

Derecho A La Salud Medida Autosatisfactiva Empresa De Medicina Prepaga Reticencia Prueba

JURISPRUDENCIA

Derecho a la salud. Medida autosatisfactiva. Empresa de medicina

prepaga. Reticencia. Prueba Se confirma la sentencia que hace lugar a la medida autosatisfactiva interpuesta y, en consecuencia, se ordena a la empresa de medicina prepaga restablecer de inmediato la cobertura médico asistencial en las condiciones originariamente contratadas y se le prohíbe todo cobro, compensación, mayor costo o cuota diferencial por la patología que padece el actor, en tanto no se le puede enrostrar a este último una conducta reticente o mendaz al suscribir la declaración jurada de filiación, si frente a él la parte especializada no obra con la debida diligencia y prudencia que se requiere, especialmente en la etapa precontractual.

Salta, 10 de diciembre de 2015 Y VISTO: El recurso de apelación interpuesto a fs. 96/105; y CONSIDERANDO: I. Vienen las presentes actuaciones en virtud del recurso interpuesto por la accionada en contra del pronunciamiento de fecha 3 de julio de 2015 (fs. 79/84) mediante el cual el Juez de la instancia anterior hizo lugar a la medida autosatisfactiva deducida por el señor J. F. R. M. y su hija M. J. R. ordenándole restablecer de inmediato la cobertura médico asistencial en las condiciones originariamente contratadas y prohibiéndole todo cobro, compensación, mayor costo o cuota diferencial por la patología que padece el actor. II. A fs. 96/105 obra agregada la expresión de agravios de la recurrente quien luego de relatar los antecedentes del caso, alegó que la sentencia carece de fundamentación, a lo que agregó que el trámite seguido como cautelar autosatisfactiva resulta improcedente habiendo sido dictado el fallo inaudita parte como si se hubiera trabado la litis (fs. 101 y vta.). En esta línea, la recurrente adujo que el actor petitionó la tutela judicial con el "único argumento" de padecer "una enfermedad gravísima (anemia hemolítica autoinmune)", haber sido "excluido de manera arbitraria de OSDE", haber "contratado de buena fe" y pagado las cuotas correspondientes, pero que, en realidad, la sentencia no tuvo en cuenta que existió violación por parte del actor del texto expreso de la ley al "omitir y ocultar voluntariamente su real estado de salud al momento de su ingreso a la Obra Social" (fs. 98). Dijo que, en el caso, ha de estarse a que OSDE nunca dejó de prestar el servicio hasta que descubrió el ocultamiento llevado a cabo por el actor en su declaración jurada, momento en el que lo dio de baja (fs. 101). III. El actor contestó el traslado conferido manifestando que: 1) la recurrente no efectuó una crítica concreta y razonada del fallo; 2) contrariamente a lo que afirmó en su recurso, los recaudos para la procedencia de la acción se encuentran enteramente cumplidos; 3) interpretó erróneamente el derecho a la salud y a la vida en el marco de nuestro sistema constitucional; 4) el caso fue debidamente analizado por el juez en base a las normas relativas a las relaciones de consumo; 5) la sentencia se ajusta a derecho porque la demandada, sin ofrecer una clara relación de los hechos, datos y fundamentos de su parte, prefirió dejar a él y a su hija recién nacida sin cobertura médica cuando más lo necesitaban; 6) hizo reserva de solicitar reparación de daños y del caso federal (fs. 113/122). IV. A fs. 124 se dispuso la elevación del expediente y, a fs. 125, el pase en vista al Defensor Oficial quien dictaminó a fs. 126 a favor de la confirmación de la sentencia por la que se hizo lugar a la pretensión del actor y la menor. V. 1. Que la medida cautelar autosatisfactiva es un requerimiento "urgente" formulado al órgano jurisdiccional por los justiciables que se agota con su despacho favorable; es decir es una especie del género de los "procesos urgentes" definida por Mabel de los Santos -siguiendo a Jorge Peyrano, y el texto de las conclusiones del XIX Congreso Nacional de Derecho Procesal- como soluciones jurisdiccionales urgentes no