

Salud: La obra social no puede pretender limitar unilateralmente el porcentual de cobertura de un dispositivo requerido para el tratamiento del ?síndrome apnea-hipopnea del sueño moderado?

Salud: La obra social no puede pretender limitar unilateralmente el porcentual de cobertura de un dispositivo requerido para el tratamiento del ?síndrome apnea-hipopnea del sueño moderado'

Salud: La obra social no puede pretender limitar unilateralmente el porcentual de cobertura de un dispositivo requerido para el tratamiento del ?síndrome apnea-hipopnea del sueño moderado' Fuente: doc_01_2026_0031.html Partes: J. V. G. c/ Asociación Mutual Sancor Salud s/ amparo contra actos de particulares Tribunal: Cámara Federal de Apelaciones de Resistencia Sala / Juzgado / Circunscripción / Nominación: Fecha: 26 de agosto de 2025 Cita digital: dj157158157158157158 Voces: OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS ? OBRAS SOCIALES ? MEDICINA PREPAGA ? COBERTURA DE MEDICAMENTOS ? PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO La obra social no puede pretender limitar unilateralmente el porcentual de cobertura de un dispositivo requerido para el tratamiento del ?síndrome apnea-hipopnea del sueño moderado'. Sumario: 1.-Frente a los padecimientos que sufre el actor que obran puntualizados en los informes médicos acompañados -los que no resultan controvertidos-, el contrato queda integrado con reglamentaciones internas de la obra social y, además, con las directrices marcadas por el Programa Médico Obligatorio (res. 201/02 y 1991/05 del Ministerio de Salud), la Ley 23.661 y la Ley 26.682, lo que determina que no puede limitarse unilateralmente el porcentual de cobertura de un dispositivo requerido para el tratamiento del ?síndrome apnea-hipopnea del sueño moderado', el cual debe ser cubierto en su totalidad por aquella. 2.-El hecho de que una prestación no esté incluida en el Programa Médico Obligatorio no justifica la decisión de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga de negarse a otorgar la cobertura solicitada. 3.-El Programa Médico Obligatorio fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar (res. 201/02 y 1991/05 del Ministerio de Salud), por lo que no constituye una limitación para los agentes del seguro de salud, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales, y el mismo contiene un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto. 4.-A partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 26.682, las empresas de medicina prepaga deben cubrir con carácter obligatorio y como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación; de lo expuesto surge que las empresas de medicina prepaga se encuentran igualadas en cuanto a sus obligaciones prestacionales en relación con las obras sociales. 5.-El Programa Médico Obligatorio no constituye una limitación para los agentes de seguro de salud, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales, y el mismo contiene un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto. Fallo: Resistencia, 26 de agosto de 2025.- GAKVISTOS: Estos autos caratulados: «J. V. G. c/ ASOCIACION MUTUAL SANCOR SALUD s/ AMPARO CONTRA ACTOS DE PARTICULARES», Expte. N° FRE 3528/2024/CA2, provenientes del Juzgado Federal N° 2 de la ciudad de Formosa; Y CONSIDERANDO: I.- Arriban los autos a conocimiento y decisión de esta Alzada con motivo de los recursos de apelación deducidos por ambas partes contra la sentencia de fecha 10/04/2025 que hizo lugar parcialmente a la acción de amparo interpuesta por el Sr. V. G. J. y, en consecuencia, ordenó a la Asociación Mutual Sancor Salud (AMSS) la provisión del dispositivo «AUTOCPAP, PRESIÓN MÍNIMA DE 5 CMH20 ? PRESIÓN MÁXIMA DE 9.4 CMH20» y una «MÁSCARA NASAL SILICONADA TALLE XL» que le fuera prescripto, con la cobertura del 50% del mismo de conformidad a la normativa vigente (PMO 8.3.3) y del contrato al cual el actor se adhirió. Impuso las costas del proceso a la demandada vencida y reguló honorarios profesionales. II.