a dar la cobertura integral del tratamiento de FIV.

- El día 20/05/2021 Dra. Alejandra Silva notifica la medida cautelar en la sede de Yerba Buena ubicada en Lobo de la Vega 147 de Colmed, ya que en la sede de Monteagudo 702 no se la querían recibir argumentando que eran Bramed y no Colmed.

- El día 28/5/2021 se comunica con la asesora legal de Colmed, la Dra Amesto quien informa que ya se había dado instrucción de autorizar la cobertura del tratamiento y que el día lunes 31/05 la actora tenía que concurrir a la sede para retirar todo lo autorizado.

- El día 31/05 la madre de la actora se presenta en Colmed donde le entregan solamente el bono autorizado de honorarios médicos para el tratamiento de FIV, pero desconocían la cobertura de la medicación necesaria para realizar la estimulación a pesar de que estaba detallada y solicitada en la carpeta presentada en 12/20. A su vez ese mismo día consiguió que una de las administrativas le entregue el formulario para solicitar cobertura de medicación crónica. Ante esta situación su abogada presenta el incumplimiento de la cautelar y el día 08/06/21 se resuelve intimación a que en plazo de 72 hs de cumplimiento a la cobertura. Se los notifica en sede de Lobo de La vega 147 el día 09/06/21. Ese mismo día se comunicó con la Srta. Elisa encargada del sector de alto costo quien le informó que necesitaban recetas actualizadas de la medicación necesaria para realizar la FIV (obviamente vencidas ya que eran de diciembre del año anterior) y que debía presentarlas a la brevedad.

- El día 11/06/21 la pareja de la actora fue a la sede central para entregar las recetas actualizadas y no se las quisieron recibir. Le informaron que iba a tener lugar una reunión al mediodía y luego de eso le iban a informar. Jamás se contactaron, entonces le escribió al WhatsApp institucional de Elisa, a la asesora legal y no le contestó, escribí al correo de Colmed reclamando la situación y adjuntando las recetas por ellos solicitadas y que luego no quisieron recibir y tampoco hubo contestación por lo que se notificó nuevamente al juzgado el incumplimiento.

- El día 15/06/21 la actora concurre junto a su madre a Colmed para presentar el formulario de medicación crónica que iba a ir adjuntado a nota por mesa de entrada a fin de dejar constancia de la documentación que adjuntaba, teniendo en cuenta las contradicciones e irregularidades que se venían sucediendo. Ahí le informan que solo le podían recibir el formulario y que no estaban autorizados a recibir ninguna nota por mesa de entradas. Ante esto respondió que la nota tenían obligación de recibirla y que quedaba en ellos contestarla o no. Invitaron a la actora y a su madre a charlar adentro ante lo que, contestó que no había nada más que charlar que solo queríamos presentar la nota por mesa de entrada. Mientras esto sucedía la actora se dio cuenta que el encargado de seguridad se había puesto detrás suyo a menos de medio metro de distancia con los brazos cruzados a modo de asustar o amedrentar, y su madre al advertir esto le pidió que se alejara de su hija, cosa que no sucedió. Ante ello sacó su celular para intentar registrar la situación. En ese momento el personal de seguridad se alejó, no obstante, les aclararon que no se podía filmar adentro porque era una institución privada y les solicitaron que se retiren. Ante esta situación

deciden retirarse para no empeorar más la situación y solo presentaron el formulario de medicación crónica para que lo auditen.

- El día 17/06/21 concurrió a la comisaría 1° y realizó la constancia policial de lo ocurrido donde a pesar de haber relatado todo lo ocurrido la funcionaria omitió la situación de intimidación realizada por parte del encargado de seguridad de la obra social.

- El día 21/06/21 la pareja de la actora concurre a la sede central para averiguar si había alguna novedad de autorización del tratamiento de FIV y le entregan formulario de medicación crónica, a pesar que la misma no está incluida en la resolución 310/04, diciéndole que debía ser completado por el médico tratante. Ahí también presenta resolución de SSS (de mi reclamo iniciado hace más de un año respecto de cobertura de medicación crónica y receta digital). Le responden que la cobertura de medicación crónica ya estaba siendo tramitada y pendiente de autorización, pero que receta digital ellos insistían en que no recibían ese formato solo recetarios impresos.

- El día 23/06/21 se resolvió nuevamente intimar a Colmed a dar cumplimiento y fueron notificados el día 24/06/21 y ese mismo día se entregó formulario solicitado completado. Habiéndose vencido el plazo para dar cumplimiento de la segunda intimación y sin respuesta después de haber presentado el formulario presentado el día 24/06/21 se solicita astreintes. A finales de junio le informan que se autorizó cobertura del 70% de hidroxycloquina y Levotiroxina y que el formulario debía actualizarse cada 6 meses (junio y diciembre de cada año) pero que aun así no podía realizar compra directa con receta en farmacia. Todos los meses debía solicitar de forma presencial o a través del whatsapp la emisión del bono autorizado con la cobertura y retirarlo de sede central para recién poder comprar la medicación. Consultó cuál era el objetivo de presentar el formulario cada 6 meses si de todos modos mensualmente requería auditoría y autorización, pero no supieron responderle.

- El día 06/07/21 le comunican desde Colmed que debía presentar nuevamente todas las recetas presentadas en junio ya que estaban próximas a vencerse. Así que fue de nuevo a Reproducir a solicitar por tercera vez las recetas y las presentó.

- El día 12/07/21 se dispone astreintes y se los notifica.

- El día 05/08/2021 le comunican a la abogada de la actora que la autorización estaba demorada ya que no había stock de la medicación. Contactan a Farmacia París que es la suele encargarse de la venta de esta medicación y le informan que había stock disponible para venta inmediata, situación que se reclama en Colmed verbalmente, pero nos dicen que es lo que les habían informado a ellos.

- El día viernes 13/08/21 sobre el horario de cierre de la obra social le avisan a su abogada que la medicación ya estaba disponible para ser retirada en farmacia La Unión pero que para poder retirarla debía buscar primero las últimas recetas originales que presentó y que las tenían ahí en la sede central. Conforme con la noticia, ese mismo día se comunica con la Dra. Delgado de Reproducir, quien le indica iniciar toma de anticonceptivos para aprovechar el próximo ciclo para realizar la FIV y pacta los turnos de control y seguimiento ecográfico.

- El martes 17/08/21 la actora regresa por primera vez a la sede de Colmed después del evento con el señor de seguridad, ya que estaba evitando esa situación porque era la persona encargada de controlar el ingreso al local y tirar alcohol a las personas que ingresan a la sede. Sin embargo la actora no se esperaba su actitud ya que al intentar ingresar le franqueó el paso parándose de brazos cruzados y con mirada intimidante en el marco de la puerta. Le pedí permiso para ingresar en 2 oportunidades y recién a la segunda se corrió para que pudiera pasar. Una vez dentro la Srta. Elisa le entregó las recetas y se dirigió a la farmacia La Unión para retirar la medicación. Le entregan la caja con los medicamentos, le hacen firmar la recepción y al repasar el listado detallado,

se percata que pidieron medicación de menos. De las 12 ampollas de Pergoveris habían comprado sólo 6, de los 3 viales de Orgalutran sólo 2 y de las 2 cajas de Progesterona por 28 cápsulas que totalizaron un total de 56 cápsulas compraron 1 sola caja de 42. Inmediatamente la actora regresa a la obra social para aclarar la situación de la compra de medicamentos y lamentablemente se encontró con exactamente la misma actitud que antes por parte del señor de seguridad. Para empeorar las cosas, Elisa le informo que lo que retiró estaba correcto, que esa es la medicación que se iba a autorizar y que si estaba disconforme continúe con el reclamo judicial.

- La actora se comunica con la Dra. Delgado le explica la situación y como ya había empezado la toma de los anticonceptivos para regular el ciclo y no perder el próximo y por ende no retrasar más la situación, le ofreció realizar un esquema de tratamiento con menor dosis (el esquema que se utiliza para normo-respondedoras) en vez del esquema de baja respondedoras. A pesar de eso aun así iba a necesitar 1 vial más de orgalutran y las cápsulas restantes de Progesterona. Ante dicho panorama, la actora acepta la propuesta y compra de manera particular la medicación restante (\$8262,04). Inicia la aplicación de inyecciones y el día 15/09/21 se realizó la punción y se obtuvieron solo 2 ovocitos. Le informaron que con tan bajo recuento necesitaban que los dos se desarrollen de manera favorable y eso iban a evaluar en las próximas 24 horas caso contrario habría que suspender la transferencia.

- Al día siguiente le informaron que los dos embriones se habían desarrollado en forma favorable y así el día 17/09/21 se realizó la transferencia. Lamentablemente luego de 2 semanas de espera le informan de acuerdo al dosaje de BHCG que el tratamiento no había sido exitoso y no se había conseguido embarazo. En la consulta de control, la Dra. le explica las posibilidades a futuro, volver a intentar una segunda FIV teniendo en cuenta que las obras sociales las autorizan a los 3 meses del anterior intento, o incluso dado el bajo rescate de ovocitos empezar a considerar la ovodonación como opción. Le explicó también que en ocasiones algunas pacientes posteriores a la estimulación ovárica con inyecciones quedaban embarazadas de forma espontánea así que no perdiera las esperanzas y a la espera de lo que decidiera lo siguiera intentando. La actora quería ser madre con mis propios óvulos así que le dijo que realizaría otro intento a pesar de que el solo panorama de volver a reclamar o judicializar la cobertura de otro tratamiento y revivir el destrato sufrido le angustiaba y estresaba.

- El día 14/10/21 le llega cédula de notificación de la DCI comunicando una tercera audiencia de conciliación. A pesar de que ya se habían realizado dos audiencias, le informan que el motivo de la tercera audiencia es que el señor Bayo devolvió la notificación alegando que ellos eran Bramed y no Colmed y por lo tanto no correspondía la notificación.

- El día 26/10/21 se realizó la tercera audiencia y como era de esperar nuevamente Colmed no se presentó y el día 27/10/21 presentó descargo en DCI sobre falsedad de la afirmación del señor Bayo.

- El día 21/10/21 la actora concurre a la farmacia para comprar ácido fólico y al intentar autorizar le informan que no tenía cobertura, le imprimen captura de pantalla. La medicación se compra de forma particular por \$1006 y para el resto del tratamiento la Dra. Petros le consiguió muestras médicas.

- El día 06/12/21 la Dra. Cecilia Delgado le entrega carpeta para presentar en Colmed solicitando autorización de segunda FIV y donde informa el incumplimiento de la medicación anteriormente solicitada que no permitió cumplir con el esquema de baja respondedora como correspondía.