cautelares, despachables in extremis y mediando una fuerte probabilidad de que los planteos formulados sean atendibles. Importan una "satisfacción definitiva" de los requerimientos de los postulantes, de modo que son autónomas, estando su dictado sujeto al cumplimiento de ciertos requisitos: a) concurrencia de una situación de urgencia; b) su despacho debe estar precedido por la existencia de una probabilidad y no de una simple verosimilitud, de que efectivamente lo requerido es jurídicamente atendible; c) exigibilidad de la contracautela sujeta al prudente arbitrio judicial (confr. Peyrano, Jorge W., "Medidas Autosatisfactivas", Editorial Rubinzal Culzoni, 1997, p. 13/15.; De Los Santos, Mabel, "Resoluciones anticipatorias y medidas autosatisfactivas", Jurisprudencia Argentina, 1997-IV-800; "Reformulación de la teoría de las medidas cautelares: tutela de urgencia. Medidas autosatisfactivas?", en J.A. 1997-II-926). En ese marco, si bien podría considerarse más adecuado un proceso de amparo que hubiera tramitado con una petición cautelar previa, lo cierto es que al expresar agravios, la demandada pudo hacer valer todas sus defensas sin restricción alguna de manera que ante los valores en juego tales como la preservación de la salud y de la vida misma, el derecho invocado por el peticionante aparece verosímil y urgente en función de la patología que presenta y la falta de cobertura médica denunciada que incluye a su hija recién nacida, por lo que atendiendo a la cuestión debatida no resulta atendible el argumento de indefensión esgrimido por la accionada. 2. Que, establecido lo anterior, se subraya que las entidades de medicina prepaga son aquellas que, actuando en el ámbito privado, asumen el riesgo económico y la obligación asistencial de prestar los servicios de cobertura médico

sanitaria conforme a un plan para la protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los individuos que voluntariamente contratan con las mismas y que, como contraprestación, se obligan al pago de una cuota periódica (cfr. Garay, Oscar Ernesto, ¿La medicina privada?, Ad Hoc, Buenos Aires, 2002, p. 125). Siendo tal su objeto, es claro que los contratos de medicina prepaga no son indiferentes para el Estado ni ajenos a los principios y plexo normativo constitucional (incluidos los tratados internacionales incorporados por el art. 75 inc. 22) que tutelan un derecho esencial ¿fundante? como es el vinculado a la salud, presupuesto existencial para el ejercicio de todos los demás derechos de que goza la persona humana. Por ello, estos contratos se insertan en un sistema contractual de características especiales, que tienen una base solidaria en la cual el beneficiario aporta durante un tiempo para que, en el momento de enfermarse, el riesgo del costo se expanda en el conjunto de los beneficiarios del sistema. En este sentido, se ha dicho que la medicina prepaga se encuentra fundada ¿en la relación entre el aporte de muchas personas sanas frente al cálculo de probabilidades de que sólo algunas de ellas se enfermen a un costo que pueda difundirse razonablemente. La índole del sistema es la de un seguro con una delimitación del riesgo que debe ser respetada, porque de lo contrario desaparecería totalmente? (del voto Juez Lorenzetti en ¿Cambiaso, Peres de Nealon, Celia María Ana y otro c/ CEMIC?, Fallos: 330:3725). Sobre tales bases, si bien, como se anticipó, resulta válido que el Estado tenga una intervención enérgica sobre la libertad contractual en el ámbito de los contratos de medicina prepaga, no es menos cierto que deben preverse mecanismos mínimos que tutelen a la otra parte de la relación (como es la posibilidad de reajustar el canon), pues de otro modo, no funcionaría el sistema privado. 