- Contra dicha decisión la AMSS interpuso recurso de apelación en fecha 14/04/2025 y el actor hizo lo propio el 21/04/2025, los que fueran concedidos en relación y con efecto suspensivo, cuyos agravios, sintetizados, se detallan a continuación: a) Recurso de AMSS: Sostiene que la cobertura brindada por su parte se ajusta en un todo a la normativa vigente. Afirma que jamás rechazó la práctica, sino todo lo contrario, ya que autorizó lo solicitado -dice- en un 10% más de lo que ordena el PMO. Expone que, a pesar de ello, el amparista procedió apresurada e intempestivamente a iniciar la presente acción, cuando en verdad ya contaba con la autorización solicitada conforme al plan contratado. Cuestiona la imposición de costas y requiere que las mismas sean impuestas en el orden causado. b) Recurso del actor: Sostiene que la sentencia recurrida incurre en una errónea subsunción normativa y una incorrecta valoración médico-jurídica al calificar al dispositivo AUTOCPAP prescripto como una «prótesis» u «ortesis externa», con sustento en lo dispuesto por el punto 8.8.3. del Programa Médico Obligatorio (PMO) y el contrato de adhesión con la demandada, restringiendo su cobertura al 50%. Alega que el AUTOCPAP (presión positiva continua en la vía aérea automática) no reúne las características funcionales ni normativas de una prótesis o una ortesis, ya que no sustituye una parte del cuerpo humano, ni asiste, corrige o estabiliza funciones musculoesqueléticas o biomecánicas comprometidas. Tampoco

puede ser encuadrado como una prótesis bioeléctrica o mioeléctrica, ya que no opera mediante señales musculares ni neuromusculares, ni reemplaza movimiento o estructura física alguna. Afirma que, desde el punto de vista médico, el AUTOCPAP es un dispositivo terapéutico electromédico no invasivo, prescripto como tratamiento de primera línea y de uso continuo para pacientes con diagnóstico de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAHOS), patología que a su parte le fue categorizada como moderada. Expone que su función es suministrar presión positiva de aire durante el sueño para prevenir la obstrucción de la vía aérea superior, evitando así episodios repetidos de hipoxia, microdespertares, hipertensión, arritmias, accidentes cerebrovasculares, y deterioro cognitivo. Indica que la errónea interpretación de la Jueza de la anterior instancia incurre, además, en una aplicación mecánica y restrictiva del PMO, sin advertir que dicho plexo normativo constituye un piso prestacional básico y no un límite excluyente. Cita jurisprudencia que estima avala su posición. Invoca que el fallo en crisis adolece de un defecto sustancial que afecta su validez constitucional, en tanto omite considerar su situación de vulnerabilidad económica, circunstancia debidamente acreditada en autos y relevante para evaluar la razonabilidad y eficacia de la medida dispuesta. Efectúa diversas consideraciones al respecto. Sostiene que la decisión recurrida no calificó ni valoró debidamente la conducta adoptada por la AMSS, la que no solo limitó ilegítimamente la cobertura al 50%, sino que además lo hizo sobre un equipo distinto (CPAP) del prescripto por su médico tratante (AUTOCPAP), incurriendo en una clara desviación administrativa del acto médico. Reserva el Caso Federal y efectúa petitorio de estilo. Corridos los pertinentes traslados, ambas partes lo contestaron en base a argumentos a los que remitimos en honor a la brevedad. Elevadas las actuaciones a esta Alzada, se llamó Autos para sentencia en fecha 20/05/2025. III.- Inicialmente resulta oportuno efectuar un breve relato de los antecedentes que motivaron la presente acción de amparo, la que fuera promovida por el Sr. V. G. J., a fin de que la demandada le otorgue de manera urgente, gratuita (100%) e integral, la cobertura de tratamiento del «SÍNDROME APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHOS) MODERADO» que padece, para lo que solicita se le provea un dispositivo «AUTOCPAP, PRESIÓN MÍNIMA DE 5 CMH20 ? PRESIÓN MÁXIMA DE 9.4 CMH20» y una «MÁSCARA NASAL TALLE XL SILICONADA» que le fueron prescriptos por Dr. Facundo Sotelo (especialista en Neumonología). Refiere el amparista que, luego de efectuarse los estudios médicos pertinentes, dicho profesional informó que el actor padece tal síndrome y que, adicionalmente, tiene diversos indicadores de riesgo aumentados, entre ellos el índice de saturación de oxígeno y la obesidad, con un índice de masa corporal (IMC) de 36 (obesidad grado II con riesgo severo de enfermedad relacionada). En razón de ello, el tratante prescribió el día 12/07/2024 la compra de un dispositivo «AUTOCPAP, PRESION MINIMA DE 5 CMH20 ? PRESION MAXIMA DE 9.4 CMH20» y