- El día 10/12/21 la actora toma conocimiento que se encontraba encinta. Presenta a la semana episodio de sangrado (ginecorragia) que posteriormente cedió de forma espontánea, pero ante el

antecedente de aborto previo y por tratarse de un embarazo de alto riesgo, ello motivó que la ginecóloga indique reposo y Progesterona. A la espera del alta del plan materno y autorización de la medicación le entrega muestras médicas de Progesterona para iniciar el tratamiento. Ante dicho panorama la actora solicita colaboración a su familia y pareja para que en adelante le colaboren con la autorización de estudios medicamentosos y demás trámites a realizar en la obra social para evitar exponerse y generar mayor estrés en esta situación.

- El día 03/01/22 su madre concurre a la obra social para presentar el informe médico y ecografía para solicitar el alta al plan materno, adjunta impresión de pantalla de monotributo saldado hasta mes de diciembre 2021 inclusive, sin embargo argumentaron que ellos les figuraba como no abonado. Hasta que no se presentó resumen de tarjeta donde figuraba el importe abonado no quisieron tramitar el alta. También ese día le notifican que en base a su descargo en DCI con fecha del 27/10/21 se citaba a una nueva y 4 audiencia de conciliación para el día 20/01/22. Como para esa fecha iba a estar de vacaciones presenta nota ante DCI solicitando su postergación y se estableció la nueva fecha para el 07/02/22.

- El alta del plan materno se activó el día 07/01/22. Pero no quisieron autorizar receta de Progesterona sin un argumento claro y tampoco autorizar Toxoplasmosis Ig G (estudio con el que ya había tenido problemas con anterioridad). A pesar de múltiples reclamos verbales y por whatsapp se negaron a brindarlo, incluso la Dra. Petros quien era su médica ginecóloga pidió hablar personalmente con el auditor y se negaron, pero tampoco se contactó al dejar ella su teléfono de contacto y tampoco respondieron al correo electrónico que envió a Colmed respaldando la indicación ya que no se entendía el motivo de negativa de cobertura cuando estaba debidamente justificado. Jamás obtuvo respuesta, la actora debió comprar la medicación de forma particular (\$6592,45). También se negaron a autorizar cobertura de vitamina A + asociación en emulsión x 400 ml (marca Perpiel). Le informaron a su madre que recién luego del cuarto mes darían cobertura, pero solo la presentación de 200 ml y cada 2 meses y de marca Dermaglós. Ese mes la actora la compró de forma particular (\$2146,26) y el resto de los meses que no la autorizaban contactó al visitador médico de Andrómaco quien le facilitó muestras gratis y un original.

Explica que por esa misma fecha solicita emisión de bono autorizado de medicación crónica ya que el 16/01/21 iniciaba sus vacaciones y necesitaba llevar la medicación para no interrumpir el tratamiento de AR. Que negaron la emisión diciendo que era sobre consumo si lo pedía antes del 20/01/22, le dijeron que podían llegar a evaluar la situación si presentaba pasaje o reserva de avión para esa fecha. Que lo cierto es que viajábamos en auto e íbamos a alquilar un departamento al llegar a destino. Que en todo ese contexto se negó la emisión del bono. Que se comunica con su médico reumatólogo que solicitó respetar en tiempo y forma la provisión de medicamentos para no generar interrupción del tratamiento con posibilidad de reactivación de la enfermedad y sin mucha opción de cambio de medicación por el embarazo le consiguió muestras médicas para que no quedara sin medicación hasta el retorno de las vacaciones. Que el día anterior al viaje le entregan a la madre de la actora los bonos autorizados de análisis de sangre, pero al mostrárselos ve que hay errores en la autorización así que vuelve a dejarlos para corrección, decidiendo la actora realizarse los análisis al regreso de sus vacaciones. Que a principios de Febrero al regresar la orden para análisis había sido en teoría corregida pero no autorizaron toxoplasmosis Ig G ni glucemia.

Enfatiza que cansada de las reiteradas veces que se lo dejó para autorizar o corregir y aún así persistió el problema, abonó estos 2 ítems de manera particular. Que solicitó emisión de bono autorizado de hidroxiclороquina (que no se quiso emitir en enero) y de Levotiroxina en razón de ya casi quedarse sin medicación para esta fecha y se negaron alegando que todavía no correspondía. Que intentó comprar en farmacias con recetario convencional, para aunque sea contar con 40% de cobertura, pero le informaron en farmacia que por tener plan materno Colmed no se autoriza a la

compra directa con receta de ningún medicamento tenga o no relación con el plan materno, pues toda venta de cualquier medicamento debía estar previamente autorizada por la obra social por ellos, viéndose obligada a comprar ambos fármacos de forma particular). Que pidió nuevamente autorización verbal y por whatsapp de Progesterona, pero con el mismo resultado de la otra vez por lo que se compró de manera particular y el resto del tratamiento se completó con muestras médicas conseguidas por la Dra. Petros. Que solicitó también en mes de febrero autorización de ecografía de marcadores de aneuploidías cuyo código para cobertura del 100% es 18.01.79 a pesar de reclamar a través del whatsapp y personalmente le dijeron que sólo autorizaban ecografía común y que la actora debía abonar la diferencia.

- El día 31/01/21 al presentar la orden en sanatorio 9 de julio me dijeron además estaba mal autorizado el prestador así que debí abonar el estudio de forma particular para no retrasar la realización del estudio. Con la ecografía morfológica sucedió lo mismo, en vez de autorizar el código correspondiente que tiene 100% de cobertura, 18.01.69 autorizaron una ecografía tocoginecológica común código 18.01.04 por lo que la actora debió abonar para realizar el estudio la diferencia entre ambos.

- A finales de mayo solicitó emisión de bono autorizado con cobertura del 70% para compra de Hidroxicloroquina ya que me estaba quedando sin medicación y le informaron a mi pareja que primero debía presentar un nuevo formulario de medicación crónica (a pesar de que se venía presentando en junio y diciembre) y que luego de 10 días que iba a demorar la auditoría recién iba a poder solicitar la emisión del bono. Reclamó por whatsapp ya que la emisión del bono del mes de mayo estaba cubierta por el formulario de diciembre, pero jamás me respondieron. Se presentó historia clínica del reumatólogo solicitando respetar indicación en tiempo y forma y continuaron sin emitir el bono. Compró el día 31/5/21 la medicación de forma particular.

- El 31 de mayo le informan que se rechaza medida cautelar para cumplimiento del plan materno porque de acuerdo al análisis de la documentación aportada no surge acreditado la falta de cobertura o cobertura parcial del plan materno. Comentó la situación con la Dra. Petros quien se mostró sumamente sorprendida ya que los incumplimientos fueron varios y groseros y se ofreció para redactar un nuevo informe para ser aportado al abogado.

- El día 14/6/22 durante el control la Dra Petros detecta que la actora estaba hipertensa y que la hipertensión no se mejoraba con maniobras (en controles previos estaba siempre en el límite). La derivan urgente a internar al Sanatorio 9 de julio para descenso de presión arterial y maduración pulmonar fetal. Al llegar al sanatorio en el centro de la mujer le hacen la orden de internación y la envían a admisión donde le informan que estaba suspendida la cobertura de internación con COLMED (situación que nunca fue comunicada por la obra social) y que esto sucedía en el resto de clínicas y sanatorios de la asociación. Ante la consulta del costo particular, le dijeron que el costo era como base 120 mil por día y debía conseguir un garante. En ese momento no contaba con el dinero y para evitar más demora en su atención para control de la presión decidió concurrir al Hospital de Maternidad para internarse. Allí permaneció internada del 14/6/22 al 16/06/22, se controló presión arterial dejando medicación reglada con labetalol 200 mg/día se realizó maduración pulmonar y la proteinuria de 24 horas en orina fue positiva por lo que se diagnosticó preeclampsia. La Dra. Petros le consiguió muestras médicas para no retrasar el inicio del tratamiento conociendo las demoras habituales en Colmed.

- En fecha 22/06/22 la pareja de la actora presentó receta para ser autorizada y fue retirada el 23/06/22. Autorizaron cobertura del 40% cuando por plan Materno correspondía 100%, se realizó reclamo sin respuesta del motivo. Se compró ese día la medicación con esa cobertura. Los controles se realizaron en forma sucesiva semanalmente y por falta de mejoría de la presión arterial se

aumentó la dosis de labetalol a 200 mg cada 12 hs.

- El día 05/07/22 se decide terminar el embarazo por cesárea para evitar riesgo de desprendimiento de placenta y se asigna turno en el Sanatorio 9 de julio para el día 15/07/22.

Dice que a partir del 06/07/22 hasta el día anterior a la cesárea la madre de la actora asiste a la obra social en forma diaria y en algunas ocasiones hasta 2 veces por día. Que le pidieron a la actora que requiera al sanatorio le emitan la cotización y la presente para ser evaluada si iba a ser cubierta o no. Que el pago debía ser realizado a más tardar 24 horas antes del turno programado para no perderlo y por suerte fue efectuado en forma directa por Colmed al Sanatorio el día 14/7/22. Que esto fue un motivo de preocupación permanente los 10 días previos a la cesárea y hasta el alta, antes de la confirmación de la cobertura por parte de Colmed, a la actora le preocupaba reunir la plata para pagarlo de forma particular, pero una vez confirmada la cobertura le preocupó la posibilidad de alguna complicación que no estaba contemplada en la cobertura o que implicara extender la internación o necesidad de neonatología situaciones que no pudieran esperar las demoras administrativas de la obra social y debía evaluar si lo iba a poder costear o iba a tener que pedir derivación al Hospital de Maternidad. Que para su tranquilidad la cesárea e internación transcurrieron sin ninguna complicación y al día siguiente estaba de alta.

Indica que los inconvenientes no terminaron ahí y se trasladaron a la cobertura del hijo de la actora. Que si bien el plan materno contempla la atención y cobertura del recién nacido hasta el primer mes de vida con el plan materno de la madre (de hecho, así figura en el detalle de su plan), desde Colmed se negaron a darle cobertura hasta que su alta a la obra social no fuera efectiva. Que para tramitar el alta debía presentar su DNI y constancia de codem como adherente, trámites que se realizan con turno y hasta la obtención de la documentación pueden demorar entre 1 y 2 meses. Que de esta manera debió abonar de manera particular los análisis solicitados en Sanatorio 9 de Julio por ser hijo de madre con preeclampsia y en laboratorio CACE le hicieron abonar el estudio de forma particular pero extendieron el plazo de reintegro habitual de 72 hs a 2 semanas para darle tiempo a gestionar el alta del bebé y que Colmed autorice el estudio. Que por la buena predisposición de empleados del ANSES y del registro civil al explicar la situación de urgencia de la documentación solicitada se la pudo tramitar sin turno a la brevedad caso contrario el alta habría demorado más de un mes (en ANSES había recién turno para septiembre). En CACE le devolvieron el importe abonado al presentar la orden autorizada.