3. Que así las cosas, se entiende por qué la propia ley 26.682 ha previsto que la falsedad de la declaración, junto a la falta de pago de tres cuotas consecutivas, sean las dos únicas causales que permiten a las empresas de medicina prepaga la rescisión del contrato (art. 9), revistiendo la norma carácter de orden público en virtud de lo dispuesto por su art. 28. Dicho lo que antecede y de regreso a las causales de rescisión establecidas en la ley 26.682 antes reseñadas, ha de precisarse que para tener por configurado el supuesto de ¿falsedad de la declaración?, esgrimido por la demandada en autos como motivo de la extinción del vínculo con el actor, el ordenamiento exige no sólo la verificación de una falta de correspondencia entre los datos aportados y la realidad, sino la intencionalidad del afiliado de consignar información inexacta u omitir el suministro de detalles que le eran requeridos. Este temperamento ha sido reafirmado por el decreto reglamentario 1993/2011 que en su art. 9º, inc. 2, b) prescribe que para que la empresa de medicina prepaga pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, en el supuesto de falseamiento de la declaración jurada, deberá acreditarse que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 1198 del Código Civil. Asimismo dispone que ¿La Superintendencia de Servicios de Salud dictará la normativa pertinente a fin de establecer las características que deberán contener las declaraciones juradas y el plazo por el cual se podrá invocar la falsedad?, lo que aún no ha sido concretado. A su vez, el art. 9 del CCyCN reedita como principio que ¿los derechos deben ser ejercidos de buena fe? en tanto el art. 10 sostiene que ¿la ley no ampara el ejercicio abusivo de los derechos. Se considera tal el que contraría los fines del ordenamiento jurídico o el que excede los límites impuestos por la buena fe, la moral y las buenas costumbres?. VI. 1. Que analizando las cuestiones expuestas por las partes bajo el marco normativo precedentemente reseñado, se advierte que el Sr. J. F. R. M. afiliado desde el mes de febrero de 2015 a la Organización de Servicios Directos Empresariales -OSDE-, solicitó se declare la nulidad de la rescisión del contrato que le fuera comunicada por la empresa con fecha 04/05/2015 mediante CD anexada a fs. 49, por la que también fue dada de baja su hija M. J. R. nacida el 16/04/2015. En la misma puede leerse que ¿del análisis comparativo que realizó nuestra gerencia médica de prestaciones entre la declaración jurada de su estado de salud, efectuada al solicitar su incorporación a OSDE y los datos que poseemos acerca de su real y verdadero estado de salud, advertimos una sustancial diferencia que nos lleva a la creencia que ha existido de su parte una voluntaria actitud de reticencia y ocultamiento de esa verdadera situación de salud?. Sigue diciendo: ¿Es por ello que, con fundamento en el art. 9º de la ley 26.682, art. 1198 y concordantes del CC correspondería anular su alta y dar por rescindida la relación que nos vincula (...) para agregar luego: ¿sin perjuicio de lo manifestado, teniendo en cuenta que por la ley 26.682 y su reglamentación a través del Dec. 1993/2011 se estableció que la autoridad de aplicación autorizará tanto los valores diferenciales como el período de su aplicación para las preexistencia de carácter temporario, crónico y de alto costo, intimamos a ud. para que dentro del plazo de cinco días acompañe a nuestro centro de atención personalizada (...) todos los antecedentes médicos actualizados de la patología no declarada pero preexistente al momento de su afiliación a los fines de determinar la cuota diferencial correspondiente la que será exigible desde el primer mes en curso?. Por último se le comunicó que ¿de no darse cumplimiento con la intimación practicada (...) o de no prestarse conformidad con la determinación del valor diferencial, deberá tenerse por rescindido el contrato que nos vincula en el plan superador contratado, por su exclusiva culpa?. Como consecuencia de lo último, mediante carta documento del 26/05/2015 OSDE puso en conocimiento del afiliado que el total a abonar mensualmente a partir del mes de mayo de 2015 -sujeto a actualizaciones- sería de \$... correspondiendo de ese monto a la preexistencia la suma de \$ También se le transmitió que ¿todas aquellas prestaciones superadoras o complementarias al PMO tendrían un tiempo de espera de 12 meses? (fs. 57). Asimismo, mediante carta documento del 23/06/2015 la accionada reiteró ¿de acuerdo a los antecedentes analizados por nuestra