una «MÁSCARA NASAL SILICONADA TALLE XL», para utilizar diariamente al momento de dormir. Conjuntamente con la promoción de la presente acción, solicitó el dictado de una medida cautelar, la que luego de ser desestimada por la magistrada de la instancia anterior en fecha 02/09/2024, esta Cámara revocó dicha resolución el 04/10/2024 y, en consecuencia, ordenó a la AMSS que otorgue al actor, con cobertura del 100%, el dispositivo «AUTOCPAP» y la máscara que le fueron prescriptos por su médico tratante. Todo ello previa caución juratoria que debía prestarse en el Juzgado de origen. Finalmente, el día 10/04/2025 se dictó sentencia haciendo lugar parcialmente a la acción de amparo interpuesta, con una cobertura del 50% de conformidad a la normativa vigente (PMO 8.8.3) y del contrato al que adhirió el actor. Conforme surge del relato de los hechos y los agravios esgrimidos, el actor cuestiona la interpretación que efectúa la sentenciante del dispositivo prescripto y, como consecuencia, que el fallo impugnado le otorgue una cobertura del 50% del costo del mismo cuando, sostiene, corresponde que la misma sea del 100%. Por su lado, la AMSS afirma haber cumplimentado con su obligación contractual y, por ello, que las costas deberían distribuirse por su orden. Sentado ello y previo a entrar en el análisis de la sentencia recurrida, corresponde efectuar el encuadre normativo y jurisprudencial aplicable a las presentes actuaciones, teniendo en especial consideración la situación en la que se encuentra el actor, es decir encontrarse padeciendo «SÍNDROME APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHOS) MODERADO», con diversos indicadores de riesgo aumentados, entre ellos el índice de saturación de oxígeno y la obesidad, con un índice de masa corporal (IMC) de 36 (obesidad grado II con riesgo severo de enfermedad relacionada). Todo ello surge acreditado de los diversos informes médicos acompañados, los que fueron confeccionados por su médico tratante, diagnóstico que, además, no se encuentra controvertido por la demandada. En el contexto descripto no es ocioso señalar que entre los intereses en juego en el presente subyace un derecho tan ostensible y esencial como lo es el derecho a la salud -comprendido dentro del derecho a la vida- reconocido en el plexo de normas con jerarquía constitucional que gozan de operatividad, lo que ha sido puntualizado reiteradamente por la Corte Suprema (Fallos:323:3229 y 324:3569 , y sus citas y otros). Desde la jurisprudencia se precisó reiteradamente que el derecho a la salud representa uno de los aspectos del derecho a la vida, y su reconocimiento como prerrogativa personalísima posee expresa raigambre constitucional con la incorporación como Ley Suprema de los tratados internacionales que así lo receptan (art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, art. 25-1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y art. 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, entre otros). Tales pautas han sido recogidas por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en cuanto tiene dicho que «lo dispuesto en los tratados internacionales que

tienen jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22 de la Ley Suprema) reafirma el derecho a la preservación de la salud ? comprendido dentro del derecho a la vida- y destaca la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones sociales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga» (Fallos: 323:3229). Asimismo, es doctrina del Alto Tribunal que en la actividad de las obras sociales ha de verse una proyección de los principios de la seguridad social, a la que el art. 14 bis de la Constitución Nacional confiere carácter integral, que obliga a apreciar los conflictos originados por su funcionamiento con un criterio que no desatienda sus fines propios (Fallos: 306:178; 308:344 y 324:3988). Así, la Corte Suprema señaló que el derecho a la salud se vincula con el derecho a la vida (Fallos: 329:4918) y, naturalmente, con la integridad física (Fallos: 324:677). En ese sentido, cabe recordar que también remarcó que el hombre es eje y centro de todo el sistema jurídico y en tanto fin en sí mismo su persona es inviolable y constituye un valor fundamental con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental (Fallos: 316:479). Dicho derecho denota como