

## Cumplimiento Contractual Empresa De Medicina Prepaga Reintegro De Gastos De Internacion Rechazo De La Demanda

### JURISPRUDENCIA

### Cumplimiento contractual. Empresa de medicina prepaga. Reintegro

de gastos de internación. Rechazo de la demanda Se mantiene el rechazo de la demanda de cumplimiento de contrato y daños deducida contra la empresa de medicina prepaga, pues no hay una sola constancia escrita que acredite que la actora hubiese solicitado a la demandada que brindara a su madre la prestación cuyo reintegro pretende y menos aún se ha probado que lo haya hecho como disponía el contrato al cual ella misma se sujetó, ni que se hubiesen cumplido los procedimientos indicados por los artículos 11 y 39 de la ley 24.901.

Buenos Aires, Capital de la República Argentina, a los 5 días del mes de junio de dos mil diecisiete, reunidos en Acuerdo los Señores Jueces de la Excm. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala "B", para conocer en los recursos interpuestos en los autos caratulados: "Baigorri, Ana María Andrea c/ FEMEDICA s/ Cumplimiento de contrato" respecto de la sentencia de fs. 646/657, el Tribunal estableció la siguiente cuestión a resolver: ¿Es ajustada a derecho la sentencia apelada? Practicado el sorteo resultó que la votación debía efectuarse en el siguiente orden Señores Jueces Doctores: PARRILLI - MIZRAHI - RAMOS FEIJOO -.

A la cuestión planteada, el Dr. Parrilli dijo: I. Ana María Andrea Baigorri demandó a "FEMEDICA" (Federación Médica Gremial de la Capital Federal) por los daños y perjuicios que dijo le ocasionó el incumplimiento por parte de la referida empresa de medicina prepaga de prestaciones médicas en favor de su madre Delia Matilde Feroldi, ya fallecida, quien era afiliada de dicha empresa. Expuso que aquella padecía de demencia vascular, hemiplejia izquierda, incontinencia de esfínteres y no deambulaba, se movilizaba en silla de ruedas y requería asistencia para sus actividades de la vida diaria. Dijo que ante tal cuadro y debido a que su madre no recibía cobertura adecuada por parte de la aquí demandada decidió internarla en el "Hogar Adolfo Hirsch" donde recibió las prestaciones médicas equivalentes al módulo de internación y rehabilitación reglamentado por la resolución n° 428/1999 del Ministerio de Salud de la Nación. Como consecuencia de lo expuesto pretendió se condenara a la demandada a indemnizarlo con \$ 383.921,98 que dijo haber pagado en la referida institución, más el daño moral que dijo haber sufrido y la aplicación de una multa por daño punitivo. A su turno, la demandada negó los hechos expuestos en el escrito inicial, en especial haber negado la cobertura reclamada y que la misma correspondiera y requirió el rechazo de la demanda.

II. En la sentencia de fs. 646/657, el Sr. Juez señaló que la actora no probó haber requerido a la empresa demandada la cobertura de las prestaciones ni, por consiguiente, la negativa de aquella a brindar las prestaciones cuyo reintegro pretende. Recordó que uno de los "pilares del sistema cerrado de las obras sociales es que los afiliados se atiendan con los prestadores de la cartilla" (ver f.656) y que sólo cabe apartarse de ese principio cuando en circunstancias excepcionales que deben acreditarse. En suma, sostuvo que la actora "no sólo no requirió en tiempo propio la cobertura cuyo reintegro ahora exige; sino que tampoco invocó la necesidad de apartarse de la oferta provista en la cartilla de prestadores y, menos demostró de manera adecuada que esa oferta resultaba insuficiente o insatisfactoria, por el simple hecho de no haberla requerido" y, por esas razones, al entender que no se había acreditado el incumplimiento que se endilga a la demandada, decidió rechazar la demanda.

III. Contra dicho pronunciamiento interpuso recurso de apelación la actora a f.658, el cual fue concedido libremente a f. 659.