Afirma que cansada del sin fin de problemas que le generaba la obra social gestionó el traspaso a otra obra social a finales de junio y se efectivizó la opción de cambio el día 19/7/22. Que la cobertura estaría activa con la nueva obra social a partir del 01/10/22. Que ésto se comunicó a través de correo electrónico a Colmed el último día de septiembre lo usaran para retrasar autorizaciones y por ende dejarla sin cobertura antes de tiempo y se utilizó el correo como medio ante el antecedente de negativa de recepción por mesa de entrada. Que este correo al igual que sucedió con toda nota presentada o correo enviado durante toda la afiliación con ellos nunca fue contestado. Que a finales del mes de octubre le envían correo con el cupón de aportes del mes de noviembre donde resaltan que además adeudaba la cuota del mes de octubre. Que solicitó que cesen de enviarme las cuotas ya que desde el mes de octubre ya no estaba afiliada a su obra social y por lo tanto tampoco adeudaba ese mes y a la fecha no hubo respuesta.

Destaca que conforme lo descripto la demandada incurrió en sendas violaciones a las previsiones de la ley 24.240, puesto que omitió no solo brindar las prestaciones médicas que por derecho le correspondían a la actora, sino además brindar un trato digno y la posibilidad de acceder a información confiable lo que queda demostrado con la falta de comunicación y/o respuesta a los diversos pedidos y reclamos que fueron realizados por escrito, en violación a las disposiciones de la

Ley 24.240 y de la Ley 26.682 que regula la actividad de las empresas de medicina prepaga.

Radicados los autos en este juzgado en cumplimiento con lo dispuesto mediante Acordada N° 245/24, por presentación de fecha 07/08/2024 la parte actora amplía demanda, detallando los rubros reclamados: daño emergente por la suma de \$49.511,19; daño moral por \$2.500.000 y daño punitivo por el valor equivalente a ocho canastas básicas.

Por providencia del 16/08/2024 se dispone correr traslado de la demanda y se convoca a las partes a la Primera Audiencia.

En fecha 03/10/2024 se lleva a cabo la primera audiencia con la presencia de la actora y su letrado y la Dra. Carolina Armesto, apoderada del COLMED SRL, de lo que cuenta el acta labrada al efecto. Ante la imposibilidad de arribar a un acuerdo conciliatorio, la Dra. Armesto contesta la demanda, ratificando en todos sus términos la presentación efectuada de manera escrita en la misma fecha.

Luego de realizar las negativas de rigor, dice que es verdad que la actora era afiliada a la obra social OSMEDICA, gerenciada por Colmed SRL, que tenía el diagnóstico de artritis reumatoidea, que solicitó el tratamiento de reproducción asistida y que tenía también el diagnóstico de hipertiroidismo.

Expone que a fin de brindar prestaciones a toda su masa de afiliados, existen protocolos administrativos, los cuales están marcados por los lineamientos de la SSS, en especial, cuando se trata de tratamientos especiales y/o medicamentos crónicos o de alto costo. Que para medicamentos crónicos se solicitan formularios que no son caprichosos de esa parte, sino que conforme Resolución 310/2004, se deben cumplir con el llenado de formularios por el médico tratante, los cuales tienen vigencia por 6 meses y se deben renovar, como también se solicitan estudios médicos que avalen el diagnóstico al cual el médico arribo, estudios que también deben ser actualizados. Que a pesar de que sea un tratamiento que puede durar meses o años, los pedidos médicos son mensuales, es decir se debe presentar la receta de medicamento cada vez que el médico lo requiera, sea una por mes, cada 15 días etc. Reitera que esto no es caprichoso de esa parte, sino que son directivas y pautas fijadas por la SSS, al igual que los tratamientos como el de fertilidad requerido por la actora, los cuales también tienen que seguir un procedimiento que está marcado por la Ley 26.862 y su decreto reglamentario N° 956/2013, y que por supuesto, todas las prestaciones médicas deben ser presentadas por la oficina de Colmed.

Reconoce que durante la época de pandemia, en especial desde marzo/2020 hasta fines de ese año, fue muy difícil ajustarse a los tiempos duros que había e implementar todos los protocolos y prácticas digitales, pero eso no significó, en momento alguno, que no se le haya brindado las prestaciones que requería.

Destaca que la mayor parte de los gastos que dice la actora que ha realizado, lo fueron por su propia voluntad, ya que no presentaba en COLMED las órdenes para las respectivas autorizaciones, en especial, no presentaba las recetas de medicamentos para ser autorizadas, como tampoco los pedidos de laboratorio como estudios de eco y demás. Que en ningún momento su mandante rechazó o denegó prestaciones que solicitara la Sra. López y que haya presentado en debida forma. Que no es verdad el trato que dice que se le dispensó ya que en Colmed tanto los empleados como el personal de seguridad están capacitados para atender y contener situaciones de salud que para los afiliados son muy delicadas y difíciles de llevar.

Plantea que todas las prestaciones o medicamentos que requieren sus afiliados y, en especial las crónicas, las de largo tratamiento, las de tratamiento muy costosos, internaciones, etc, fueron y son auditadas por su cuerpo médico de auditores, a fin de corroborar los pedidos conforme historial

médico y dejar asentado dicho pedido en las historias clínicas respectivas. Que cuando la afiliada tiene el plan materno infantil, las prestaciones que requiere el bebé recién nacido salen a nombre de la madre, atento a que el recién nacido no tiene el alta en la obra social y las prestaciones que él requiera, se le otorgan una vez que tiene el alta en la obra social, es decir cuando lo inscriben con su DNI y acta de nacimiento.

Impugna los rubros indemnizatorios pretendidos, ofrece prueba y solicita se rechace la demanda con costas.

En fecha 17/02/2025 se celebra la Segunda Audiencia dándose por concluido el período probatorio. Se agregan las pruebas ofrecidas conforme surge del informe de la actuario de igual fecha.

Practicada la planilla fiscal (24/02/2025) y emitido dictamen por la Sra. Agente Fiscal (26/02/2025) por providencia del 10/03/2025 pasan los autos a despacho para dictar sentencia.

CONSIDERANDO:

1. Las pretensiones. Los Hechos.

Ana Lucía López inicia acción por daños y perjuicios en contra COLMED SRL. Indica que su demanda tiene por objeto: a) La devolución de las sumas que fueren abonadas en concepto de prestaciones médicas no cubiertas por la demandada; b) la indemnización por daño moral; c) la aplicación de una multa civil a su favor en concepto de daño punitivo.

De su lado, la accionada niega haber incurrido en incumplimiento alguno y alega que fue la actora quien no presentaba las recetas de medicamentos o los pedidos de laboratorio, ecografías y demás estudios para ser autorizados, y que a fin de brindar prestaciones existen protocolos administrativos que están marcados por la Superintendencia de Servicios de Salud, en especial cuando son tratamientos especiales y/o medicamentos crónicos o de alto costo. Impugna los rubros indemnizatorios pretendidos.

En ese contexto, no se encuentra controvertido que Ana Lucía López estaba afiliada a la empresa COLMED SRL, prestadora de servicios médicos asistenciales, desde el año 2017, en el plan identificado como I300, afiliado N° 18576. Tampoco ha sido puesto en tela de juicio que la actora tenía diagnóstico de artritis reumatoidea y de hipertiroidismo y que solicitó el tratamiento de reproducción asistida. Ello además de haber sido reconocido por la accionada, surge acreditado con las capturas de pantalla del sistema informático y formulario de solicitud de medicamentos acompañados por Colmed SRL como prueba documental (Cuaderno de Prueba D1).

Por el contrario, la controversia gira en torno a la existencia de una serie de incumplimientos de obligaciones de orden contractual y legal que la Sra. López invoca y que niega la demandada, con la consecuente responsabilidad por los daños y perjuicios que la actora dice haber sufrido.

Cabe recordar que los jueces no estamos obligados a ponderar una por una todas las cuestiones propuestas por las partes sino sólo aquellas que se estimen conducentes y dirimientes para la resolución de la causa (cfr. art. 214, inc. 5, CPCyCT).

2. Marco normativo.

Conforme los términos en que ha quedado trabada la litis, tengo que media entre las partes un contrato dentro del cual la Sra. Ana Lucía López reviste el carácter de afiliada/beneficiaria de los servicios médicos asistenciales que ofrece la accionada, bajo la cobertura del plan denominado "I300", afiliado N° 18576. Es decir, que estamos en presencia de una relación de consumo al hallarse configurado un vínculo jurídico entre un "consumidor" en cabeza de la actora, persona

humana que utiliza un servicio de salud a título oneroso como destinatario final, y un "proveedor de bienes y servicios" en cabeza de la demandada, persona jurídica que desarrolla de manera profesional la cobertura de prestaciones médicas asistenciales, en los términos del art. 3 de la Ley 24.240 - en concordancia con los arts. 1 y 2 de la misma ley - y de los arts. 1.092 y 1.093 del CCyCN.

Si bien es factible reconocer que la medicina prepaga cuenta con características propias y que también tiene legislación específica, esa especialidad no la aleja del estatuto de los consumidores, sino que por el contrario las normas que la regulan se integran a la Ley 24.240, por lo que debe considerarse al contrato de medicina prepaga como un contrato de consumo. (Shina, Fernando E. Daños al consumidor. Soluciones jurisprudenciales a casos célebres. 1ª ed. Buenos Aires. Editorial Astrea. Año 2014. Pág. 247).

Así lo reconocen pacíficamente doctrina y la jurisprudencia, considerando que estos contratos deben ser interpretados a la luz del régimen tuitivo del consumidor, en virtud de la situación de asimetría estructural que rige entre las partes. Tal ha sido el criterio sostenido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en precedentes como "Unión de Usuarios y Consumidores c/ Swiss Medical S.A." (Fallos: 341:1353) (2018) y anteriormente en "Etcheverry, Roberto Eduardo c/ Omint SA de Servicios", Fallos: 329:4737 (2006).

En mérito a lo expuesto, el caso queda subsumido en el microsistema normativo, protectorio y tuitivo de los consumidores, con sustento constitucional en el art. 42 de la Constitución Nacional y bajo el régimen de la Ley de Defensa al Consumidor (Ley N° 24.240 y sus modificatorias), normativa que resulta complementada por el Código Civil y Comercial de la Nación (artículos 1092 a 1122 y cc.), que incorporó en su articulado el concepto constitucional de relación de consumo, que hacen lo que la doctrina ha denominado el núcleo duro del sistema, recogiendo los lineamientos jurisprudenciales vigentes y las leyes especiales que tutelaban los derechos del consumidor, adecuando el derecho secundario al paradigma constitucional y convencional (artículos 1° y 2° CCyCN).

Existiendo entre todas las partes una relación de consumo, rige en plenitud entre ellos el principio "*in dubio pro consumidor*" (art. 3 LDC), como también las obligaciones de información, publicidad, trato digno y demás deberes que pesan sobre el proveedor durante todas las etapas del contrato, y consecuentemente, el régimen de responsabilidad solidaria estatuido por el art. 40 del ordenamiento consumeril.