presupuesto mínimo la preservación de la vida en condiciones de equilibrio psicológico y biológico y requiere la acción positiva de los órganos del Estado, como garante del sistema de salud, en procura de que las personas en riesgo reciban las prestaciones necesarias a cargo de las obras sociales y entidades de medicina prepaga de salud. Lo expuesto no constituye una mera declaración de voluntad, sino que significa el compromiso del propio Estado a su tutela, dictando las normas necesarias y velando por su cumplimiento a fin de garantizar la vigencia sociológica de este derecho. En efecto, el Alto Cuerpo se encargó de desentrañar el alcance de los preceptos contenidos en el sistema de fuentes aplicables al caso (la C.N. y los instrumentos internacionales), puntualizando que la primera característica de esos derechos y deberes es que no son meras declaraciones, sino normas jurídicas operativas con vocación de efectividad. Ahora bien, en el ejercicio de las prestaciones médico-asistenciales las obras sociales integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud en calidad de agentes naturales del mismo y están sujetas a las disposiciones y normativas que lo regulen, debiendo adecuarse a sus directivas básicas, que tienen «como objetivo fundamental proveer al otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones, eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.» (art. 2º, párrafo 1º, ley 23.661); (Confr. Vázquez Vialard, A., Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Ed. Astrea, Bs.As., 1992, tomo 2, págs. 599/600). A) De tal manera, a fin de determinar si existió arbitrariedad e ilegalidad en el obrar de la demandada, relacionado con el cuestionamiento que efectúa la Obra Social respecto a que su parte cumplió con su obligación legal -de conformidad lo previsto en el PMO punto 8.8.3 y el plan contratado-, caben efectuar las consideraciones que siguen. La función del amparo consiste en examinar la legitimidad del o de los actos impugnados con la finalidad de lograr, en su caso, la anulación del acto lesivo del derecho fundamental restableciendo este último (Cfr. Díaz Solimine, Omar Luis, Juicio de Amparo, Colección Procesos Civiles, Vol. 13, Ed. Hammurabi, Buenos Aires, 2003, pág. 47). Por lo tanto, el amparo, además de ser una acción, es un derecho constitucional que llama a los Tribunales a intervenir proactivamente, en este caso, a una protección efectiva al derecho a la salud, calidad de vida y dignidad de las personas afiliadas a obras sociales o de medicinas prepagas en donde se encuentra en juego el orden público (Brest, Irina D., 23-11-2018, Cita: MJ-COD-13777-AR ?Acción de Amparo contra Obras Sociales o Medicinas Prepagas'). Explicado lo anterior y de conformidad a las constancias de autos entendemos que se han excedido los límites de lo que razonablemente correspondía a la accionada arbitrar, evitando obstáculos a la cobertura integral del tratamiento del Sr. J. En efecto, de las constancias agregadas a las actuaciones, surge que la demandada informó al accionante en fecha 24/07/2024 -vía correo electrónico- ?sobre la modalidad de cobertura establecida sobre CP.@.Q. Se proporcionara un reintegro del 50% por el alquiler del equipo, por un período de tres (3) meses para que ud. pueda evaluar la tolerancia al equipo. Posteriormente, se otorgara un 50% de reintegro en la compra, considerando siempre el valor de referencia menor de plaza'. De una simple lectura de los términos en los que fuera contestado el pedido efectuado por el actor se advierte, como lo indica la sentenciante, que el dispositivo ofrecido por la AMSS, esto es CPAP (presión positiva continua en las vías respiratorias), no resulta similar al que fuera prescripto por el tratante. Dicho dispositivo, si bien tiene una finalidad semejante al ?AUTOCPAP' (presión positiva automática en las vías respiratorias), se diferencia de este puesto que no ajusta automáticamente la presión según las necesidades del paciente durante la noche. Para decidir, cabe resaltar que el sistema de Obras Sociales, como parte de la Seguridad Social, comparte los fines de la misma, por lo que su implementación no debe concebirse en forma restrictiva sino procurando brindar prestaciones integrales (conf. art. 14 bis C.N.; art. 2 Ley Nº 23.661). El contrato queda integrado, entonces, no solo con reglamentaciones internas de la accionada sino también con dichas leyes que hacen inmediatamente operativa la obligación de los agentes de salud y de las empresas médicas de cubrir, en forma integral, las prestaciones enumeradas en dichos plexos normativos. Sentado lo anterior concluimos en que la negativa de la recurrente de cobertura de las prestaciones solicitadas, ante el estado de salud del Sr. J., cede frente a la normativa antes referida, máxime contemplando la urgencia y necesaria concreción que

