

| | |
|--|-----------|
| | Documento |
|--|-----------|

Voces: ACCION DE AMPARO ~ ANCIANO ~ COBERTURA MEDICA ~ DERECHO A LA SALUD ~ GERIATRICO ~ OBRAS SOCIALES ~ PERSONA CON DISCAPACIDAD

Tribunal: Cámara Federal de Apelaciones de La Plata, sala II(CFedLaPlata)(SalaII)

Fecha: 05/10/2021

Partes: M., R. C c. Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad (IOSFA) s/ Amparo Ley 16.986

Publicado en: LA LEY 10/11/2021, 10

Cita: TR LALEY AR/JUR/153074/2021

Sumarios:

- 1 . La protección de la salud del actor debe ser garantizada, siendo en este caso la demandada la obligada a cubrir la internación en la institución geriátrica requerida. Ello así, al entender que la demandada, lejos de brindar argumentos tendientes a desvirtuar o dejar sin efecto lo resuelto por el juez, o dar una solución al planteo de su afiliado, insiste en que no debe dar cobertura al servicio de geriatría, al no encontrarse contemplado en la normativa. Por otra parte, en ningún momento del proceso ofreció alternativa alguna entre sus prestadores —propios o contratados al efecto— ni acreditó la exorbitancia del lugar donde se encuentra el afiliado.
- 2 . Ha de tenerse en cuenta el estado de salud del amparista —discapacidad— y la avanzada edad que presenta, como así también la orientación prestacional establecida en el Certificado de Discapacidad y conclusiones del equipo interdisciplinario. Sumado a ello, cabe valorar que la internación de aquel en la institución geriátrica se viene prolongando en el tiempo, de lo que se infiere la inconveniencia de un eventual traslado, en atención a la adaptación que se ha alcanzado y el grado de dependencia que presenta.
- 3 . La no adhesión por parte de la demandada al sistema de las leyes 23.660, 23.661 y 24.901 no determina que le resulte ajena la carga de adoptar las medidas razonables a su alcance para lograr la realización plena de los derechos de las personas con discapacidad beneficiarias de la seguridad social, con el alcance integral que estatuye la normativa tutelar en la materia.
- 4 . En ciertos supuestos, sea que se acrediten especiales circunstancias que lo justifiquen o cuando el agente de salud no tuviese entre sus prestadores profesionales idóneos o instituciones adecuadas para la atención de sus afiliados, es posible admitir excepciones al principio general, pudiéndose disponer una cobertura integral con prestadores ajenos a la obra social.
- 5 . Es imprescindible la vía del amparo para la salvaguarda del derecho fundamental de la vida y de la salud.
- 6 . Resulta imperativo que se garanticen medidas efectivas y personalizadas de apoyo, máxime cuando el actor es una persona en situación de múltiple vulnerabilidad por su condición de adulto mayor y de persona con discapacidad —art. 75, inc. 23, Constitución Nacional—; de lo que se desprende que sus derechos deben ser objeto de una protección especial.

Texto Completo:

Expte. N° FLP 122907/2018

2ª Instancia.- La Plata, octubre 5 de 2021.

I. Antecedentes del caso.

1. Ante todo, cabe recordar que la presente acción de amparo fue iniciada el 16/10/2018 por S. D. V. M., en representación de su progenitor R. C. M., contra el Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad (IOSFA), en su carácter de afiliado número ..., con el objeto de que se ordene la cobertura integral del 100% de la prestación de internación geriátrica en la residencia “Los Pinos”, lugar donde reside desde el mes de diciembre de 2015, debido a la imposibilidad de permanecer en su domicilio por los problemas de salud que lo aquejan.

Explicó que el señor R. C. M. poseía certificado de discapacidad expedido por el Ministerio de Salud de la

Provincia de Buenos Aires y que el costo mensual de la residencia era de \$36.000. Sin embargo, manifestó que la Asistencia Social Geriátrica le había autorizado en septiembre de 2018 la suma de \$27.885,33, aclarando que la diferencia entre el costo mensual y la suma que le reconocía la obra social la abonaba de su peculio, situación que le resultaba insostenible dada su condición de jubilado. También señaló que el valor de la internación que se proyectaba desde el mes de febrero de 2019 era de \$42.000.