El citado concepto de "norma más favorable para el consumidor" es reiterado por el art 1094 del CCyCN en cuanto establece que: "*Las normas que regulan las relaciones de consumo deben ser aplicadas e interpretadas conforme con el principio de protección del consumidor y el acceso al consumo sustentable. En caso de duda sobre la interpretación de este Código o las leyes especiales, prevalece la más favorable al consumidor*".

Por otro lado, respecto a la normativa específica en la materia, la Ley N° 26.682 (Marco Regulatorio de Medicina Prepaga) dispone en su art. 2° que: "*A los efectos de la presente ley se consideran Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa*".

En tanto el art. 4° de la norma establece que: "*Es Autoridad de Aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación. En lo que respecta a la relación de consumo y a la defensa de la competencia serán autoridades de aplicación las establecidas en las leyes 24.240 y 25.156 y sus modificatorias, según corresponda*".

En cuanto a las prestaciones a las que están obligadas, su art. 7° prescribe: “*Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias*”.

Tal prescripción normativa resulta concordante y complementaria de lo que anteriormente disponía la ley 24.754 en su artículo 1° respecto de que “*las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico-asistenciales las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, de conformidad con lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455 (y sus respectivas reglamentaciones)*”.

Es importante destacar que el Programa Médico Obligatorio (PMO) fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales y las empresas de medicina privada deben garantizar dentro de los estándares establecidos por el Ministerio de Salud de la Nación (Resolución 201/02 y 1991/05 del Ministerio de Salud). No constituye una limitación para los agentes prestadores de salud, sino que es una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto (cfr. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal Sala I, sentencia 20/09/2018, Cita: MJ-JU-M-114843-AR).

El Plan Materno Infantil (PMI) es un componente específico del PMO y se enfoca en la atención médica de las mujeres embarazadas y los niños desde el nacimiento hasta el primer año de vida. Este plan garantiza la cobertura integral de la embarazada durante todo su embarazo y hasta el primer mes después del parto, de tal manera que las mujeres reciban la atención médica necesaria para llevar a cabo embarazos saludables y seguros, así como la atención médica y las vacunas del recién nacido durante su primer año de vida, tanto en internación como en atención ambulatoria.

Finalmente, habrá que estar a lo dispuesto por la Ley 26682 de Reproducción Médicamente Asistida que tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida (art. 1). La ley pone a cargo de los agentes de salud que brindan a sus afiliados servicios médico-asistenciales, independientemente de la figura jurídica que posean (entre ellas, las entidades de medicina prepaga) “*la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida, los cuales incluyen: a la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TRA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios que establezca la autoridad de aplicación. Quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) estos procedimientos, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación*” (art. 8).

Será por tanto al amparo de las normas y principios señalados que abordaré el estudio y resolución del caso.

3. Cargas probatorias.

Conforme el encuadre normativo dado, cabe dejar sentado que la Ley de Defensa del Consumidor, luego de la reforma producida por la Ley N° 26.361, introdujo innovaciones en materia probatoria como derivación del régimen protectorio allí establecido, consagrando lo que en doctrina se conoce como “*cargas probatorias dinámicas*”.

Es así que el nuevo párrafo tercero del art. 53 dispone: “*Los proveedores deberán aportar al proceso todos los elementos de prueba que obren en su poder, conforme las características del bien o servicio, prestando la colaboración necesaria para el esclarecimiento de la cuestión debatida en el juicio*”. La solución

responde a que la superioridad técnica (muchas veces acompañada por preeminencia económica) que detenta el proveedor, la cual le permite contar, además, con cierta superioridad jurídica y redundante en muchas ocasiones en un fácil acceso a extremos relevantes para liberarse de responsabilidad propia y/o para fundar la ajena.

Si bien la aplicación de la referida teoría de las cargas dinámicas de la prueba a los procesos de consumo impone la aportación de prueba a la parte que se encuentra en mejores condiciones para producirla, no implica consagrar una inversión lisa y llana de la carga probatoria, no quedando relevado al respecto el actor, pues ambos litigantes están obligados a colaborar en el esclarecimiento de la verdad jurídica objetiva, que es el objeto de todo juicio en el marco de la pretensión deducida (cfr. “Ley de Defensa del Consumidor”, comentada, anotada y concordada, autor Carlos E. Tambussi, p. 346).

Chamatrópulos señala que “el texto del art. 53 LDC lo ayuda pero no lo salva” pues “el consumidor no queda liberado de aportar la prueba pertinente al proceso” ni “puede descansar en que todo estará en cabeza del demandado” y advierte que “si así actuara, seguramente saldría derrotado” (Chamatrópulos, Demetrio Alejandro, Estatuto del Consumidor Comentado, T. II, pág. 370).

En esa misma línea de pensamiento la Corte Suprema de Justicia de Tucumán ha dicho que el consumidor que reclama el resarcimiento de un daño cuya causación atribuye al proveedor, debe precisar los hechos en los que funda su pretensión y aportar los elementos de prueba que permitan crear convicción respecto de los presupuestos de esa responsabilidad (cfr. CSJT, sentencia N° 485/18).

4. Análisis del caso.

En este contexto y habiendo determinado la normativa aplicable, toca abocarme al análisis de la procedencia de las pretensiones esgrimidas por la actora, conforme las pruebas aportadas por las partes.

En relación a la condición de salud de la Sra. López y más allá del reconocimiento realizado por Colmed SRL, cuento con la prueba documental admitida en autos (Cuaderno de Prueba A1), en particular:

a) Historia Clínica de fecha 02/11/2020 firmada por el Dr. Pablo Ramiro Maldonado, en la cual señala: *“Paciente de 35 años con diagnóstico de artritis reumatoidea en agosto de 2019 y de 2 años de evolución, poliarticular, con rigidez matinal >1 hora, no nodular, no erosivo, con reactantes de fase aguda aumentados, cero positivo para factor reumatoideo y para anti ccp y con sospecha de hepatitis autoinmune (...) alergias: alergia al meloxicam (...) antecedentes familiares: cáncer de mama, colon, uréter y de tiroides (...) Setiembre 2020: ginecología diagnóstica falla ovárica precoz y recomienda embarazo y/o criopreservación, continúa en estudio, por deseo de embarazo se suspende leflunomida (teratogénica) y se decide lavado con colestiramina, se indica continuar tratamiento con hidroxiclороquina 200 mg cada 12 hrs y prednisona 5mg/día. Octubre 2020: se realiza lavado de leflunomida con colestiramina, se recibe laboratorio leflunomida en plasma <0,1 ug/ml normal, por falla ovárica precoz con baja reserva ovárica se espera una pronta autorización de procedimiento de fertilización. La paciente se encuentra en óptimas condiciones para embarazo. (...) En conclusión: paciente con diagnóstico de artritis reumatoidea que suspendió tratamiento por búsqueda de embarazo, actualmente recibe corticosteroides e hidroxiclороquina. En caso de no lograr el embarazo a la brevedad existe la posibilidad de reactivación de la enfermedad por lo que sería importante autorizar el procedimiento en forma rápida y de esta forma evitar la reactivación”* .

b) Historia clínica de fecha 26/10/2020 del Centro de Medicina Reproductiva “Reproducir” firmada por las Dras. Rossana Chahla y María Cecilia Delgado donde se informa: *“Paciente de 35 años con diagnóstico de infertilidad primaria, antecedente de artritis reumatoidea diagnosticada en julio de 2019, actualmente suspendió el tratamiento por búsqueda de embarazo. Se realizan estudios complementarios donde se diagnostica reserva ovárica en límite inferior Se indica Tratamiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad por baja reserva ovárica, se sugiere realizar el mismo en la máxima brevedad posible por el*

diagnóstico mencionado y por encontrarse la paciente sin tratamiento para su patología de base por la toxicidad de la misma para el embarazo”.

La autenticidad de los certificados y documentación con el logo de la empresa fue reconocida por Reproducir SRL mediante nota agregada en fecha 19/11/2024 (Cuaderno de Prueba A1).

c) Informe Psicológico de fecha 27/03/2023 emitido por la Lic. Alicia M. Juárez Carrizo, donde señala como motivo de la consulta: *“La Srita. Ana Lucía López solicita comenzar terapia psicológica debido a síntomas persistentes de angustia, miedos inespecíficos que interfieren en su vida cotidiana, manifestaciones de ahogos, mareos, dificultades para conciliar el sueño, palpitaciones y alteraciones en la respiración En la relación terapéutica quedó expresada la manifestación física de sus síntomas anímicos y de la labilidad emocional asociada a situaciones de estrés vivida por la falta de respuestas institucionales a su cuestión de salud (artritis reumatoidea) el cuadro se intensifica cuando el deseo de maternar de la paciente, la lleva a buscar cobertura para su tratamiento de fertilidad con la asistencia sanitaria correspondiente. Este cuadro de incertidumbre se agrava durante el embarazo al darse cuenta de la desprotección de la que era depositaria por no contar con la asistencia necesaria para la salud de ella y de su bebé Diagnóstico: Los síntomas evaluados durante el proceso terapéutico corresponden con el de un trastorno de adaptación, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido por consecuencia de un estresor específico: la angustia, a partir de situaciones estresantes sostenidas en el tiempo.. (...)”*.

La autenticidad del informe y de la firma fue reconocida por la Lic. Juárez Carrizo en la segunda audiencia celebrada el día 17/02/2025 (Cuaderno de Prueba A2).

d) Historia clínica remitida por el Sistema Provincial de Salud (SI.PRO.SA) en fecha 17/10/2024 (Cuaderno de Prueba A1). La Unidad de Internación Obstétrica del Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes consigna que la paciente Ana Lucía López cursa un embarazo de 32,4 semanas, con antecedente de Artritis reumatoidea (18/07/2019) y un aborto espontáneo, que *“ingresa por registro elevado de TA de consultorio privado (falta de cobertura)”* con diagnóstico de hipertensión gestacional (14/06/2022 al 16/06/2022).

La parte actora ofreció prueba testimonial. Durante la segunda audiencia realizada el día 17/02/2025 depuso en primer lugar la Lic. Alicia Juárez Carrizo. Luego de reconocer la autenticidad de su firma y sello en la historia clínica ya referenciada, relata que conoce a la actora porque *“pide cesión inicial psicoterapéutica en el año 2017 por ciertos síntomas que la comprometían psico-emocionalmente para sus labores cotidianas. En ese momento síntomas compatibles con ansiedad, sumado a algunas situaciones de insomnio, palpitaciones, que la llevan a iniciar un proceso psicoterapéutico”*. Preguntada a qué se debían estos síntomas, explica que *“ello hacía a su vida privada y personal y otros tenían que ver con el diagnóstico de artritis reumatoidea con ciertas dificultades institucionales para prever o poder sostener su tratamiento”*. Aclara que *“fue una paciente muy regular, de no faltar a sus sesiones, comienza en el 2017 y deja su terapia dos meses antes de irse del país. Deja su tratamiento en septiembre, octubre de 2024”*.