tenía el actor del tratamiento que el profesional había determinado. De acuerdo se desarrollaron los acontecimientos antes detallados, se corrobora que el actor tuvo que iniciar la presente acción a fin de que la Obra Social brinde efectivo cumplimiento a la prescripción médica. En virtud de lo expuesto, siendo que para resolver resulta preciso examinar las causas que condujeron a ese desenlace y las circunstancias en que tuvo lugar, como así también en qué medida la conducta de cada una de las partes influyó para que la controversia finalizara de esa manera, cabe rechazar del recurso interpuesto por la AMSS, en tanto el amparista se vio en la necesidad de iniciar la presente acción ante el obrar omisivo de la Obra Social en otorgar la prestación solicitada por el afiliado. B) Zanjada dicha cuestión, cabe analizar el agravio del actor, el que cuestiona la interpretación que efectúa la sentenciante del dispositivo prescripto y solicita se le otorgue la cobertura del 100% del costo del mismo. Inicialmente, cabe recordar que el Programa Médico Obligatorio (PMO) fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar (Resolución 201/02 y 1991/05 del Ministerio de Salud). De tal manera, el PMO no constituye una limitación para los agentes de seguro de salud, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales, y el mismo contiene un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto. Cabe agregar que a partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 26.682, las empresas de medicina prepaga deben cubrir con carácter obligatorio y como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación. De lo expuesto, surge que las empresas de medicina prepaga se encuentran igualadas en cuanto a sus obligaciones prestacionales en relación con las obras sociales. Por lo tanto, argumentos como el que pretende introducir la recurrente -para justificar la negativa a otorgar la cobertura solicitada- y en el que usualmente se enrolan las obras sociales sobre su falta de obligación en brindar cobertura por no encontrarse la prestación incluida en el PMO, no resultan excusables para eximirse de la obligación. Jurisprudencialmente se ha dicho -refiriendo al PMO- que «éste fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar, y no resulta aceptable la implantación de un menú que reduzca las prestaciones habituales, como así también que, independientemente de la cobertura prevista en el programa, no existen patologías excluidas (ver considerandos de la Resol. 939/00 del Ministerio de Salud, modificada por Resol. 201/02). En tales condiciones, esa limitación en la cobertura debe ser entendida como un «piso prestacional», por lo que no puede, como principio, derivar en una afectación del derecho a la vida y a la salud de las personas -que tiene jerarquía constitucional (Fallos 323:1339), máxime cuando la ley 23.661 establece el otorgamiento de prestaciones de salud integrales que tiendan a la protección de la salud con el mejor nivel de calidad disponible (cfr. Sala 1, causas 630/03 del 15-4-2003 y 10.321/02 del 13-4-2004; Sala 3, causa 2216/04 del 15-11-2005 y Sala de Feria, causa 13.572/06 del 19-1-2007), siendo claro que no corresponde aquí detenerse en la consideración de razones puramente económicas pues, como lo ha precisado la Corte Suprema de Justicia de la Nación, el derecho a la vida -que incluye a la salud- es el primer derecho de la persona garantizado por la Constitución Nacional y por tratados internacionales, y constituye un valor fundamental respecto del cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental» (Fallos:323:3229 y 324:3569). (Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, Sala III in re B. J. G. c/ OSPLAD s/ sumarísimo de salud del 16-jul-2015 Cita: MJJU- M-95429-AR | MJJ95429 | MJJ95429). En este contexto y frente a los padecimientos