Finalmente, solicitó una medida cautelar, fundó su derecho, ofreció prueba y solicitó que oportunamente se haga lugar a la acción con expresa imposición de costas.

2. Por decisión de este Tribunal del día 16/05/2019 se confirmó la resolución de primera instancia que dispuso hacer lugar a la medida cautelar solicitada y ordenar al Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y Seguridad (IOSFA) asegurar y efectivizar el 100% de la cobertura de la internación geriátrica en la institución “Los Pinos” hasta tanto se resuelva el fondo del asunto.

3. Luego, el día 03/03/2020, la accionada presentó el informe circunstanciado del art. 8 de la ley 16.986. Sostuvo que en el caso de autos la conducta de la demandada fue correcta y acorde a la normativa del Instituto, no existiendo negativa de su parte ya que el familiar responsable había solicitado un subsidio por internación geriátrica a fin de afrontar una parte del monto mensual de dicha prestación social y que ella se otorgó y renovó durante varios años, de acuerdo a la normativa vigente.

Por ello, expresó que el amparista no había acreditado la existencia de arbitrariedad y/o ilegalidad en el accionar de la demandada, siendo que ella no estaba obligada a cubrir el 100% de la internación geriátrica y que al momento de intentar la demanda cubría el 77,46% del monto de la prestación, sin que pueda disponerse la cobertura de prestaciones en forma genérica y sin basamento probatorio.

Afirmó que la cobertura integral de la residencia Los Pinos era una prestación de tipo social, no contemplada en el PMOE, ni en las leyes 22.431 y 24.901, y que por ello los establecimientos geriátricos no estaban categorizados ni incluidos en los nomencladores del Ministerio de Salud. En consecuencia, refirió que a los fines de la equiparación se utilizaba el ítem de Hogar Permanente previsto en las distintas resoluciones y que hasta tanto el prestador no cumpliera con la normativa mínima que permitiera su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de servicios para personas con discapacidad, los pagos se realizarían conforme los valores establecidos en la categoría C (conf. decreto 449/2005, anexo I, artículo 4°).

Remarcó así que las obras sociales debían destinar prioritariamente sus recursos a prestaciones de salud —conf. art. 3 de la ley 23.660— y que, de acuerdo al Decreto 576/93, las otras prestaciones sociales debían atenderse con el excedente de aquellos recursos. En efecto, sostuvo que la obligación de cobertura de este tipo de prestaciones resultaba subsidiaria a que las personas con discapacidad y las personas de las que éstas dependieran en atención a las obligaciones alimentarias no pudieran afrontarlas, por lo que su postura no respondía a una conducta caprichosa, sino que se ajustaba a lo establecido en la normativa aplicable.

Adujo también la improcedencia de la libre elección del geriátrico, efectuada por los familiares del amparista, por lo que descartó su obligación de cubrir su costo total, reiterando lo expuesto en relación a la ausencia de documentación que acredite la categorización de la institución geriátrica como así también de habilitaciones o inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad. Insistió en que al ser imposible dicha categorización debía limitarse la cobertura al valor previsto en la categoría C del nomenclador para hogar permanente.

En cuanto a la creación, naturaleza jurídica de IOSFA y alcance de la cobertura, expresó que era una obra social estatal con carácter de ente autárquico, incluida en el artículo 8 de la Ley 24.156 y regida por el DNU 637/2013 y Resolución 359/2016 del Ministerio de Defensa, que no había adherido al régimen de la ley 23.660 y no recibía aportes ni suma alguna del Tesoro de la Nación. Por ello, afirmó que si bien se encontraba fuera del ámbito de la ley 24.901, brindaba a sus afiliados con discapacidad la cobertura acorde las normas y reglamentaciones como cualquier otra obra social y se regía por el principio de legalidad.

Sostuvo finalmente la improcedencia del amparo, ofreció prueba y solicitó que oportunamente se desestime la acción intentada.

II. La sentencia de primera instancia y los agravios de la demandada.

1. La sentencia de primera instancia resolvió hacer lugar a la acción de amparo interpuesta, reconociendo al amparista el derecho a la prestación solicitada, convirtiendo así en definitiva la medida cautelar dictada en autos. Impuso las costas del proceso a la demandada vencida (art. 14, ley 16.986 y art. 68 Cód. Proc. Civ. y Com. de la Nación) y difirió la regulación de los honorarios profesionales para su oportunidad.