asesoría médica su enfermedad es preexistente (...)? (fs. 50). 2. Que, de su lado, el Sr. J. R. acompañó certificado médico del que surge que a la edad de 4 años se le efectuó diagnóstico presuntivo de esclerodermia cutánea (confr. fs. 6) tratándose en forma local y con terapia física hasta los 16. Luego de ello, entre los años 2000 a 2003 se le realizaron controles esporádicos sin requerir medicación ni sistémica ni local (fs. 5). Asimismo, relató que en el mes de marzo de 2015 comenzó a padecer signos de fatiga, desgano, poco apetito, frecuentes dolores en la cabeza, frente y las órbitas de los ojos, entre otras molestias. El 5 de abril el cuadro se agravó y fue atendido en la guardia del Sanatorio Lavalle donde lo internaron y comenzaron los estudios con distintos especialistas hasta que un hematólogo informó que la sintomatología era compatible con una enfermedad autoinmune de hemólisis en sangre. El 10 de abril se efectuó interconsulta y luego de dos semanas de internación sin poder llegar a un diagnóstico, finalmente el 17 de abril se lo trasladó en el avión sanitario de la provincia de Jujuy al Hospital Italiano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Acompañó informe de alta de internación (ingreso 19/04/2015 y egreso 28/04/2015 - fs. 7/9); resumen de historia clínica fechada el 27/04/2015 y suscrita por la Jefa de Sección de Hematología del Hospital Italiano (fs. 10) de donde surge que fue derivado desde el Sanatorio y Clínica Lavalle de Jujuy con diagnóstico de anemia hemolítica autoinmune (ver. fs. 11/12 -18/04/2015). En el ínterin, el día 16/04/2015 nació su hija M. J. R., quien fue incluida en el plan con su padre y luego dada de baja con apenas un mes de vida.

3. Que, por otro lado, de la declaración Jurada de antecedentes anexada a fs. 94/95 que se compone de dos carillas cuadros y columnas dedicados a antecedentes desagregándose en una serie de preguntas puede concluirse que en ningún caso refiere a enfermedades calificadas de autoinmunes, ni menciona enfermedades de la piel; mientras que la pregunta genérica que podría haber servido para explayarse en la declaración refiere a ¿solución médica? no a problema médico o enfermedad, afección, etc., con lo que no queda clara la formulación de la pregunta ni su objeto. 4. Que resulta entonces que se presenta ajeno a lo diseñado por este conjunto de normas que una persona se vea obligada a manifestar con carácter de declaración jurada dentro de un texto pre-impreso (que se le acerca a los fines de afiliarse a una empresa de servicios médicos a partir de una contratación destinada a durar en el tiempo) simplificado y no necesariamente sencillo de comprender para el común de los ciudadanos, todos aquellos datos referidos a su persona, incluso de cuando era niño o adolescente. Repárese en este sentido que la esclerodermia cutánea la padeció entre los 4 y los 16 años y que actualmente cuenta con 28 años, sin que en todo el lapso de tiempo que transcurrió entre una y otra existan pruebas de que padeció otra enfermedad autoinmune que legítimamente lo haya hecho pensar al actor que aquél cuadro de la infancia pudiera repetirse. A lo dicho se añade que la demandada no acreditó que al momento de interrogarlo se le haya proporcionado al actor una acabada y completa información que esté efectivamente al alcance de su comprensión en su situación particular. Que en este contexto no parece válido poner en contra del Sr. R.M. en su calidad de consumidor las consecuencias de dichas omisiones de las que, en todo caso, es el último eslabón y quien está en inferioridad de condiciones respecto de los primeros, incluso, cuando ha podido desconocer estas particularidades de la contratación resultando, en consecuencia, abusivo que asuma el peso de su eventual ignorancia. 