A continuación prestó declaración la Dra. Claudia Petros, quien también reconoció la autenticidad de la historia clínica obrante en autos. Preguntada cómo conoce a la actora, cuenta que: *“Ella tomó una consulta médica en el año 2020. Yo soy médica tocoginecóloga especialista en alto riesgo, toma la consulta para hacerse controles, era una paciente que tenía 35 años al momento de la consulta, buscaba un embarazo pero tenía contraindicada todavía la búsqueda porque tenía una patología de base que es la artritis reumatoidea, con alta respuesta, activa por muchos momentos, entonces consumía medicación biológica que contraindica el embarazo porque es altamente teratogénico, entonces debía estar en un periodo de depuración de ese fármaco. Tiene muchos antecedentes familiares de riesgo oncológico y tiene además otros componentes de autoinmunidad y una reserva ovárica baja. Entonces se piden los estudios para hacer un tratamiento de fertilidad. Transcurrido el tiempo y mientras preparaba los papeles para hacer un tratamiento de fertilidad queda embarazada espontáneamente, y partir de ahí le empiezo a controlar el embarazo, que por todos sus antecedentes era de riesgo”*.

A la pregunta de qué medicación recetó a la actora durante su atención médica responde: *“Del control del embarazo normal, las vitaminas propias del embarazo, ácido fólico, T4 levotiroxina sódica por hipotiroidismo, ella venía con factor de riesgo alto porque tiene artritis reumatoidea, todas las enfermedades*

del colágeno tienen mucho riesgo de padecer afecciones relacionadas con los trastornos hipertensivos del embarazo, entonces también consumía aspirinas y a partir de entre las 28 y 30 semanas comenzó con valores de tensión arterial elevados, entonces consumía Betalol”.

Preguntada sobre la cobertura que Colmed le otorgaba a la medicación recetada dice: *“En Argentina el Plan Materno Infantil (PMI) está dentro del PMO (Plan Médico Obligatorio). Una obra social debe cubrir todo lo que requiere el embarazo si es de bajo riesgo y si es de alto riesgo. Yo desconozco cuál era la cobertura total que tenía el plan de la obra social, pero a ella le tendría que haber cubierto todo. Recuerdo que era muy engorroso para la paciente la cobertura de todo. Estamos hablando de una paciente con artritis reumatoidea en actividad, con una urticaria crónica, con muchos factores de riesgo, que además estaba hipertensa. No lo digo yo, está escrito en todos los protocolos mundiales de control del embarazo de alto riesgo, el seguimiento se debe hacer con ecografía seriada, doppler cada 15 días, en caso que esté hipertensa semanal inclusive, con monitoreos fetales. La verdad que hice un montón de historias clínicas, pedidos para que le autorizaran, porque era muy engorroso”.*

Preguntada cómo sabe que fue muy engorrosa la cobertura por parte de la obra social, afirma: *“Porque la paciente se acercaba a la secretaria todo el tiempo, para cada solicitud tenía que ir acompañada de un certificado, de una historia clínica, de una ampliación y no eran estudios de alta complejidad. Una ecografía es el único medio y el ‘gold standard’ para control de embarazo. Una paciente que tiene un trastorno hipertensivo del embarazo, con una artritis reumatoidea, con todo el riesgo que los resultados perinatales sean adversos, el control y la vigilancia fetal se hace con ECO y con doppler. Eso no es de alta complejidad”. Continúa diciendo que: “la paciente tenía que ir y volver múltiples veces al consultorio porque el pedido médico más la historia clínica muchas veces eran insuficientes, ampliar historias clínicas, resaltar porqué le tengo que pedir un doppler cada 15 días. No es que yo lo estoy solicitando, está en las guías de control que se utilizan a nivel mundial”.*

La parte demandada tacha a la testigo en sus dichos, anticipando que no haré lugar a la tacha formulada por los fundamentos que expondré más adelante.

Dejo aclarado que la actora relevó a las testigos del secreto profesional y del deber de confidencialidad, habilitando sus declaraciones.

Valoro en este punto la prueba pericial médica producida en autos (Cuaderno de Prueba A4). En el informe presentado en fecha 16/12/2024, el Dr. Lucas Esteban Carbonell, médico tocoginecólogo desinsaculado en autos, de acuerdo al análisis de la documentación aportada en este caso y de la historia clínica por parte de los médicos tratantes de la Sra. López Ana Lucia, expresa que: *“(…) la actora en un primer momento se encontraba bajo un cuadro clínico en el cual se necesitaba de la medicación correspondiente ahí detallada debido a que la misma tenía un diagnóstico de baja reserva ovárica, la misma debe ser tratada con dosis correspondiente a la misma ya que debe ser estimulada para una buena obtención de folículos y ante dicho diagnóstico los ciclos de estimulación deben ser realizados correctamente con la medicación y dosis correcta. Luego la actora, posterior al fracaso de ese primer ciclo de FIV, y antes de iniciar un nuevo ciclo presenta un embarazo espontáneo el cual es diagnosticado rápidamente por ecografía, la misma inicia sus controles correspondientes a un embarazo. A continuación, a los 7 días del mismo, según cuenta en la documentación aportada, presenta un episodio de ginecorragia (sangrado uterino) con lo cual se identifica como un embarazo de alto riesgo por los antecedentes de la actora (artritis reumatoidea, aborto espontáneo, baja reserva ovárica) se indica correctamente el tratamiento con progesterona siendo la misma una medicación específica para dicho cuadro. La misma cuenta en la cobertura del PMO y del PMI (...) Con respecto a los estudios solicitado en todo control prenatal (control de embarazo) está determinado la cantidad de los mismo y los exámenes complementarios que deben ser solicitados para un correcto control de toda la gesta, esto está determinado por la OMS (...)”. Luego de detallar los estudios y controles correspondientes al primero, segundo y tercer trimestre del embarazo, señala que: “Todo lo anteriormente expresado esta avalado a nivel mundial, por la OMS, para un mejor y correcto control de una paciente embarazada y los cuales están en el PMO (plan medico obligatorio) y PMI (plan materno infantil) (...). Concluye que: “Los estudios solicitados y la medicación indicada por la Dra. de la actora fueron correctos para un control completo y adecuado de su embarazo ya que se trataba de un embarazo de alto riesgo”.*

Cabe destacar que el informe pericial no fue objeto de impugnaciones ni aclaraciones por las partes, por lo que no existen motivos para apartarme de sus conclusiones.

Así, a partir de los elementos probatorios analizados ha quedado acreditado que la actora fue diagnosticada de artritis reumatoidea seropositiva poliarticular en el año 2019, y luego de ello recibió diagnóstico de infertilidad primaria y baja reserva ovárica, por lo que en el año 2020, frente a su búsqueda de un embarazo, se le indicó tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad. Que en el año 2021 sufrió un aborto espontáneo y luego de ello, logró - también de forma espontánea - un nuevo embarazo. Que en atención a sus antecedentes de salud se la considera paciente de alto riesgo obstétrico (ARO). Que durante este embarazo cursó cuadro de amenaza de aborto con ginecorragia que requirió tratamiento con progesterona y durante el último trimestre, un cuadro de hipertensión gestacional que fue atendido en el Instituto de Maternidad del SIPROSA por falta de cobertura de su prepaga. Que el 15/07/2022 dio a luz a su bebé por cesárea. También resulta corroborado que los estudios solicitados y la medicación indicada por su médica obstetra fueron correctos y adecuados para el control de un embarazo de alto riesgo.

Por otra parte, de la documental acompañada se desprende que la actora formuló numerosos reclamos a COLMED SRL mediante notas presentadas en fecha 09/12/2019, 21/09/2020 y 01/10/2020, por la falta de cobertura de análisis clínicos, de medicamentos indicados por su reumatólogo tratante, reintegro de conceptos afrontados de manera particular y cobertura del tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad, entre otros puntos. Asimismo, que en fecha 01/10/2020 presentó una "Solicitud para estudio de Alta Complejidad o práctica no nomencada" firmada por el Dr. Pablo Ramiro Maldonado, su médico reumatólogo tratante. Y en fecha 11/12/2020, nota dirigida al gerente de Colmed SRL solicitando autorización y cobertura de acuerdo al PMO del tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad indicado por la Dra. Rossana Chahla y respaldado por su médico reumatólogo.

En tanto, mediante carta documento de fecha 13/01/2021 (cuya autenticidad fue informada por Correo Andreani SA mediante nota agregada en fecha 13/01/2021 en Cuaderno de Prueba A1) intimó a la empresa accionada para que autorice la efectiva prestación del tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad, requerido oportunamente en fecha 11/12/2020 junto con la documentación respaldatoria, atento al "atraso infundado para cumplir con las obligaciones a su cargo".

La falta de respuesta a peticiones y reclamos motivaron que la actora interponga sendas denuncias ante la Dirección de Comercio Interior que se tramitaron mediante Expedientes N° 989-311-L-2020 y N° 194-311-L-2021, remitidos por dicha repartición en fecha 14/10/2024 en Cuaderno de Prueba A1. En el primer caso, mediante Resolución N° 1582-311-DCI-22 de fecha 13/06/2022 se impuso a Colmed SRL una sanción de apercibimiento por resultar acreditada la infracción al artículo 4 de la Ley de Defensa del Consumidor. En tanto, el Expediente N° 194-311-L-2021 fue archivado por la imposibilidad de determinar el domicilio de la denunciada para su notificación.

Paralelamente, en fecha 22/04/2020 la Sra. López presentó un reclamo ante la Superintendencia de Servicios de Salud (documental admitida en Cuaderno de Prueba A1) manifestando que "*En situación de pandemia COLMED SRL no reconoce receta virtual de mi medicación crónica forzando su transcripción en Sanatorio del Sur y posteriormente autorización presencial en su sede*" y que le solicitó auditorías presenciales mensuales y que sólo le cubría el 40% de los medicamentos que detalla. En fecha 17/06/2021 la asesora médica de la Subgerencia de Delegaciones de dicho organismo informa: "*Visto el informe de la doctora Roxana Carrizo 28/4/21, en respuesta a Ana Lucía López con Artritis reumatoidea e indicación de Leflunomida, ante la falta de cobertura de su Obra Social aduciendo la virtualidad de la receta, esta asesoría considera que la medicación debe ser cubierta al 70% y que la prescripción puede ser presentada mediante dispositivo tecnológico, enmarcado lo antedicho en la Ley 23661 y en las Resoluciones 310/04 y 626/20*".

Llegados a este punto, estimo pertinente recordar que las relaciones de consumo imponen al proveedor concretas obligaciones relativas a la modalidad de trato debido al consumidor. En efecto, el artículo 42 de la Constitución Nacional establece que: *“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo (...) a una información adecuada y veraz (...)”*. En esta misma línea el artículo 1.100 del CCyCN dice textualmente: *“El proveedor está obligado a suministrar información al consumidor en forma cierta y detallada, respecto de todo lo relacionado con las características esenciales de los bienes y servicios que provee, las condiciones de su comercialización y toda otra circunstancia relevante para el contrato. La información debe ser siempre gratuita para el consumidor y proporcionada con la claridad necesaria que permita su comprensión”*.