2. Contra dicho pronunciamiento interpuso recurso de apelación el representante de la parte demandada el día 01/03/2021. Sus agravios son los siguientes:

a) Que el juzgador haya sostenido que su mandante era quien debía cuestionar el estado de salud del amparista como así también la necesidad de su internación geriátrica, acreditando que la institución no se encontraba inscripta.

b) Que se pretenda exigir que la obra social se haga cargo, sin límite alguno, de los aranceles que fije, a su arbitrio, cualquier establecimiento, por la simple elección del afiliado o responsable, en exceso de lo establecido en la normativa aplicable. Al respecto, sostiene que el servicio geriátrico no se encuentra contemplado dentro de la cobertura prevista en el PMO, como así tampoco en la Ley 24.901. Que el IOSFA otorga en caso de beneficiarios con CUD el valor establecido para Hogar Permanente, categoría C, en situaciones en que el hogar no esté categorizado (conf. lo dispuesto por la Resolución Conjunta N° 6/2019).

c) Que el juez haya afirmado que su mandante vulneraba los derechos constitucionales del amparista, siendo que su proceder se ajustaba a la normativa aplicable en autos y patología presentada, otorgándole los subsidios y las coberturas correspondientes.

d) La improcedencia de la condena a la cobertura integral.

e) La inadecuada argumentación de la decisión, la cual sostiene que constituye una sentencia arbitraria al omitir tratar las defensas y argumentos planteados por su mandante, y considerar la situación fáctica y normativa aplicable.

f) La inadmisibilidad de la vía del amparo, al no existir actuar que lesione los derechos del amparista o negativa o actuar omisivo ilegal o arbitrario por parte de IOSFA.

g) La violación del principio de defensa en juicio y debido proceso legal.

h) La imposición de las costas.

III. Cabe señalar que, previo a resolver, este tribunal dispuso dictar una medida para mejor proveer consistente en requerir a la demandada que acompañe en autos una evaluación del actor, a efectuarse por intermedio de un equipo interdisciplinario, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 37 y 41 inc. a) del Cód. Civ. y Com. de la Nación.

Sentado ello, del informe presentado por la demandada se desprende que el señor R. C. M. presenta: "...Depresión Mayor, en remisión al momento actual; Demencia no Especificada, Hiperplasia prostática; Dislipemia; Hipertensión Arterial". Pronóstico del caso: de evolución crónica.

También surge que "...le resultaría imposible deambular de manera autónoma, ir solo al baño, higienizarse, proveerse alimentos y cumplir con tratamientos médicos, estar y/o salir solo" como así también que "no puede desenvolverse de forma autónoma ni dentro ni fuera del lugar de residencia, desconoce el valor actual del dinero y por tanto la administración racional del mismo". Asimismo, "de acuerdo a lo expresado por el Sr. S. M., hace 7 años (el 30/12/2014) falleció su único hermano, víctima de un accidente de tránsito. Situación que, según su relato, afectó profundamente a toda la familia. A partir de ese momento su padre comienza a manifestar problemas de salud que determinan su internación en el Hospital Naval, donde permanece internado durante el año 2015. Debido al compromiso de su cuadro clínico, al momento del alta, los médicos tratantes recomendaron a sus familiares el ingreso a una institución que cubriera sus necesidades de atención y cuidados (...).

En relación a la permanencia del adulto mayor en la institución, su hijo se muestra conforme con el trato dispensado a su progenitor. Manifiesta que su padre presenta un deterioro cognitivo: que este requiere asistencia para las actividades de la vida diaria, que no controla esfínteres y se desplaza en silla de ruedas; (...).

“Se propone la continuidad de los módulos prestacionales vigentes, en institución acorde a sus patologías”
“Se trata de un paciente con Diabetes Mellitus y Depresión Mayor, cuyas comorbilidades hacen a un pronóstico ominoso de su cuadro de base, a saber; Polineuropatía y deterioro cognitivo, entre otros; lo cual lo condiciona a ser dependiente para las AVD, impidiéndole ser autoválido. Motivado por este cuadro mórbido fue llevado a la institución geriátrica donde reside actualmente; lugar donde se encuentra adaptado. Se encuentra compensado y estable en su patología de base”.