IV. La apoderada de Ana María Andrea Baigorri se agravia del rechazo de la demanda en la expresión de agravios de fs.699/708. Contrariamente a lo afirmado por el Sr. Juez, la recurrente sostiene que la negativa de la demandada a cubrir la prestación que necesitara la madre de su representada, y que ella se vio obligada a contratar, no sólo se desprende de la contestación de la demanda, sino también de la prueba de testigos producida en este expediente. Por otra parte, considera haber demostrado, especialmente con las conclusiones del dictamen de la médica neuróloga designada de oficio que Delia Matilde Feroldi necesitaba la internación con rehabilitación que fuera contratada y pagada por su mandante, con el hogar "Hogar Hirsch" y que la demandada no contaba en su cartilla con un prestador similar. Hace referencia a los deberes que la ley 24.901 imponía a la aquí demandada y realiza extensas citas de jurisprudencia en su apoyo. Finalmente, cuestiona los honorarios que se le han regulado a los letrados de la demandada y la imposición de costas.

Corrido el traslado a f. 709, se presenta el apoderado de la demandada y lo contesta a través del escrito agregado a fs. 710/714. Resalta que más allá de consideraciones genéricas no existe una crítica fundada y seria de la sentencia, por lo cual entiende que el recurso debe declararse desierto. Luego se ocupa de rebatir los argumentos expuestos por la actora a través del examen de las pruebas producidas. Sostiene que la actora no probó que, en el año 2005, ni posteriormente, hubiese solicitado a "FEMEDICA" cobertura de internación en el Hogar "Hirsch" para su madre. Destaca que "de la misma pericia médica surge que la actora no requería internación domiciliaria ni cuidados especiales hasta el año 2008" (ver f. 712 vta) y que el certificado de discapacidad se expidió ese año. Hace referencia a que la actora soslayó las vías previstas en el contrato que celebrara con su

representada para la cobertura de prestaciones en el marco de la ley de discapacidad. Señala que "...La afiliada decidió ir a vivir al Hogar Hirsch, en el año 2005 sin necesidad médica al menos hasta el año 2008, nunca requirió a FEMEDICA la cobertura del alojamiento en ese Hogar hasta que se produce la mediación en el año 2010". Realiza consideraciones sobre la improcedencia del daño punitivo. Contesta los agravios de la actora sobre la imposición de costas y, en definitiva, pide se confirme la sentencia en todo lo que decide.

V. Antes de entrar en el examen del caso y dado el cambio normativo operado con la entrada en vigencia del actual Código Civil y Comercial debo precisar que, al ser el daño un presupuesto constitutivo de la responsabilidad (cfr. arts. 1716 y 1717 del Código Civil y Comercial y art. 1067 del anterior Código Civil), aquél que diera origen a este proceso constituyó, en el mismo instante en que se produjo, la obligación jurídica de repararlo. En consecuencia, de acuerdo al sistema de derecho transitorio contenido en el art. 7° del nuevo Código y como ya lo ha resuelto la Sala (ver mi voto en autos: D. A. N y otros c/ C. M. L. C S.A y otros s/daños y perjuicios - resp. prof. médicos y aux? del 6-8-2015), la relación jurídica que origina esta demanda, al haberse consumado antes del advenimiento del actual Código Civil y Comercial, debe ser juzgada -en sus elementos constitutivos y con excepción de sus consecuencias no agotadas- de acuerdo al sistema del anterior Código Civil- ley 17.711, interpretado, claro está, a la luz de la Constitución Nacional y de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos ratificados por nuestro país porque así lo impone una correcta hermenéutica y respeto a la supremacía constitucional. Por otra parte, debo decir que los jueces no están obligados a analizar todas y cada una de las argumentaciones de las partes, sino tan sólo aquéllas que sean conducentes y posean relevancia (ver CSJN, "Fallos": 258:304; 262:222; 265:301; 272:225, entre otros) y tampoco es obligación ponderar todas las pruebas agregadas, sino únicamente las apropiadas para resolver (art. 386, in fine, del ritual; CSJN, "Fallos": 274:113; 280:320; 144:611). Hechas estas precisiones, habré de considerar los agravios.