que sufre el actor que obran puntualizados en los informes médicos acompañados -los que no resultan controvertidos-, reiteramos que el contrato queda integrado con reglamentaciones internas de la AMSS y, además, con las directrices marcadas por la normativa aludida, lo que determina que no puede limitarse unilateralmente el porcentual de cobertura. La Suprema Corte Nacional se ha pronunciado en este sentido afirmando si bien la actividad de las empresas de medicina prepaga posee carácter comercial, no debe desatenderse que ellas tienden a proteger las garantías a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas, adquiriendo un cúmulo de compromisos que exceden el mero plano negocial (CSJN, 13.3.01 «Hospital Británico de Buenos Aires C/ M.S. Y A.S.»), lo cual no implica más que abogar por la protección y conservación de las relaciones privadas en la esfera de la buena fe (CNCIV, SALA K, 19.9.02, «P. DE M.I.J.M. C/ Hospital Alemán», ID.Sala L, 16.10.03, «Lipski, Elena C/ Minerva»). Es decir, la cobertura debe ser íntegra y teniendo en cuenta las particularidades de los pacientes, afirmando que quien pertenece a un sistema «cerrado» de prestaciones -que como tal debe cubrir plena y satisfactoriamente las necesidades del usuario- tiene derecho al reintegro de lo gastado, aunque no sea propio del sistema (CNCIV, Sala K, 21.02.96, «Giménez de Rueda, ADELA C/ Asociación Civil del Hospital Alemán y Otro»), lo que resulta de estricta aplicación respecto de la Obra Social demandada. Además, resulta dirimente para resolver la controversia, resaltar que -a diferencia de lo expuesto por la sentenciante- el tratamiento de oxigenoterapia no se encuentra contemplado en el Programa Médico Obligatorio -PMO-, ya que no cabe asimilarlo a la cobertura dispuesta en el punto 8.8.3 que refiere -en lo que el fallo en crisis equipara- a ortesis y prótesis externas. Por un lado, la ortesis es un dispositivo externo utilizado para modificar las características estructurales o funcionales del sistema locomotor. Su objetivo principal es proporcionar soporte, estabilidad, y mejorar la función de una articulación o miembro afectado por una lesión, enfermedad o malformación. A su vez, la prótesis externa es un dispositivo médico diseñado para reemplazar o complementar la función de una

parte del cuerpo que falta o no funciona correctamente y que se utiliza externamente, sin necesidad de cirugía para su instalación (se diferencia de las prótesis interna que se implanta quirúrgicamente). Desde tal perspectiva, se vislumbra que no resulta asimilable el dispositivo de AUTOCPAP prescripto al actor a fin de que se ajuste automáticamente la presión del paciente según sus necesidades durante la noche a una ortesis y/o prótesis externas. De allí que -reiteramos- no puede perderse de vista que el PMO fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar (Resolución 201/02 y 1991/05 del Ministerio de Salud), por lo que no constituye una limitación para los agentes del seguro de salud, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales, y el mismo contiene un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto. Tampoco cabe soslayar que la Resolución N° 201/2002, mediante la que se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales, garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud, comprendidos en el artículo 1ro. de la Ley N° 23.660, establece en el «ANEXO II ? CATÁLOGO DE PRESTACIONES. . 290202. POLISOMNOGRAFÍA CON OXIMETRIA NOCTURNA EN ADULTOS CON PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA. OBLIGACIÓN DE COBERTURA SI CUMPLE LOS SIGUIENTES CRITERIOS: 1. Con alto impacto de los síntomas en la vida diaria. 2. Alta sospecha de apnea del sueño. 3. Dispuestos a utilizar Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (PPCVA). 