

Bahía Blanca, **26** de noviembre de 2020.

VISTO: El expediente N° **FBB 13880/2019/CA3**, de la Secretaría N° **2**, caratulado: **“RONCERO, ANAHÍ KARINA c/ MUTUAL FEDERADA 25 DE JUNIO Y OTROS/ AMPARO LEY 16.986”**, originario del Juzgado Federal N° **1** de la sede, para resolver los recursos de apelación interpuestos el 4/9/2020, contra la sentencia dictada el 2/9/2020 y el 14/9/2020 y el 25/9/2020, contra las regulaciones de honorarios del 10/9/2020 y del 24/9/2020, respectivamente.

El señor Juez de Cámara, doctor Leandro Sergio Picado, dijo:

1ro.) El Sr. Juez de grado el 2/9/2020 hizo lugar a la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por el Estado Nacional - Ministerio de Salud de la Nación.

Asimismo, hizo lugar a la acción de amparo interpuesta por la Sra. Anahí Karina Roncero, condenando a Mutual Federada 25 de Junio S.P.R. a que proceda a la inmediata re-afiliación de la nombrada, en los mismos términos y condiciones que tenía al momento de su expulsión el 1/9/19 y a otorgarle la cobertura de la medicación biológica necesaria para el tratamiento de su enfermedad, conforme lo indicado por la Dra. Cecilia Pfoh; impuso las costas a la demandada y difirió la regulación de honorarios de los profesionales que intervinieron hasta tanto denuncien su situación previsional y acrediten su situación impositiva.

Por otra parte, el 10/9/2020 reguló los honorarios profesionales del Dr. Matías E. González Alazard y el 24/9/2020 los del Dr. Eduardo Atilio Montú, ambos en carácter de apoderados de la codemandada Estado Nacional-Ministerio de Salud de la Nación, por la labor desarrollada en autos –el primero de los nombrados por su presentación sustituyendo al anterior letrado con posterioridad a la apertura a prueba y contestación de un traslado solicitando intervención de tercero y el segundo de ellos, opuso excepción de falta de legitimidad pasiva y presentó el informe del art. 8 de la ley 16.986–, en ambos casos con resultado ganador, por la calidad, eficacia y extensión de los trabajos realizados, lo dispuesto en los arts. 16, 19, 48 y 51 de la ley 27.423, por ser el presente un proceso no susceptible de apreciación pecuniaria y teniendo en consideración los montos estimados para los procesos de amparo con resultado ganador (22 UMA), atento la efectiva labor desarrollada por los letrados, en un 50% de esa suma para cada uno de ellos, es decir 11 UMA equivalentes a \$35.112,

USO OFICIAL



con más el 40% por su doble carácter y el 10% con destino a la Caja de Previsión (art. 12 inc. a) ley 6.176); los que fueron apelados por bajos por sus beneficiarios el 10/9/2020 y el 24/9/2020, respectivamente.

2do.) Contra la sentencia, el apoderado de la Mutual Federada 25 de Junio interpuso recurso de apelación el 4/9/2020 a las 11:37 hs.

Sostuvo que: *a)* el sentenciante **“incurre en valoración y apreciación parcial de la prueba producida –valoración de documentos privados no reconocidos –transgiversa informe pericial”**, pretende fundar una presunta ausencia de prueba de su mandante acerca de la palmaria mala fe de la actora al suscribir la declaración jurada de salud y a partir de un razonamiento exclusivamente personal, le endilga una conducta manifiestamente arbitraria e ilegítima a la demandada; *b)* su mandante acompañó un informe suscripto por la Dra. Antonela Befani Bernal en el que indicó que Roncero era **“una paciente de 45 años con hidrosadenitis supurativa desde los 15 años”**, que la amparista entregó al solicitar prestaciones para su enfermedad y luego de la contestación de demanda, no desconoció su autenticidad ni contenido y, por su parte, el juez sin fundamento sostenible y basado en su mera voluntad, desvirtuó su contenido al entender que la médica **“...hizo referencia al origen que su especialidad le permite presumir, pero no que haya sido constatado antes, ni menos aún puesto en conocimiento de la actora...”**; *c)* también se acompañó el informe de la Dra. Alicia Soazo, que tampoco fue cuestionado por la actora y del que se desprende que la enfermedad que ésta padece, tiende a comenzar después de la pubertad; *d)* el juzgador tergiversó la respuesta b) emitida por el Perito Oficial, cuando expresó que en los estadios “tempranos” el diagnóstico es “perdido” y el retardo promedio en llegar al diagnóstico es de 7 años, toda vez que ello alude a un diagnóstico en edad temprana y no el límite de los 40 años como sugiere el magistrado, con lo que aun valorando de manera favorable a la actora lo informado por el perito, la edad de 44 años que tenía la accionante cuando suscribió la Declaración Jurada de su puño y letra, hacen objetivamente concluir que conocía la existencia de su enfermedad, lo que resulta coincidente con los informes de la Dras. Befani Bernal y Soazo; *e)* se tuvieron por válidos los certificados médicos acompañados por la actora de fecha posterior a la afiliación, los que fueron desconocidos por esta parte, lo que por tratarse de documentos privados y en virtud de