Por su parte, y como derivación de la manda constitucional, el artículo 4 de la Ley de Defensa del Consumidor (t.o ley 26.631) regula el derecho a la información en los siguientes términos: *“Información. El proveedor está obligado a suministrar al consumidor en forma cierta, clara y detallada todo lo relacionado con las características esenciales de los bienes y servicios que provee, y las condiciones de su comercialización. La información debe ser siempre gratuita para el consumidor y proporcionada con claridad necesaria que permita su comprensión”*.

La garantía referida constituye un verdadero principio general en materia de consumo y consagra un derecho subjetivo que tiene por finalidad la protección del consentimiento mismo del consumidor, tendiente a que pueda decidir de manera libre e informada la opción que más se adecúe a sus intereses o posibilidades. Es que el consumidor detenta en la relación de consumo una desigualdad genética, funcional, informativa y estructural, respecto de su contraparte negocial, el proveedor. El deber de información se erige como la herramienta más adecuada para propender razonablemente a un equilibrio entre partes naturalmente desiguales (Faliero, Johanna C. Colección Doctrina. Cita: MJ-DOC-17211-AR||MJD17211. 21-06-2023).

En cuanto a su contenido, la información debe ser cierta, clara y detallada. Una información cierta no sólo es verdadera, sino que no genera incertidumbre. La claridad, en cambio, se vincula con aquello que es inteligible o fácil de comprender. De su lado, la referencia a lo detallado se relaciona con la descripción minuciosa y circunstanciada que el productor debe hacer de las características de los bienes o servicios y del contrato en sí (Chamatropulos, Demetrio A, Estatuto del Consumidor comentado, t. I, 2ª ed., La Ley, Bs. As., 2019, pág. 325).

Dentro de este esquema, es al proveedor a quien le incumbe demostrar que ha cumplido con ese deber de información, en tanto una postura contraria impondría al consumidor el deber de probar un hecho negativo, circunstancia prohibida por el derecho (cfr. CSJT, sentencia n° 1608 de fecha 22/12/2022).

La accionada alega que los afiliados deben cumplir con los protocolos administrativos, en especial cuando son tratamientos especiales y/o medicamentos crónicos o de alto costo. Reconoce que durante la época de pandemia, en especial desde marzo de 2020 hasta fines de ese año, fue muy difícil ajustarse a los tiempos duros que había e implementar todos los protocolos y prácticas digitales, pero eso no significó, en momento alguno, que no se le haya brindado las prestaciones que requería, y que era la actora la que no presentaba en Colmed las órdenes para las respectivas autorizaciones.

Sin embargo, no aportó ningún elemento de convicción que permita tener por acreditado la verdad de sus alegaciones y que brindó a la actora la cobertura de salud a la que se encontraba legalmente obligada, limitándose a acompañar capturas de pantalla de su sistema informático. Tampoco acreditó haberle informado de manera cierta, clara y detallada sobre la procedencia - o no - de las prestaciones médicas solicitadas o sobre los trámites y procedimientos administrativos que afirma que la afiliada tenía que cumplir para obtener las autorizaciones de estudios y medicamentos que su condición de salud requería. Mucho menos, haberle dado respuesta suficiente y oportuna a los

reiterados reclamos que la actora hacía por distintos canales.

Con razón se ha dicho que “... estando de por medio una relación consumeril, el principio de las cargas dinámicas es llevado a su máxima expresión. El proveedor tiene una obligación legal que consiste en colaborar con el esclarecimiento de la situación litigiosa. En consecuencia, todo silencio, reticencia o actitud omisiva, se constituirá en una pauta que afectará dicha obligación legal, con la consecuente presunción de certeza sobre la versión que sustenta la pretensión del consumidor”. (cfr. Junyent Bas, Francisco - Del Cerro, Candelaria, Aspectos procesales en la ley de defensa del consumidor, La Ley 2010-C, 1281).

Y también que la demandada, no sólo por encontrarse en mejores condiciones de hacerlo, sino también porque la legislación vigente le impone un rol activo, tanto en el aporte como en la producción de aquellas pruebas que se encuentren dentro de su alcance, que ayuden a esclarecer la controversia, no puede válidamente escudarse en una mera negativa genérica de los hechos denunciados por la actora (cfr. Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Familia y Minería - General Roca, sentencia N° 14 del 27/03/2023, Expte. RO-10732-C-0000, Polich Enrique Alberto C/ Swiss Medical S.A. s/ Sumarisimo - Defensa Del Consumidor).

No escapa a esta proveyente las dificultades que la pandemia de COVID19, declarada en marzo de 2020, trajo aparejada en el normal desenvolvimiento de la vida cotidiana de las personas y de las empresas. Sin embargo, correspondía a la prestadora del servicio de salud arbitrar los mecanismos que posibiliten al afiliado acceder de manera lo más ágil y simple posible a la cobertura de las prestaciones médicas asistenciales a las que tenía derecho, no pudiendo bajo ningún punto de vista tales dificultades ser trasladadas o perjudicar a la actora/consumidora, achacándole omisiones o negligencias que por lo demás, no han sido acreditadas, máxime en pacientes como la actora.

Paralelamente, los consumidores tienen derecho en las relaciones de consumo a condiciones de trato equitativo y digno. Al igual que el deber de información, el deber de trato digno tiene su raíz en el art. 42 de nuestra Carta Magna y se encuentra plasmado normativamente en el art. 1098 del CCyCN según el cual “Los proveedores deben dar a los consumidores un trato equitativo y no discriminatorio” y en el art. 8 bis de la Ley 24.240 que establece que los proveedores deberán garantizar condiciones de atención y trato digno y equitativo a los consumidores y usuarios, absteniéndose de desplegar conductas que los coloquen en situaciones vergonzantes, vejatorias o intimidatorias.

En el presente caso, el trato indigno y las prácticas abusivas en las que incurrió Colmed SRL en relación a la actora se evidencian en el relato de los hechos y en las pruebas rendidas en autos, sumado a la absoluta falta de prueba en sentido contrario aportada por la accionada.

Sobre el particular, la Sra. Agente Fiscal (dictamen agregado en fecha 26/02/2025), en opinión que comparto, señala: “(...) la flagrante violación del art. 8 bis de la LDC se constata en: i) Las reiteradas 2 / 5 ocasiones en las que la actora debió concurrir en forma presencial a la sede de la demandada a petitionar la cobertura que sus médicos tratantes le recetaban; ii) Las veces que tuvo que requerir la cobertura de su tratamiento reproductivo (reconocido y garantizado por la Ley 26682); iii) La constante falta de respuesta o las respuestas evasivas; iv) En la absoluta falta de interés en la resolución de conflicto en sede administrativa; v) En el trato brindado en forma presencial; etc.”

Finalmente, no debe perderse de vista que en la relación entre el afiliado y la empresa prestadora de servicios de salud no sólo está en juego el derecho de los consumidores, sino que también pueden resultar afectados derechos que cuentan con especial protección constitucional: el derecho a la vida y a la salud. En efecto, el afiliado a una empresa de medicina prepaga no es sólo un consumidor sino que, antes de ello, es beneficiario de un sistema de salud, circunstancia que no puede ser soslayada y que autoriza a valorar la conducta de la empresa accionada con mayor rigor.

La accionada asegura que para medicamentos crónicos se solicitan formularios que no son caprichosos de su parte sino conforme a las directivas y pautas fijadas por la Superintendencia de Salud en la Resolución 310/2004. Que el tratamiento de fertilidad requerido por la actora también debe seguir un procedimiento que está marcado por la Ley 26.862 y su decreto reglamentario N° 956/2013. Precisa que todas las prestaciones que requieren los afiliados, en especial las crónicas, las de largo tratamiento, las de tratamiento muy costosas, internaciones, etc, son autorizadas previo control de su cuerpo médico de auditores.

No resulta irrazonable o contrario a derecho que la empresa prestadora de salud exija a sus afiliados el cumplimiento de ciertos requisitos y procedimientos para acceder a la cobertura de las diferentes prestaciones. Sin embargo, no puede admitirse bajo ningún punto de vista que las autorizaciones queden sujetas a auditorías extensas o procesos burocráticos innecesarios, en desmedro de la salud de los afiliados, en particular cuando se trata de enfermedades crónicas o de tratamientos en los que se deben respetar los esquemas terapéuticos indicados por los médicos tratantes.

Nótese que en el caso de la actora, el Centro de Medicina Reproductiva "Reproducir" en informe de fecha 06/12/2021 suscripto por la médica tocoginecóloga Delgado M. Cecilia solicita expresamente: *"respetar el esquema de dosis indicado para la paciente por diagnóstico de baja reserva ovárica, debido a que en el tratamiento anterior hubo que modificar la dosis diaria porque no se le entregó a la paciente la medicación con el esquema requerido para baja respondedora"*. En tanto, en informe de fecha 26/10/2020 firmado por las Dras. Delgado y Rossana Chahla, sobre el tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad indicado a la actora advierte: *"... se sugiere realizar el mismo en la máxima brevedad posible por el diagnóstico mencionado y por encontrarse la paciente sin tratamiento para su patología de base por la toxicidad de la misma para el embarazo"*. (según prueba documental cuya autenticidad fue reconocida en presentación de fecha 19/11/2024 en Cuaderno de Prueba A1)

Por lo demás, no advierto que la Resolución N° 310/2024 imponga a los afiliados la observancia de trámite alguno para acceder a la cobertura de medicamentos, por el contrario, amplía la cobertura sobre el precio de referencia de los medicamentos con el fin de mejorar la accesibilidad económica de los beneficiarios, en particular respecto de patologías crónicas, en el entendimiento que "los beneficiarios del Sistema al observar el cumplimiento de los tratamientos indicados evitarán las complicaciones propias del abandono de los mismos, constituyendo una medida sanitaria que mejora la accesibilidad de los beneficiarios y evita los gastos generados por el incumplimiento terapéutico para los Agentes del Seguro".

Tampoco lo hace el Decreto N° 956/2013, reglamentario de la Ley N° 26.862, que sólo impone a la persona que requiera la aplicación de técnicas de reproducción médicamente asistida, la obligación de prestar el consentimiento informado antes del inicio de cada una de ellas.

A la luz de lo expuesto, considero que el incumplimiento a los deberes de información y trato digno que se configuró en el presente caso, se erige como una infracción a una obligación legal en el marco de la relación de consumo que vincula a las partes (Art. 4, 8 bis y 10 bis LDC) y constituye, a su vez, un hecho antijurídico generador de responsabilidad en cabeza de la empresa accionada, en virtud del cual deberá responder por los perjuicios ocasionados a la actora, con los alcances que serán analizados más adelante.