VI. Aclarado lo anterior, cabe trazar el marco jurídico dentro del cual se decidirá este caso y examinarán los agravios. En ese sentido, debo decir que con anterioridad al año 2011 en que se dicta la ley 26.682, la cual obligó a las empresas de medicina prepaga a 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 (cfr. art. 7°), la Corte Federal, por mayoría y con las disidencias del Dr. Lorenzetti y las Dras. Highton de Nolasco y Argibay, había interpretado que la obligación de las empresas antes referidas, en punto a cubrir las prestaciones reconocidas en la ley 24.901, se encontraba prevista en los artículos 1° de la ley 24.754 y 28 de la ley 23.661 ( Fallos: 330:3725). La referida ley 24.901 (B.O. 5-12-97), como ya lo adelanté, instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a 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, estableciendo -como principio general- que dichas prestaciones deben ser brindadas mediante servicios propios o contratados por los entes asistenciales (cfr. art. 6). Como excepción, contempla la obligación de brindar cobertura a través de especialistas que no pertenezcan al cuerpo de profesionales contratados, cuando su intervención sea imprescindible debido a las características específicas de la patología del paciente, o cuando así lo determinen las acciones de evaluación y orientación que, de acuerdo con el texto legal, se encuentran a cargo de un equipo interdisciplinario (artículos 39 inciso a) y 11 de la ley antes citada). Finalmente, establece las fuentes de financiamiento del sistema de prestaciones que crea, según se trate de beneficiarios del Sistema Nacional de Salud (obras sociales), jubilados, beneficiarios de la ley de accidentes de trabajo y personas sin recursos (cfr. art. 7°), sin referencia alguna, vale destacarlo, a las empresas de medicina prepaga. Cerrando el marco jurídico donde se dirime el caso, está el contrato de medicina prepaga que ligara a la actora y su madre con la aquí demandada (ver formularios de altas y bajas de fs. 100/102) cuyas cláusulas se explicitan en el reglamento de f. 125 - expresamente conformado por la aquí actora con fecha 7-7- 2001- que obra en sobre chico reservado, bajo el n° 82.408/10 y cuya regulación es decisiva para la adecuada resolución de este caso porque lo libremente pactado, como principio general, no puede causar daño volenti non fit iniuria y es ley para las partes (cfr. arts. 1137 y 1197 CC). Entre aquéllas cláusulas contractuales, cobran especial relevancia para el examen de los agravios, las previstas en los capítulos XV y XVI. En el primero de ellos, referido a las prestaciones no amparadas, se prevé expresamente que FEMEDICA, no asume obligación alguna de cobertura, entre otras, respecto de prestaciones relacionadas con internaciones geriátricas. Allí también se destaca que "...en el capítulo siguiente denominado coberturas especiales, se indica qué obligaciones asume el sistema en relación a determinadas enfermedades y patologías que allí se definen...? y ?Se recomienda su atenta lectura?. En el capítulo XVI, ya al regular lo atinente a las coberturas especiales, se deja constancia que estas se refieren a determinadas situaciones, patologías o enfermedades que tradicionalmente no han sido cubiertos por los servicios de medicina prepago y que no se encuentran cubiertas por FEMEDICA de acuerdo a las condiciones generales del plan de elección del asociado, conforme se ha detallado anteriormente y se agrega Ante la sanción de la ley 24.754, FEMEDICA ha organizado este mecanismo de cobertura especial, que supone un compromiso diferente al que se ofrece al afiliado como propuesta de cobertura de nuestros planes (el subrayado y resaltado me pertenece) y, seguidamente, se indica el procedimiento a seguir para solicitarlas, estableciendo que: ?I) En