Por otra parte, el amparista se presentó y adjuntó copias de certificados de habilitación del hogar citado (Certificado municipal: 005420; Certificado de habilitación: Disposición 0402 de fecha 05/05/2000. Certificación de MS Pcia. de Buenos Aires: 0004868 Expte: 024360/01-001).

IV. El tratamiento de los agravios.

1. En primer lugar, resulta adecuado recordar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha decidido en repetidas oportunidades que los jueces no están obligados a analizar todos los argumentos articulados por las partes o probanzas producidas en la causa, sino únicamente aquellos que a su juicio resulten decisivos para la resolución de la contienda (Fallos: 276:132, 280:320, 303:2088, 304:819, 305:537, 307:1121).

2. Sentado ello, razones de orden conducen a examinar el agravio dirigido a cuestionar la admisibilidad de la vía del amparo elegida por el amparista en salvaguarda de sus derechos.

Al respecto, cabe destacar que la Corte Suprema ha resuelto que el amparo es el procedimiento judicial más simple y breve para tutelar real y verdaderamente los derechos consagrados en la Ley Fundamental. En este sentido, ha dicho reiteradamente que tiene por objeto una efectiva protección de derechos (“Fallos” 321:2823) y ha explicitado la imprescindible necesidad de ejercer esa vía excepcional para la salvaguarda del derecho fundamental de la vida y de la salud (“Fallos” 325:292 y sus citas). Por lo expuesto, las objeciones vinculadas con la inadmisibilidad de la vía del amparo habrán de ser rechazadas.

3. Por otra parte, es preciso señalar que los derechos aquí en juego y el marco constitucional aplicable han sido amplia y detalladamente descriptos en numerosos precedentes de esta Sala II, a los que cabe remitir por razones de brevedad (v. entre muchos otros: “S., F. c. PAMI s/ amparo ley 16.986”, Expte. N° FLP 77091/2019/CA1, sentencia del 14/08/2020 y “G., A. F. c. Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación s/ amparo ley 16.986” Expte. N° FLP 7904/2019, resuelto el 24/04/2020).

En el caso, el actor posee una doble protección legal, que surge de la necesidad de ponderar el “sistema integral de protección de las personas con discapacidad” y también la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en atención a su edad (84 años).

4. Corresponde también recordar que de las constancias de la causa surge que el señor R. C. M., de 84 años de edad, es afiliado al Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad (IOSFA), bajo el N° ...

En el caso concreto, de acuerdo al certificado de discapacidad emitido por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires con validez hasta el 19/09/2027 se desprende el siguiente diagnóstico del señor M.: polineuropatía diabética; otros trastornos de los discos intervertebrales; diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones oftálmicas. Orientación prestacional de asistencia domiciliaria, residencia y transporte. El mismo diagnóstico de diabetes, polineuropatía diabética y trastorno de los discos intervertebrales surge del certificado médico suscripto por el doctor Mario Arturo Rizza, que explica que el señor R. C. M. no deambula en atención a dichas dolencias y que por ello requiere atención geriátrica permanente pues es dependiente total en higiene vestido y alimentación.

A su vez, se encuentra adjunta autorización de la demandada al reintegro mensual de \$27.885,33 (según Resolución Ministerial 4/2018) —equivalente a la categoría C de Hogar Permanente—, desde 01/08/2018 al 31/07/2019 y, conforme lo expuesto por el amparista, el costo mensual de la institución era de \$36.000 con proyección de elevarse a \$42.000 en febrero de 2019. Del presupuesto agregado, surge que, en mayo de 2019, la cuota era de \$53.000 más IVA y, en diciembre de 2019, el reintegro en virtud de la medida cautelar ascendía a \$58.000.

Ha de tenerse asimismo en cuenta el estado de salud del amparista ya descripto y la avanzada edad que presenta, como así también la orientación prestacional establecida en el Certificado de Discapacidad y conclusiones del equipo interdisciplinario que elaboró el informe requerido en esta instancia. Sumado a ello, cabe valorar que la internación del señor M. en la institución geriátrica se viene prolongando en el tiempo, de lo que se infiere la inconveniencia de un eventual traslado, en atención a la adaptación que se ha alcanzado y el grado de dependencia que presenta.