5. Ahora bien; siguiendo con el análisis de las constancias de autos, OSDE refirió haberse formado la ¿creencia? de que ha existido por parte del afiliado ¿una voluntaria actitud de reticencia y ocultamiento? de su verdadera situación (por no haber declarado una afección preexistente) una vez que ¿comparó la declaración jurada de su estado de salud efectuada al momento de solicitar su incorporación? con los datos que ¿poseemos acerca de su real y verdadero estado de salud? (fs. 49) atento al cuadro de ¿esclerodermia cutánea (morfea)? padecida por el actor hasta los 14 años de edad, señalando que la que le fuera posteriormente diagnosticada -a los 28 años- también es una enfermedad autoinmune. Nótese sobre el particular que la ¿esclerodermia cutánea? en el caso mácula -mancha- en miembro superior izquierdo (fs. 7/9) fue tratada localmente recibiendo vitamina E vía oral y luego se efectuaron controles esporádicos sin requerir medicación ni sistémica ni local (fs. 5). Para mejor comprensión puede definirse muy escueta y básicamente a la esclerodermia como un tipo de trastorno autoinmunitario, es decir una afección que ocurre cuando el sistema inmunitario ataca por error y destruye tejido corporal sano, siendo que la esclerodermia localizada por lo regular afecta sólo la piel de las manos y cara, se desarrolla lentamente y en muy pocas ocasiones se propaga en el cuerpo o causa problemas serios (www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000429.htm). Pues bien; puesta en correspondencia aquella manifestación de OSDE con la actitud del Sr. R. M., se advierte que este último brindó en todo momento la información que fue recabando y así lo hizo saber tanto en su misiva del 11/05/2015 (fs. 3/4) donde enumeró la documentación acompañada, como en la carta documento agregada a fs. 54 en la que anunció que concurriría en el plazo estipulado con los estudios que se le hicieron en el Sanatorio Lavalle de Jujuy y en el Hospital Italiano de Buenos Aires, añadiendo que, también en prueba de su buena fe, asistiría con los análisis médicos que se le hicieron en los últimos años. Esta manifestación fue reiterada en la demanda al decir que ¿presentó toda la documentación referente a su estado de salud, historias clínicas del hospital Italiano y del sanatorio Lavalle?. Así las cosas, surge de un lado, que el actor puso a disposición de OSDE la documentación con la que contaba, lo que es significativo para descartar el ocultamiento intencional; del otro, que la accionada con la información relacionada al afiliado le hizo saber su decisión unilateral sin haber especificado en ninguna de sus comunicaciones previas a la acción, ni aún al expresar agravios, los parámetros científicos que

fueron estimados para relacionar aquella afección de la infancia con la actual, más allá de ser ambas autoinmunes y sin puntualizar tampoco, las eventuales presentaciones que debió realizar conforme la ley ante la Superintendencia de Servicios de Salud como autoridad de aplicación de la ley 26.682 y sus resultados. Más aún, y como dato relevante se destaca que a fs. 97 la demandada señala expresamente que "no tenemos modo de aseverar que una enfermedad llevará a la otra, pero lo cierto es que ambas son autoinmunes y que muchas veces éstas se relacionan de un modo muy particular" (fs. 97, pto. 8), a lo que se suma que no hay constancia alguna de solicitud o trámite de la empresa ante la Superintendencia de Servicios de Salud para obtener la exigida autorización de valores diferenciales en los términos del art. 10 de la ley 26.682 y decreto N° 1993/2011, no obstante lo cual remitió al afiliado la carta documento con el detalle de valores, sin otra especificación. En este sentido se pone énfasis en que, conforme el decreto reglamentario (art. 10) "la Superintendencia de Servicios de Salud establecerá y determinará las situaciones de preexistencia que podrán ser de carácter temporario, crónico o de alto costo que regirán para todos los tipos de contratos entre las partes