el caso que el asociado requiera la cobertura total o parcial de prestaciones que no han sido incluidas por FEMEDICA en el cuadro de prestaciones y/o en el presente reglamento general, invocando la Ley 24.754 y normas complementarias, en el caso que ello sea procedente, FEMEDICA brindará la cobertura de esas prestaciones, exclusivamente en los centros y con los prestadores que a esos fines específicos designe. El afiliado deberá comunicar esa decisión antes de solicitar la cobertura de la patología que motiva ese reclamo. Para la cobertura de prestaciones en este supuesto, el asociado no tendrá derecho a acceder a la totalidad de los prestadores de la cartilla, ni a elegir con qué prestador desea atenderse. En ningún caso se admitirá, para estas prestaciones cobertura por reintegro y/o con otro prestador que el indicado por FEMEDICA...? ( los subrayados me pertenecen). Pues bien, luego de examinar y valorar la prueba producida de acuerdo a las reglas de la sana crítica (cfr. art. 386 del CPCCN), en especial el contrato más arriba referido, no tengo dudas de que la actora - contrariamente a lo que sostiene en su expresión de agravios- tenía pleno conocimiento de los alcances de la cobertura que brindaba la prepaga a su madre (cfr. art. 4 de la ley 24.240) y de la forma en que debía requerirla, pero soslayó los términos del contrato que, como ya dije, había aceptado y también, por cierto, pasó por alto las exigencias de la ley 24.901. Digo esto porque no hay una sola constancia escrita que acredite que Baigorri hubiese solicitado a la demandada que brindara a su madre la prestación cuyo reintegro ahora pretende y menos aún se ha probado que lo haya hecho como disponía el contrato al cual ella misma se sujetó, ni que se hubiesen cumplido los procedimientos indicados por los artículos 11 y 39 de la ley 24.901. No probado el reclamo de la cobertura a la empresa demandada, en los términos previstos en el contrato y la ley, no puede decirse - como lo hace la recurrente - que medio negativa u omisión de aquélla porque en el orden lógico no se puede negar aquello que nunca se pidió. En este sentido, es dable observar que si bien la internación de doña Delia Feroldi en el hogar HIRSCH tuvo lugar el 19 de julio de 2005 (ver f.193) la única constancia escrita que se acompañó reclamando la cobertura de aquélla internación es la nota sin fecha obrante a f.13 del expediente ?Baigorri Ana María Andrea c/ Federación Médica Gremial de la Capital Federal s/amparo?, que tramitara ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil y Comercial Federal n° 3, Secretaría n° 6, que se dice presentada a la demandada el día 28 de agosto de 2009 pero cuya recepción ha sido negada por esta última y no fue corroborada por otra prueba. En cuanto a los testimonios de Marina C. Pérez y Javier H. Sofill, amigos de la actora, contrariamente a lo que pretende la quejosa, nada aporta para acreditar que se reclamó la cobertura. La primera porque sólo refirió, sin dar mayores precisiones y sin explicar cómo lo sabía, que Baigorri fue averiguar a ?FEMEDICA? para internar a su madre y le dijeron ?que no tenían? (ver f. 298) y el segundo ya que declaró que ?entiende que lo solicitaron pero no le dieron el beneficio? (ver f. 299). Pero si jamás se reclamó a la demandada la prestación médica que se dice incumplida, lo cierto es que tampoco se ha probado que para el 19 de julio de 2005, fecha en que la aquí actora toma la decisión de internar a su madre en el Hogar HIRSCH, esta última presentara un cuadro de discapacidad que justificara requerir la cobertura de esa prestación por la aquí demandada. En tal sentido, las constancias de la historia clínica agregadas a fs.193/200 demuestran que Feroldi ingreso a la referida institución para su rehabilitación, luego de haber padecido un ?episodio confuncional? con múltiples ?caídas? y un estado ?depresivo?, pues permanecía ?mucho tiempo sola debido a que sus familiares viajan? (lo cual coincide con lo declarado por los testigos Pérez y Sofill, quienes expresaron que la actora era la única hija de Feroldi y no tenía posibilidades de asistirle en forma personal porque tenía que viajar al interior del país por cuestiones laborales). Por otra parte, y si bien el 9 de mayo de 2008, se expidió a Delia Feroldi el certificado de discapacidad previsto en el art. 3 de la ley 22.431 (ver f. 9) tampoco se ha probado que para ese entonces existiera ?la necesidad imprescindible? de continuar con su internación en el Hogar Hirsch (ver conclusiones de la perito a f. 451 quien habla si de la necesidad de una internación domiciliar). Como se aprecia, la internación de Delia Feroldi efectuada por su familia en el Hogar Hirsch (ajeno a las prestaciones cubiertas por la demandada) en julio de 2005 constituyó un acto voluntario, inconsulto y unilateral de la actora, quien desconoció los términos del contrato que la ligaba a su madre con la demandada y cuyas consecuencias debe asumir personalmente. Si así no lo resolviéramos, ?cualquier afiliado podría por sí y ante sí concurrir a cualquier institución asistencial y reclamar luego el reintegro de los gastos a su obra social sin limitaciones, premisa cuyo solo enunciado convence sobre su desacierto, pues se desbarataría así el sistema sobre el que se articula el funcionamiento de las obras sociales. Y si bien es cierto que en supuestos particulares se han admitido excepciones al principio general en el que se asienta el régimen, disponiéndose la cobertura con prestadores ajenos a la obra social, ello ha sido cuando se acreditaron en forma suficiente las especiales circunstancias que así lo justificaban? (conf. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, Sala III, c. 8.728/09, in re, ?Rial María Asunción c/ OSDE s/ incidente de apelación de medida cautelar? del 1/12/09 y sus citas) comprobación esta última, que no ocurrió en este caso. No paso por alto que el contrato de medicina prepaga que nos ocupa es de los llamados de adhesión y, por esa razón, la interpretación de aquellas cláusulas oscuras o ambiguas se debe realizar en contra del predisponente (cfr. art. 1198 CC), pero en verdad no se aprecia que tal sea el caso de aquéllas que he transcripto más arriba, las cuales fijan con toda claridad que las ?internaciones geriátricas? no se encuentran dentro de las coberturas amparadas (capítulo XV), precisan el procedimiento a seguir para el caso de prestaciones que se requieren ?invocando la Ley 24.754 y normas