5. A fin de dar respuesta a los agravios de la recurrente, debe reiterarse que ellos se centraron en que la prestación reclamada no se encontraba contemplada en el PMOE, ni en las leyes 22.431 y 24.901. Luego, enfatizó en que por la falta de inscripción en el Registro, a todo evento, le correspondería abonar hasta el límite establecido en la categoría C de Hogar Permanente del nomenclador de discapacidad.

Al respecto, cabe indicar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha sostenido en un caso sustancialmente análogo al presente “que la no adhesión por parte de la demandada al sistema de las leyes 23.660, 23.661 y 24.901 no determina que le resulte ajena la carga de adoptar las medidas razonables a su alcance para lograr la realización plena de los derechos de las personas con discapacidad beneficiarias de la seguridad social, con el alcance integral que estatuye la normativa tutelar en la materia (cfr. Corte Suprema de Justicia de la Nación, causa S.328.XLII “Segarra, Marcelo F. c. Instituto de Obra Social del Ejército s/ sumarísimo”, del 18/06/2008, esta Sala, causa 1244/2016 del 08/09/2016, entre otras).

En este contexto, la ley 24.901 estableció la creación de un régimen de prestaciones básicas de atención integral en favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos —ver art. 1°— (énfasis agregado). Asimismo, dispuso que la cobertura total de las prestaciones básicas que necesiten las personas con discapacidad afiliadas, estará a cargo de las obras sociales con carácter obligatorio —art. 2°— Así, la citada ley fija estándares mínimos obligatorios para todos aquellos entes que tienen a su cargo la prestación de servicios relacionados con la salud. Entonces, “...ello obliga también a asegurarle los tratamientos médicos en la medida en que no puedan afrontarlos las personas de quienes dependa o los entes de la obra social a los que esté afiliado” (Fallos: 323:3229, en cita, del dictamen del señor Procurador Fiscal). Tal como se desprende de lo expuesto precedentemente, la normativa está informada por el principio de cobertura integral y máxima inclusión social de las personas con discapacidad (ver art. 1 de la Ley 22.431 y arts. 1, 2, 11 y 15 de la Ley 24.901), lo que aquí debe conjugarse con los principios y derechos que emanan de la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (ver en este sentido especialmente los arts. 6, 7, 11, 12, 19 de la Ley 27.360).

Puntualmente, el capítulo VI de la Ley 24.901 regula los “Sistemas alternativos al grupo familiar”, estableciendo en el art. 29 que “...cuando una persona con discapacidad no pudiere permanecer en su grupo familiar de origen, a su requerimiento o el de su representante legal, podrá incorporarse a uno de los sistemas alternativos al grupo familiar, entendiéndose por tales a: residencias, pequeños hogares y hogares”. Los criterios que determinarán las características de estos recursos serán la edad, tipo y grado de discapacidad, nivel de autovalimiento e independencia.

Por su parte, el art. 32 define al hogar como “el recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. El Hogar está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de auto valimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de asistencia y protección”.

La normativa citada, debe leerse a la luz de lo reiteradamente expuesto en relación a que el Plan Médico Obligatorio fija el límite inferior del universo de las prestaciones que deben otorgar los agentes del Servicio de Salud a sus afiliados, tanto respecto de las Obras Sociales como de las empresas de medicina prepaga. No puede desconocerse la necesidad de su continua actualización de conformidad con las necesidades sociales, el descubrimiento de nuevas patologías, y los concretos padecimientos que puedan indicar una u otra práctica

según el cuadro de cada paciente. El piso mínimo de prestaciones obligatorias para los agentes de salud, de ninguna forma puede considerarse taxativo.

En ese entendimiento, resulta pertinente destacar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha reconocido, en casos excepcionales, mayor amplitud a los límites establecidos por sus normativas específicas. En efecto, el Alto Tribunal en el caso: “Reynoso, Nilda N. c. INSSJP s/ amparo” (R.638.XL, fallo del 16/05/2006 - Fallos: 329:1638) dejó sentado que las especificaciones del PMO deben interpretarse en armonía con el principio general que emana del artículo 1° del Decreto 486/2002, en cuanto garantiza a la población el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud.