5. Tacha.

Me abocaré en este punto a analizar la tacha formulada por la parte demandada a la testigo Claudia Petros en sus dichos. Arguye que los dichos de la testigo no han sido vividos ni apreciados en forma directa por ella. Por ejemplo, dijo que fue engorrosa su cobertura, no querían autorizar nada, pero todos los datos que la testigo ha expuesto han sido porque ha escuchado de terceras personas, pero ella de manera directa no las ha vivenciado. Por lo tanto sus dichos son inficiciosos.

Expresa que tiene dudas de que la testigo es de complacencia porque a pesar del tiempo transcurrido se acuerda en forma muy detallada situaciones y hechos que llaman la atención al ser una médica reconocida en el medio y los numerosos pacientes que atiende día a día. Sostiene que sin duda, es una testigo que estaba preparada para esta situación y pierde objetividad su declaración.

Corrido el traslado, la parte actora lo contesta, negando que los dichos de la testigo sean infociosos. Sostiene que no es una testigo de oídas sino que tiene un conocimiento de los hechos de primera mano, que su conocimiento es consecuencia del tratamiento y de la atención médica que brindaba. Considera que tener un conocimiento detallado de los hechos no quiere decir que sea una testigo de complacencia y que además cuenta con la historia clínica que ella misma lleva y que podría haber consultado con anterioridad, incluso se le ha mostrado documentación referente a la atención médica prestada a la actora.

Para decidir sobre este punto pondero que la testigo ha declarado a partir del conocimiento que como médica tratante tiene de su paciente y de las vicisitudes experimentadas por ella a lo largo de su tratamiento, contestando con claridad y coherencia todas las preguntas, aclaratorias y repreguntas que le formularon las partes y esta proveyente durante la audiencia. A su vez, su declaración es coincidente con otros elementos de prueba obrantes en la causa.

No resulta reprochable que la testigo se haya preparado para prestar declaración por ejemplo, repasando la historia clínica de su paciente, hablando con su secretaria o incluso consultando la documental obrante en este expediente, de tal manera de rememorar (traer a la memoria eventos, experiencias o momentos pasados) los hechos que ha relatado, pero no advierto que tal proceder me permita calificarla como un testigo de favor o de complacencia.

Es cierto que su calificación de "engorrosos" de los trámites que tenía que hacer la actora puede ser una valoración personal. Pero no es menos cierto, que tal apreciación pudo devenir de las numerosas veces que tuvo que emitir certificados, informes e historias clínicas que la paciente le pedía para presentar en la empresa de medicina prepaga a la que era afiliada.

En consecuencia y tal como lo adelanté, la tacha formulada por la accionada no será admitida.

6. Rubros indemnizatorios.

6. a) Daño emergente.

La actora demanda la suma de \$49.511,19 en concepto de daño directo correspondiente a gastos de estudios médicos y medicamentos no cubiertos por Colmed SRL, desde el momento de cada una de las erogaciones realizadas y hasta su efectivo pago, detallando los ítems que componen el rubro. Acompaña órdenes médicas y facturas correspondientes a medicamentos y estudios médicos.

De la compulsas de la documental obrante en autos (Cuaderno de Prueba A1), tengo que los medicamentos y estudios médicos que la actora manifiesta han sido afrontados por ella por falta de cobertura, se corresponden con sus antecedentes médicos, tratamientos, medicación, estudios, etc. prescritos por sus médicos tratantes, los que han sido suficientemente acreditados en el presente proceso.

Para impugnar la procedencia del rubro, la parte demandada se limita a desconocer la documentación presentada por la actora y sostiene que todos los gastos realizados fueron por su propia voluntad ya que no presentó en las oficinas de Colmed las órdenes ni los pedidos médicos para su respectiva autorización. Sin embargo, no aporta ningún elemento de convicción a fin de probar la verdad de sus alegaciones, estando en mejores condiciones de hacerlo, creando un fuerte

indicio a favor de la verosimilitud de los hechos invocados por la accionante, esto es, que Colmed no le autorizó los medicamentos y estudios médicos prescritos para ella y su bebé, a cuya cobertura estaba legal y contractualmente obligada.

Contrariamente a lo sostenido por Colmed, las facturas presentadas por la actora como prueba documental, están acompañadas por los pedidos médicos que las avalan. A título ejemplificativo, tengo que las facturas B N° 3-4777 de fecha 13/10/2020 y B N° 3-4900 de fecha 27/10/2020 de Biomed Noa SRL, por dosaje leflunomida por la suma de \$1.330 cada una, corresponden al pedido realizado por el Dr. Pablo Ramiro Maldonado, médico reumatólogo de la actora, de fecha 01/10/2020 donde indica “Leflunomidemia 2 determinaciones separadas por 14 días”. El tiquet factura B N° 343-24577 de fecha 14/01/2022 de Farmacia del Pueblo Barrio Norte, se corresponde con la receta realizada por la Dra. Claudia Petros, tocoginecóloga, en formulario de Colmed en el cual advierto además se lee: “Plan Materno Vto. 05/08/2022”.

Tengo presente en este punto las disposiciones del Programa Médico Obligatorio (aprobado por Resolución N° 201/2002, sus ampliaciones, modificaciones y Anexos), que establece el conjunto de prestaciones básicas esenciales que los agentes del seguro de salud deben prestar a sus beneficiarios, y formando parte de éste, el Plan Materno Infantil (PMI) (incluido en el Anexo I de la Resolución N° 201/2002 del PMO) que prevé la cobertura de consultas, estudios de diagnóstico relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, incluyen controles prenatales, ecografías, análisis, psicoprofilaxis obstétrica y medicamentos relacionados con el embarazo y el parto, con cobertura al 100%, a partir del momento del diagnóstico del embarazo y hasta el primer mes luego del nacimiento del bebé; así como la atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad con cobertura al 100%, tanto en internación como en ambulatorio, en estudios para la detección de enfermedades, vacunas, consultas de seguimiento y control, medicación y leche medicamentosa.

Por su parte, en virtud de las disposiciones de la Ley N° 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida y su decreto reglamentario N° 956/13, las obras sociales y empresas de medicina prepaga deben cubrir en un 100% los tratamientos de reproducción asistida, incluyendo diagnósticos, medicamentos, terapias de apoyo y procedimientos asociados.

A la luz de lo expuesto, estimo justo y razonable hacer lugar al presente rubro por el importe de \$49.511,19 correspondiente a los gastos de medicamentos y estudios médicos afrontados por la actora, detallados en su escrito de ampliación de demanda (07/08/2024), suma a la que deberá adicionarse el interés correspondiente a la tasa activa cartera general (préstamos) nominal anual vencida a treinta días del Banco de la Nación Argentina desde la fecha de cada pago y hasta su efectiva devolución.

6.b) Daño Moral.

La accionante reclama por este concepto la suma de \$2.500.000 en atención al detrato sufrido en una etapa crucial de su vida y de vulnerabilidad como es el embarazo, en la etapa previa y después del parto, que afectó sobremanera su estado de ánimo y le generó una constante preocupación. Cita jurisprudencia que estima aplicable al caso.

El daño moral ha sido definido como cualquier lesión a los sentimientos o afecciones legítimas de una persona, o cuando se le ocasionan perjuicios que se traducen en padecimientos físicos o, en fin, cuando de una manera u otra se han perturbado la tranquilidad y el ritmo normal de vida del damnificado. Se ha dicho en tal sentido que el daño moral consiste “no sólo en el dolor, padecimiento o sufrimiento espiritual del individuo”, sino también en la privación de momentos de satisfacción y felicidad en la vida del damnificado -víctima o reclamante- y que en definitiva influyen negativamente en la calidad de vida de las personas” (Highton, Elena I. - Gregorio, Carlos G. - Álvarez, Gladys S. “Cuantificación de Daños Personales.” R. D. P. y C. 21, Derecho y Economía, pág. 127).

La Jurisprudencia se ha manifestado en el sentido que: *“Para que se configure el daño moral debe mediar una lesión a los sentimientos o afecciones legítimas, perturbándose la tranquilidad y el ritmo normal de vida, por lo que representa una alteración desfavorable en las capacidades de una persona para sentir, querer y entender. Todo ello se traduce en un modo de estar diferente -y peor- de aquél en que se hallaba antes del hecho; el daño moral es el conjunto de sinsabores, angustias, pesares, sufrimientos, etc. que el hecho ilícito provocó en el damnificado (Zavala de González Matilde, “Resarcimiento de daños”, t.2 b, p.593 y ss.); son alteraciones emocionales profundas e íntimas y si bien es cierto que nadie puede indagar en el alma de otra persona con certeza y profundidad como aseverar la existencia, y en su caso, la intensidad de los padecimientos y angustias, éstos pueden ser presumidos o inferidos por el Juez de modo indirecto según el curso natural y ordinario de las cosas, conforme a las probanzas de los hechos y las circunstancias del caso”.* (Cámara Civil y Comercial Común - Sala 3, Sentencia N° 311 de fecha 27/05/2015).

En el presente caso no cabe duda que la conducta desplegada por COLMED SRL, reñida con el deber de información y trato digno, ha debido razonablemente afectar a la actora en su tranquilidad de espíritu y su cotidianidad, perturbando su estado de ánimo y agravando injustificadamente su cuadro de ansiedad, depresión y angustia (acreditado en autos). Tal situación provocó que la Sra. López se viera obligada a acudir en dos oportunidades a la instancia administrativa de conciliación ante la Dirección de Comercio Interior y luego a una instancia prejudicial obligatoria, las cuales concluyeron sin acuerdo, para finalmente tener que instar el presente proceso judicial buscando el reconocimiento de sus derechos como consumidora y como afiliada.

No debe pasar inadvertido que estamos en presencia de un servicio que se vincula directamente con el derecho humano a la salud, el cual guarda a su vez íntima relación con el derecho a la vida reconocido y garantizado por la Constitución Nacional y por los tratados internacionales que tiene tal jerarquía, que incluye el derecho a la salud reproductiva regulada por la Ley 26.682.

En este contexto, pondero especialmente el cuadro clínico de la actora afectada por una enfermedad crónica, su expresado deseo de ser madre, sus dificultades para engendrar y su calificación de paciente de Alto Riesgo Obstétrico, y frente a ello, resulta incuestionable que la conducta negligente y desaprensiva asumida por la empresa de salud demandada colocó a la actora en una situación de vulnerabilidad derivada de la falta de respuesta concreta y oportuna a sus problemas, susceptible de provocarle una afección espiritual ilegítima que debe ser indemnizada. Se trata de una prueba in re ipsa, pues el sufrimiento se deriva de los propios hechos.

Tengo presente que al momento de prestar declaración de parte durante la segunda audiencia realizada en fecha 17/02/2025 remarcó que: *“... el trato indigno me generó esta situación de angustia e impotencia permanente, me ha impactado desde el punto de vista personal, tanto en lo físico como en lo emocional ... y ha repercutido en mis afectos, en mi familia y en mi pareja, sobre todo en el embarazo de alto riesgo...”*.