complementarias? (capítulo XVI) y, reitero, son ley para las partes. En suma, nadie está obligado a lo imposible (arg. art 888 del CC) y para ?FEMEDICA? era imposible cumplir una prestación que, además de estar fuera de los términos del contrato (cfr. art. 1197), nunca se le requirió. Entonces, no hay omisión que pueda generar la responsabilidad extracontractual de la demandada (art. 1109 y 1074 CC), como propiciara la actora al demandar (ver f. 23, apartado 5 y cita jurisprudencial allí realizada), ni cabe indemnizar a Baigorri daño alguno. Sobre este último, debo decir además, que al demandar - como se señalara a f. 135 vta- la apoderada de la actora no acompañó los recibos que acreditaran que fue su mandante quien hizo los pagos al Hogar Hirsch, sin dar explicaciones que justificaran esa omisión (cfr. art. 333 párrafo 2° del CPCCN), que no se ve suplida por el informe contable de f. 497/499 y la exhibición que se hiciera a la perito contable según esta informa a f.531. Entonces, aunque se pudiera tener por probar el pago lo que no se acreditó debidamente es que haya sido la actora quien afrontó esos gastos y sufrió perjuicio material. Tampoco se probó un daño moral y menos aún el ?daño punitivo? pretendido en el punto 7.2. ?e? de f. 36, pues este último procede en aquellos casos en los que el responsable causa el perjuicio a sabiendas de que el beneficio que obtendrá con la actividad nociva superará el valor que debería eventualmente desembolsar para repararlo (conf. Trigo Represas, Félix A. - López Mesa, Marcelo, ?Tratado de la responsabilidad civil?, ed. LA LEY, Buenos Aires, 2004, t° I, pág. 557) y nada de eso se probó en este caso. En cuanto a las costas, no advierto, ni la recurrente expresa, razones para apartarse del principio objetivo de la derrota aplicado en la anterior instancia (cfr. art. 68 CPCCN), por lo que también en este punto la sentencia debe confirmarse. Por estas consideraciones, propongo al Acuerdo: I) confirmar la sentencia recurrida en todo cuanto fue materia de recurso; II) encomendar al juzgado el cobro de la respectiva tasa de justicia, ya que no se advierte su pago. Así lo voto. Los Dres. Mizrahi y Ramos Feijóo, por análogas razones a las aducidas por el Dr. Parrilli, votaron en el mismo sentido a la cuestión propuesta. Con lo que terminó el acto: ROBERTO PARRILLI CLAUDIO RAMOS FEIJOO MAURICIO LUIS MIZRAHI Buenos Aires, junio de 2016.- Y VISTOS: Por lo que resulta de la votación que instruye el Acuerdo que antecede, se resuelve: I) confirmar la sentencia recurrida en todo cuanto fue materia de recurso, con costas de Alzada a la apelante vencida; II) encomendar al juzgado el cobro de la respectiva tasa de justicia, ya que no se advierte su pago. Ante todo corresponde señalar que la apelación de los honorarios por altos introducida por la quejosa a fs. 708 no será tenida en cuenta por ser extemporáneo el planteo. Tiene resuelto esta Sala que, en los casos en que ha sido