6. Debe añadirse que la indicación de prestaciones médicas no implica, en principio, la libre elección de médicos y/o prestadores, dado que ello conllevaría a desnaturalizar el sistema de funcionamiento de las obras sociales. En efecto, y en tal contexto, han de considerarse los profesionales e instituciones contratados por las empresas de medicina prepaga o las obras sociales para la atención de sus afiliados.

Si bien esto es así, en ciertos supuestos, sea que se acrediten especiales circunstancias que lo justifiquen, o cuando el agente de salud no tuviese entre sus prestadores profesionales idóneos o instituciones adecuadas para la atención de sus afiliados, es posible admitir excepciones al principio general, pudiéndose disponer una cobertura integral con prestadores ajenos a la obra social.

En este orden de ideas, nuestro Máximo Tribunal ha fijado diversas pautas respecto de la carga probatoria que pesa sobre las partes en juicios de esta naturaleza, estableciendo que corresponde a la parte actora acreditar la condición de persona con discapacidad, el carácter de afiliado y la prescripción profesional y, a la parte demandada, invocar y agregar elementos suficientes para crear convicción en el sentido de que podía poner a disposición una alternativa entre sus prestadores que proporcione un servicio análogo al que se persigue en juicio y demostrar la exorbitancia o sinrazón de la elección por parte del afiliado (Fallos: 327:2413, 331:2135 y 332:1394).

7. Sobre la base de lo expuesto, en virtud de las directivas emanadas de la Constitución Nacional, los Tratados Internacionales con jerarquía constitucional y la legislación especial tanto federal como provincial, cabe concluir que la protección de la salud del actor debe ser garantizada, siendo en este caso la demandada la obligada a cubrir la internación en la institución geriátrica “Los Pinos”.

Ello así, al entender que la demandada lejos de brindar argumentos tendientes a desvirtuar o dejar sin efecto lo resuelto por el juez, o dar una solución al planteo de su afiliado, insiste en que no debe dar cobertura al servicio de geriatría al no encontrarse contemplado en la normativa. Por otra parte, en ningún momento del proceso ofreció alternativa alguna entre sus prestadores —propios o contratados al efecto— ni acreditó la exorbitancia del lugar donde se encuentra el afiliado.

Por ello, ante las particulares circunstancias de casos como el presente, resulta imperativo que se garanticen medidas efectivas y personalizadas de apoyo, máxime cuando el actor es una persona en situación de múltiple vulnerabilidad por su condición de adulto mayor y de persona con discapacidad (artículo 75, inciso 23, Constitución Nacional), de lo que se desprende que sus derechos deben ser objeto de una protección especial.

8. Cabe agregar que las demás críticas esbozadas por la recurrente no logran conmover lo decidido por el juez de primera instancia. Específicamente, la queja referida a la violación del principio de defensa no puede prosperar toda vez que la accionada tuvo la oportunidad ser escuchada, en la instancia anterior, por medio del informe circunstanciado del artículo 8 de la ley 16.986, tomándose en consideración las defensas y demás argumentaciones expuestas por su parte, al dictarse la sentencia.

9. Finalmente, en cuanto a las costas, resulta pertinente poner de resalto que nuestro ordenamiento jurídico procesal adhiere al principio general de la imposición de las costas por el hecho objetivo de la derrota con prescindencia de la buena o mala fe con que la parte vencida haya podido actuar durante la sustanciación del pleito.

El apuntado criterio objetivo de la derrota no implica una suerte de penalidad para el litigante vencido, sino que tiene por objeto resarcir al amparista de los gastos en que su conducta le obligó a incurrir para obtener el

| | |
|--|-----------|
| | |
| | Documento |
| | |

reconocimiento de sus derechos.

Con esta perspectiva, la demandada debe responder por los gastos del juicio por la regla del vencimiento, conforme lo dispuesto por el art. 14 de la Ley 16.986.

Por todo lo expuesto, se resuelve: Rechazar el recurso de apelación interpuesto por la demandada y en consecuencia confirmar la sentencia de primera instancia. Costas de alzada por su orden en atención a la ausencia de contestación de los agravios (art. 68, segunda parte del Cód. Proc. Civ. y Com. de la Nación). Regístrese, notifíquese, ofíciase electrónicamente al juzgado, y remítase a primera instancia a través del Sistema Lex100. — César Álvarez.— Jorge E. Di Lorenzo. — Ignacio E. Sánchez.