comprendidas en el presente decreto sin excepción", detallando la norma seguidamente que "las de carácter temporario son aquellas que tienen tratamiento predecible con alta médica en tiempo perentorio"; "las de carácter crónico son aquellas que con el nivel científico actual no se puede determinar una evolución clínica predecible ni tiempo perentorio de alta médica" y "las de alto costo y baja incidencia son aquellas en que el tratamiento pone en riesgo económico a las partes intervinientes". Por último expresa que "la Superintendencia de Servicios de Salud autorizará los valores diferenciales para las prestaciones de carácter temporario debidamente justificadas y la duración del período de pago de la cuota diferencial, que no podrá ser mayor a tres años consecutivos, al cabo de los cuales la cuota será del valor normal del plan acordado y (...) autorizará los valores diferenciales para las patologías de carácter crónico y de alto costo (...) establecerá los plazos de preexistencias para los casos de patologías de carácter temporario, crónico y alto costo. Vencidos los plazos estipulados por la SSS, las entidades mencionadas en la presente reglamentación no podrán acogerse a la falsedad de la declaración jurada por parte de los usuarios?". A mayor abundamiento se agrega que de los antecedentes parlamentarios de la ley (confr. "Antecedentes Parlamentarios ley 26.682. Régimen Jurídico de la Medicina Prepaga - La Ley - Junio 2011 N° 5) surgen las inquietudes que generó en torno a los contratos y las causales de rescisión, entre otras: "complementariamente, consideramos también que es preciso regular y acotar los mecanismos de selección adversa, que hasta hoy propician una enorme discrecionalidad de las Empresas de Medicina Prepaga, según las cuales son admitidas casi con exclusividad personas sanas y/o sin diagnóstico previo de enfermedades preexistentes, con la ambigüedad que implica el concepto de "preexistencia" en la vida de las personas (Fundamentos - pág. 31); "hay cosas que debemos arreglar con buen tino y solidaridad. ¿A que le llaman enfermedades preexistentes? Si sacáramos a los que tienen enfermedades preexistentes nos tendríamos que ir todos." (Diputado Lorenzo Borocotó - pág. 67); "Es decir, que si nosotros dejamos librado a que la empresa prepaga pueda rescindir el contrato y dejar de prestar la atención de la salud porque considera que se ha falseado la declaración jurada sin que haya un procedimiento, una exigencia de un sumario administrativo -o sea, alguien que constate que efectivamente eso sea cierto- seguimos desprotegiendo al usuario de la medicina prepaga?" (Senadora Escudero - pág. 103). II. Que por todos los motivos apuntados en el caso bajo análisis, no se le puede enrostrar al actor una conducta reticente o mendaz al suscribir la declaración jurada si, frente a él, la parte especializada no obra con la debida diligencia y la prudencia que se requiere, especialmente en la etapa precontractual, extremo que no puede soslayarse por ser una empresa profesional en el servicio de salud, más aún cuando conoce los alcances y consecuencias que derivan de la conformación del contrato de afiliación y los términos de la ley y su decreto reglamentario en especial de los arts. 8; 9 y 10. Sobre el punto ha de señalarse que es válido esperar de la empresa un análisis de la declaración jurada efectuada por los usuarios, el que deberá ser detenido, profundo, profesional, realizado a partir de la experiencia y conocimientos específicos en la materia y de su superioridad técnica. Asimismo, es dable esperar que la empresa cuente con personal capacitado a los fines de tomar las declaraciones juradas, en miras a la función que cumplen y a las consecuencias que de su llenado se derivan. Por lo tanto el dato aportado por el actor ante los médicos que lo trataron respecto a que recibió atención por aquella enfermedad de su niñez y adolescencia, sumada a la puesta a disposición de toda la documentación médica con la que contaba e, incluso, la autorización