rechazada la demanda (conf. sentencia de fs. 646/657, confirmada por este Tribunal), la base regulatoria se halla configurada por el monto reclamado en el escrito de inicio con más sus intereses (conf. Plenario ?Multiflex S.A. c/ Consorcio Bartolomé Mitre 2257 s/ sumario? del 30/9/75, E.D. 64-250; id., C.N.Civ., esta Sala, RN° 18.557/00 del 20.09.10; id., HN° 38.971/08 del 22.06.11; id., HN° 62.872/08 del 05.07.11, entre otros). En consecuencia, teniendo en cuenta el interés económico comprometido, labor desarrollada, apreciada por su naturaleza, importancia, extensión, eficacia y calidad; etapas cumplidas; resultado obtenido; que a efectos de meritar los trabajos desarrollados por los expertos se aplicará el criterio de la debida proporción que los emolumentos de los peritos deben guardar con los de los demás profesionales que llevaron la causa (conf. C.S.J.N., Fallos 236:127; 239:123; 242:519; 253:96; 261:223; 282:361; CNCiv., esta Sala H.N.° 11.051/93, in re: ?Hernández c/ Jaramal s/ daños y perjuicios?, del 17/12/97; id., H.N.° 44.972/99, in re: ?Alvarez c/ Sayago s/ daños y perjuicios?, del 20/3/02; id., H.N.° 363.134 in re: ?Patri c/ Los Constituyentes s/ daños y perjuicios?, del 23/6/04; id., H.N.° 5810/05, in re: ?Morandini c/ TUM S.A. s/ daños y perjuicios?, del 28/12/07; id., H.N.° 42.689/05, in re: ?Godoy c/ Kañevsky s/ ordinario?, del 6/3/08; id., H.N.° 87.303/04, in re: ?Barrios Escobar c/ Transportes s/ daños y perjuicios?, del 24/9/08; id. H.N.° 40.649/02, in re: ?Mazzeo c/ Romero s/ daños y perjuicios?, del 9/6/10; id. H.N.° 108.802/04, del 21/2/11, entre otros), así como la incidencia que las mismas han tenido en el resultado del pleito; recursos de apelación interpuestos por bajos a fs. 663/664 y 668 y por altos a fs. 681 y de conformidad con lo dispuesto por los arts. 6, 7, 9, 37, 38 y cc. de la ley de arancel N° 21.839, con las modificaciones introducidas en lo pertinente por la ley 24.432 y art. 478 del Código Procesal, se modifican los honorarios regulados a fs. 657, fijando los correspondientes a la perito contadora M.B.A.R., en la suma de PESOS DIECINUEVE MIL (\$ 19.000) y los de la perito médica Dra. F.O.R., en PESOS DIECINUEVE MIL (\$ 19.000) y se confirman los honorarios de la letrada apoderada de la parte actora, Dra. L.V.T. Por su labor en la Alzada se fijan en PESOS VEINTE MIL (\$ 20.000) los honorarios del letrado apoderado de la parte demandada, Dr. H.O.S. y en PESOS TRECE MIL DOSCIENTOS (\$ 13.200) los correspondientes a la letrada apoderada de la parte actora, Dra. L.V.T. (conf. arts. 14, 49 y cc. de la ley de arancel) los que deberán abonarse en el plazo de diez días. Regístrese, protocolícese y notifíquese. Oportunamente publíquese (conf. C.S.J.N. Acordada 24/2013). Fecho, devuélvase. Fecha de firma: 05/06/2017 Firmado por: DR. MAURICIO LUIS MIZRAHI, JUEZ DE CÁMARA Firmado por: DR. CLAUDIO RAMOS FEIJOO, JUEZ DE CÁMARA Firmado por: ROBERTO PARRILLI, JUEZ DE CAMARA 017763E