En lo que refiere a la determinación del monto del daño moral, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha fijado algunas pautas generales de cuantificación: (i) el rubro tiene carácter resarcitorio e incluye las angustias, inquietudes, miedos, padecimientos y tristeza propios de la situación vivida; (ii) su fijación debe tener en cuenta la índole del hecho generador de responsabilidad, la entidad del sufrimiento causado y no tiene necesariamente que guardar relación con el daño material; (iii) la tarea del juez es darle a la víctima la posibilidad de procurarse satisfacciones equivalentes a lo que ha perdido; (iv) se reconoce que el dinero es un factor inadecuado de reparación pero es un medio de obtener satisfacción, goces y distracciones para reestablecer el equilibrio en los bienes extrapatrimoniales; (v) la dificultad en calcular los dolores no impide apreciarlos en su intensidad y grado (CSJN, en “Baeza”, Sent. del 12/04/2011, Fallos 334:376; y en similar sentido se ha expedido la corte local, en “Díaz”, Sent. 1076 del 06/08/2018).

En consecuencia, haré lugar al presente rubro por \$2.000.000, suma que devengará un interés a la tasa pura anual del 8%, a calcularse desde el 05/04/2023 - fecha de inicio del presente proceso - hasta la fecha

de este pronunciamiento en que dicha cuantía ha sido fijada; y desde entonces hasta el efectivo pago, se aplicará la tasa activa cartera general de préstamos del Banco de la Nación Argentina.

6.c) Daño Punitivo.

La actora reclama la aplicación a la empresa accionada de una multa civil a su favor equivalente a 8 canastas básicas, teniendo en cuenta el incumplimiento deliberado de sus obligaciones asumidas y la naturaleza de las prestaciones omitidas.

Estimo útil recordar que el daño punitivo se encuentra receptado en nuestro ordenamiento jurídico en el artículo 52 bis de la Ley de Defensa del Consumidor el cual preceptúa: *“Al proveedor que no cumpla sus obligaciones legales o contractuales con el consumidor, a instancia del damnificado, el juez podrá aplicar una multa civil a favor del consumidor, la que se graduará en función de la gravedad del hecho y demás circunstancias del caso, independientemente de otras indemnizaciones que correspondan. Cuando más de un proveedor sea responsable del incumplimiento responderán todos solidariamente ante el consumidor, sin perjuicio de las acciones de regreso que les correspondan. La multa civil que se imponga no podrá superar el máximo de la sanción de multa prevista en el artículo 47, inciso b) de esta ley”*.

El instituto bajo análisis se trata de una suma de dinero que excede la reparación del daño sufrido y cuya función es sancionar conductas graves y con impacto social que lesionan los derechos de los consumidores. Al mismo tiempo, esa multa civil posee una función preventiva toda vez que genera incentivos económicos suficientes en el infractor para, por un lado, disuadirlo de incurrir en conductas perjudiciales similares y, por el otro, desalentar su incumplimiento eficiente de normas. En este último aspecto, procura que para el proveedor no resulte más conveniente, en términos económicos, reparar que evitar el daño. Finalmente, el daño punitivo busca que el impacto de ese efecto disuasivo se extienda a otros agentes de modo tal que se abstengan de incurrir en la conducta socialmente no deseada. (cfr. CNCom. - Sala B, “Lario Celeste Solange c/Gol Linhas Aereas SA y Otro s/Sumarísimo”, sentencia N.º 41 del 16/02/2024).

De los hechos y la prueba analizada en la presente sentencia surge con suma claridad la violación por parte de la accionada de los deberes de información y trato digno impuestos por la Ley N° 24.240 de Defensa del Consumidor y de los derechos garantizados por la Ley N° 26.682 de Medicina Prepaga y por la Ley N° 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida, quien ha desplegado una conducta negligente y deliberada que evidencia un claro desinterés por los derechos de la actora - consumidora y usuaria del servicio de medicina prepaga - que justifican la procedencia de una multa civil sancionatoria, ejemplificadora, de finalidad preventiva y disuasiva.

En tal sentido la Sra. Agente Fiscal ha dicho en su dictamen (26/02/2025): *“A mi modo de ver en autos ha quedado debidamente acreditado el trato indigno y las prácticas abusivas en las que incurrió COLMED SRL para con la actora. Ello se evidencia no sólo en el relato de los hechos brindado por cada una de las partes, sino también en la documental acompañada en el libelo inicial y en las pruebas rendidas en autos”. Observa en particular: “(...) el incumplimiento de disposiciones de carácter contractual y legal por parte de la accionada, las cuales derivaron en un inaceptable trato indigno para la Sra. López (...) y la flagrante violación del art. 8 bis de la LDC (...)”. Y agrega: “(...) Lo señalado adquiere mayor relevancia si se tiene en cuenta que en la presente acción el bien jurídico tutelado es la salud (reproductiva, además) de la actora; derecho garantizado y protegido por la Constitución Nacional en el art. 42 y por la Ley 26.682. En esta línea se sostuvo que: ‘se tiene presente que lo que se trata es de proteger garantías constitucionales prevalecientes, como la salud, vinculada estrecha y directamente con el derecho primordial a la vida, sin el cual todos los demás carecen de virtualidad y eficacia. Este derecho a la vida, que involucra el de la salud, la dignidad humana y el bienestar común, se encuentra implícitamente reconocido en el art. 33, Constitución Nacional () En este sentido, se debe tener presente que cuando están en juego el derecho a la vida o a la salud e integridad física de una persona, las instituciones que integran el sistema nacional de salud deben extremar al máximo los servicios que proporcionan a fin de lograr la recuperación del paciente, incluso más allá de las exigencias del PMO, dado que éste fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que se deben 3 / 5 garantizar (piso prestacional), que no puede derivar en una afectación del derecho a la vida y a la salud de las personas. A ello sumo, que resulta necesario tener como principio rector la calidad de vida del paciente. Las personas tienen el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, no pudiendo negarse*

el acceso al tratamiento aconsejado por su médico tratante' (STJ, Río Negro; "Fernández, Julio vs. Medicus S.A. s. Amparo – Apelación" sentencia de fecha 22/06/2020; Rubinzal Online; RC J 3734/20)".

Concluye expresando que: "(...) A las vulneraciones normativas y contractuales, elemento objetivo de la multa civil que regula el Art. 52 bis de la LDC, cabe adicionar el elemento subjetivo que, en la especie, se configura por cuanto la conducta de la accionada no luce como negligencia excepcional, sino como acto ejecutado a sabiendas con evidente desprecio a los derechos de la usuaria. Corresponde, por ende, la aplicación del daño punitivo peticionado (...)"

A lo expresado en dicho dictamen, el cual comparto plenamente, debo considerar la especial vulnerabilidad de la actora consumidora. Así la Resolución 139/2020 del Ministerio de Desarrollo Productivo, ha considerado: " *Que, no obstante, la vulnerabilidad estructural de todos los consumidores en el mercado, algunos de ellos pueden encontrar agravada su situación en razón de su edad, género, condición psicofísica, nacionalidad, entre otras, lo que obliga a la adopción de medidas de tutela diferenciada sobre estos sujetos.*"

Así, en su artículo 1º considera consumidores hipervulnerables, a aquellos consumidores que sean personas humanas y que se encuentren en otras situaciones de vulnerabilidad en razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, que provoquen especiales dificultades para ejercer con plenitud sus derechos como consumidores.

En el caso, la actora debe ser considerada con doble factor de hipervulnerabilidad: su género y su estado físico afectado por una enfermedad que asimismo, debía ser especialmente considerada en la gestación materna.

En lo tocante al quantum de la multa tengo en consideración como pautas orientadoras: a) la índole y gravedad de la falta cometida; b) la actitud desinteresada asumida obligando al consumidor a recurrir a las instancias administrativas y pre-judicial y luego a tener que iniciar este proceso judicial para el reconocimiento de los derechos que entiende vulnerados; c) el desequilibrio evidenciado entre las partes de la relación; d) el mayor rigor con que debe ser valorada la conducta antijurídica de la empresa demandada, atento a su posición dominante, profesionalidad y experiencia; e) la envergadura y caudal económico de ésta, parámetro éste que asume particular relevancia en el caso a efectos de posibilitar el cabal cumplimiento de la finalidad disuasiva a la que se encuentra encaminado el instituto (cfr. criterio sentado por la CSJT en sentencia N.º 1896 del 11/12/18); f) la posibilidad de que la conducta antijurídica constatada en el proceso se repita en relación a potenciales consumidores en idénticas o similares condiciones a las del actor y g) la especial doble vulnerabilidad de la actora.

El monto de la multa será determinado de conformidad a las disposiciones del art. 52 bis y art. 47 inciso b) de la Ley 24.240 (con las modificaciones de la Ley N.º 27.701) y según el criterio sustentado por la Excma. Cámara del fuero, Sala 1, en sentencia N.º 250 de fecha 27/05/2024.

Por lo expuesto, declararé la procedencia del rubro, condenando a la demandada a abonar a la actora en concepto de daño punitivo el monto equivalente a 10 (diez) Canastas Básicas totales para el Hogar 3 del INDEC, al valor vigente a la fecha de su efectivo pago.

7. Costas. Las costas serán impuestas a COLMED SRL en su totalidad, en razón del principio objetivo de la derrota (art. 61 CPCyC).

8. Honorarios. Difiero su pronunciamiento para ulterior oportunidad.

Por ello,

RESUELVO:

1) HACER LUGAR a la demanda promovida por Ana Lucía López, DNI 31.588.383, en contra de COLMED SRL, CUIT 30-70709426-1, en razón de lo considerado. En consecuencia, **CONDENAR** a

COLMEDO SRL a abonar a la actora las siguientes sumas: **a)** \$49.511,19 (pesos cuarenta y nueve mil quinientos once con 19/100) en concepto de daño emergente, **b)** \$2.000.000 (pesos dos millones) en concepto de daño moral; **c)** el importe equivalente a 10(diez) canastas totales para el hogar 3 que publica el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC) al valor vigente a la fecha del efectivo pago, en concepto de daño punitivo. Todo ello en el término de diez (10) días de quedar firme la presente, con más los intereses a calcularse en la forma considerada.

2) COSTAS a la parte demandada, conforme se considera.

3) DIFERIR pronunciamiento de honorarios para su oportunidad.

HÁGASE SABER.MEH1390/23

FDO. DRA. MARÍA FLORENCIA GUTIÉRREZ

- JUEZA -

Actuación firmada en fecha 02/06/2025

Certificado digital:

CN=GUTIERREZ Maria Florencia, C=AR, SERIALNUMBER=CUIL 27232397050

La autenticidad e integridad del texto puede ser comprobada en el sitio oficial del Poder Judicial de Tucumán <https://www.justucuman.gov.ar>.