para obtener información complementaria, pone en duda la creencia de la ocultación intencionada y voluntaria que se le endilgó como causal de rescisión en los términos de la ley y su decreto reglamentario. Corresponde aquí señalar que, si bien en la causa "S. C., A. del M. c/OSDE s/ amparo ley 16.986" del 02/07/2014 el Tribunal arribó a una conclusión distinta, ello obedeció a las diferentes circunstancias fácticas que en allí se plantearon vinculadas puntualmente con que un día antes de iniciar los trámites de afiliación a la Obra Social demandada los padres habían acudido a una consulta ambulatoria en la que tomaron conocimiento de que la niña podría presentar algún problema madurativo y, no obstante ello, ocultaron los estudios al solicitar la afiliación. VIII. Que por último y a la luz de lo hasta aquí expuesto, corresponde recordar que el art. 3 de la Ley de Defensa del Consumidor determina, como criterio rector, que toda interpretación debe hacerse con el sentido que más favorezca al consumidor. Y que la formación del consumidor debe tender a hacerle conocer, comprender y adquirir habilidades para ayudarlo a

evaluar las alternativas y emplear sus recursos en forma eficiente (confr. art. 61, inc. a) de la Ley 24.240); a lo que se añade que ¿la información que de forma directa o indirecta, pero siempre de manera cierta y objetiva, ha de llegar a los consumidores y usuarios, debe ser eficaz, en cuanto ha de ser útil para el mejor aprovechamiento de la cosa o servicios y para la salud y seguridad de los consumidores y usuarios? (confr. Navarro Munera, en Bercovitz Rodríguez Cano-Salas Hernández [coords.], ¿Comentarios a la ley general para la defensa de los consumidores y usuarios?, p. 91 - citado por Farina, Juan M. ¿Defensa del consumidor y del usuario. Comentario exegético de la ley 24.240 y del decreto reglamentario 1798/94? 3ª. ed. act. y ampl., p.154). En definitiva, se debe tender a que el consumidor o usuario logre una formación plena que le permita adoptar una decisión acertada, acorde a sus necesidades y posibilidades económicas, no sólo en el momento de la compra o adquisición de bienes o servicios, sino antes, durante y en su posterior utilización (confr. este Tribunal en ¿V.,T.O. de R. c/OMINT S.A. s/amparo-cautelar? del 06/08/2015). IX. Que finalmente y encontrándose también en disputa la afiliación de M. J. R., que cuenta con 7 meses de edad, cabe tener presente que la decisión aquí adoptada se compadece con la necesidad de la protección especial de los niños que ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los arts. 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el art. 10) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en su bienestar receptados por nuestra Constitución Nacional (confr. esta Cámara en la causa ¿Cavanagh Camila -en representación de su hijo menor de edad B. J. C. - c/ OSDE s/ amparo?, 29/03/11, entre muchos otros). Por lo que queda dicho, corresponde rechazar el recurso impetrado sin que tenga acogida favorable la rescisión contractual, debiendo confirmarse la sentencia de fs. 79/84, con costas a la vencida por no encontrar motivo para apartarse del principio objetivo de la derrota (art. 68 del CPCyCN). Por lo expuesto, se RESUELVE: I) RECHAZAR el recurso de apelación interpuesto por OSDE a fs. 96/105 y, en consecuencia, CONFIRMAR el pronunciamiento de fecha 3 de julio de 2015 (fs. 79/84). Costas a la vencida. II) REGÍSTRESE, notifíquese, publíquese en los términos de las Acordadas CSJN 15 y 24 de 2013 y, oportunamente, devuélvase. FDO. DRES. RABBI BALDI CABANILLAS-ELIAS-SOLA-ANTE MÍ: MARIA INES DE SIMONE-SECRETARIA Cor relaciones: Ley 26682 - BO: 17/5/2011 Ley 24240 - BO: 15/10/1993 Decreto 1993/2011 - BO: 1/12/2011 R., E. A. c/ACA Salud Cooperativa de Prestación de Servicios Médicos Asistidos Ltda. s/amparo ley 16.986 - Cám. Fed. Salta - 23/12/2015 Cambiaso Péres de Nealón, Celia María Ana y otros c/Centro de Educación Médica e Investigaciones Médicas - Corte Sup. Just. Nac. - 28/08/2007 006200E