4. Que han intentado otras medidas (deshabitación al tabaquismo, tratamiento de la obesidad, evitar medicación predisponente como benzodiazepinas, etc.)». Contemplando los estudios e informes médicos acompañados, resulta posible determinar que el Sr. V. G. J. padece del «SÍNDROME APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHOS) MODERADO» y, adicionalmente, tiene diversos indicadores de riesgo aumentados, entre ellos el índice de saturación de oxígeno y la obesidad, con un índice de masa corporal (IMC) de 36 (obesidad grado II con riesgo severo de enfermedad relacionada), lo que determina la necesidad de la íntegra cobertura del dispositivo requerido. Por ello, se debe concluir que corresponde hacer lugar al agravio del accionante y, en consecuencia, disponer que la cobertura que la AMSS debe brindarle respecto del dispositivo «AUTOCPAP, PRESIÓN MÍNIMA DE 5 CMH20 ? PRESIÓN MÁXIMA DE 9.4 CMH20» y de la «MÁSCARA NASAL SILICONADA TALLE XL» sea del 100% de su costo. C) Finalmente la demandada cuestiona la imposición de costas, solicitando que las mismas sean impuestas en el orden causado. Teniendo en cuenta de que el actor se vio obligado a promover la presente en defensa de sus derechos, queda justificada la imposición de las costas a la accionada. Es que se debe impedir que la necesidad de servirse del proceso para la defensa del derecho, se convierta en un daño para quien se ve constreñido a accionar o a defenderse en juicio para pedir justicia. (Chiovenda, Ensayos de Derecho Procesal Civil, trad. de Sentís Melendo, t. II, pág. 5, citado por la CAMARA NAC. DE APELACIONES EN LO CIVIL COMERCIAL FEDERAL, Sala 3 en la causa 8578 del 17/11/92; causas 3223/00, 6049/00 y 9654/00; Sala 2, causa 7332/01; Id SAJJ: FA08030228). Ello es así en tanto no es justo que el actor cargue con las costas del juicio que se vio obligado a deducir ante la conducta de la demandada (Morello-Sosa-Berizonce, Códigos Procesales, Ed. Platense, 1989, t. II-B, p. 74). En efecto, la eximición de costas contenida en dicho dispositivo debe ser interpretada en sentido estricto, porque importa una excepción al principio general según el cual las costas se imponen al accionado cuando la parte se vio obligada a litigar. En efecto, esa regla no puede ser general, y si mediante la medida logra la efectividad del derecho y resulta claro que el actor se vio constreñido a pedirla por la actitud del demandado, hay que imponerle a éste las costas; acontece que el ejercicio regular de un derecho no puede traer consecuencias adversas a quien lo pone en movimiento. (Cfr. Morello, Sosa, Berizonce, ob. cit., ed. 1985, T. II-B, p. 162 y esta Cámara en Resolución de fecha 26/03/2021 en autos caratulados «AQUINO, GLADIS C/ PAMI S/ AMPARO», Expte. N° 9575/2019). En orden a los fundamentos expuestos, corresponde desestimar el recurso interpuesto y, en consecuencia, confirmar la imposición de costas a cargo de la AMSS. IV.- Las costas de la Alzada, en atención al resultado obtenido, se imponen a la Obra Social en virtud del principio objetivo de la derrota (art. 68 del CPCCN). A los fines de regular honorarios por la labor profesional, cabe acudir a lo dispuesto por los arts. 16, 20, 48 y 51 de la Ley de Honorarios vigente N° 27.423, todos en función del art. 30 del mismo cuerpo legal. Se tiene en cuenta además que las escalas arancelarias en general refieren al patrocinio de la parte vencedora, por lo que para regular los honorarios del letrado de la demandada debe considerarse el carácter de vencido. Al efecto se tiene en cuenta el valor UMA según Resolución SGA N° 1860/2025 de la C.S.J.N. (\$75.789 a partir del 01/07/2025), los que se fijan en las sumas que se determinan en la parte resolutive. Por los fundamentos expuestos, por mayoría, SE RESUELVE: I.- RECHAZAR el recurso de apelación interpuesto por la demandada en fecha 14/04/2025. II.- HACER LUGAR al recurso de apelación articulado por el actor el día 21/04/2025 y, en consecuencia, MODIFICAR la sentencia del 10/04/2025, ordenando que la Asociación Mutual Sancor Salud otorgue la cobertura del 100% del dispositivo «AUTOCPAP, PRESIÓN MÍNIMA DE 5 CMH20 ? PRESIÓN MÁXIMA DE 9.4 CMH20» y de la «MÁSCARA NASAL SILICONADA TALLE XL» prescriptos por el médico tratante. III.- IMPONER las costas de Alzada a la accionada vencida. A tal fin, REGÚLANSE los honorarios profesionales como sigue: Dr. Alfredo Gastón Fernández Bedoya, como patrocinante, en . UMA equivalentes actualmente a (\$.); Dr. Javier Edgardo Treppo en .

UMA equivalentes en la actualidad a (\$) y . UMA equivalentes en la actualidad a (\$) por su intervención en el doble carácter. Más I.V.A. si correspondiere.IV.- COMUNICAR a la Dirección de Comunicación y Gobierno Abierto, dependiente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (conforme Acordada 10/2025 de fecha 29/05/2025 de ese Tribunal).V.- REGÍSTRESE, notifíquese y devuélvase.