lo dispuesto en el art. 287 CCyC carecen de valor probatorio por sí mismos y a la parte que los presenta le incumbe demostrar su autenticidad; y finalmente, *f*) cuestionó la imposición de las costas, basada en una fundamentación aparente, al cargársele íntegramente los gastos por la actuación del Estado Nacional, cuando su parte no lo demandó, ni dio razones para traerlo a juicio.

Por las razones expuestas, solicitó que se descalifique a la sentencia dictada como acto jurisdiccional válido y/o que se la revoque, con expresa imposición de costas a la amparista.

3ro.) La parte actora el 14/9/2020 contestó el traslado conferido de los agravios de la contraria contra la sentencia definitiva y el Sr. Fiscal General el 23/10/2020 asumió la intervención que le fuera conferida, dictaminando por el rechazo del recurso.

4to.) No se encuentra en discusión la patología que padece la Sra. Anahí Karina Roncero, hidrosadenitis supurativa, ni su afiliación a Mutual Federada 25 de Junio el 25/10/2018, como así tampoco los medicamentos prescritos por su médica para su tratamiento.

El eje aquí en debate se circunscribe en determinar: *a*) si la actora previo a la confección de la declaración jurada de afiliación a dicha mutual en el año 2018 tenía conocimiento de su dolencia, omitió denunciarla y por ende la extinción del vínculo contractual entre las partes sería legítima; o *b*) por el contrario, si a ese tiempo desconocía tal enfermedad, por lo que correspondería ordenar su re-afiliación a la demandada, en los mismos términos y condiciones que tenía al momento de su expulsión el 1/9/19, con la consiguiente obligación de cobertura del costo del tratamiento médico requerido.

5to.) Para una mejor claridad expositiva, considero necesario efectuar una reseña de los hechos y constancias obrantes en la causa.

La Sra. Anahí Karina Roncero adquirió la calidad de asociada de Mutual Federada el 25/10/2018, suscribiendo de su puño y letra la “solicitud de ingresos” y “declaración de antecedentes de salud”, como ella lo reconoció en escrito de demanda.

Al requerir la actora en las oficinas de Federada Salud coberturas relacionadas con la patología hidrosadenitis supurativa, acompañó un

USO OFICIAL



certificado médico emitido por la Dra. Antonela Befani Bernal del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” en el que expresó: “...paciente de 45 años con hidrosadenitis supurativa desde los 15 años...”.

La mutual advirtió que en la mencionada declaración jurada de salud no existía manifestación alguna de dicha enfermedad, por lo que el 12/8/19 le remitió una carta documento a su afiliada –que se encuentra agregada en autos– en la que le requirió que informase el motivo por el cual omitió manifestar en tal instrumento los antecedentes relativos a la patología que padecía y le hizo saber que interpretarían que la ocultó a los fines de lograr su ingreso como asociada, que su situación sería tratada por las autoridades de la entidad, previo dictamen de auditoría médica y que oportunamente se le comunicaría la resolución.

La actora le respondió por el mismo medio el 22/8/19, manifestó que al momento de suscribirse a la mutual, no contaba con un diagnóstico fehaciente sobre dicha patología, el que se efectuó con posterioridad, que gozaba de buena salud y que era una carga de la mutual verificar su estado de salud y no una obligación legal que surgía del art. 10 de la Ley 26.682 de expreso orden público.

Luego de ello, el 29/8/2019 la demandada le remitió otra carta documento en la que le notificó su expulsión a partir del 1/9 de ese año, por no haber declarado su patología al suscribir su declaración de antecedentes de salud, según el art. 10 inc. e) de la ley 20.321 y el art. 11 del estatuto social inc. d), por lo que resolvieron la relación jurídica con fundamento en los arts. 9 de la Ley 26.682, 9-2b del dto. 66/2019 y en el art 180 del CCyCN; y a su vez le hizo saber que: “...Podrá recurrir en apelación la resolución de su expulsión dentro de los treinta días, y será tratada en la próxima Asamblea de asociados, conforme a los artículos 12 del Estatuto Social y 11 de la ley de Mutualidades...”.

Por tal motivo, la actora inició la presente acción de amparo a fin de que se le ordene a la mutual demandada su re-afiliación, y en consecuencia, se le otorgue la cobertura requerida para el tratamiento de su afección, conforme con lo prescripto por su médica.

6to.) a.- La cuestión bajo estudio se encuentra regulada por las **leyes 24.754, 26.682** y su **Decreto Reglamentario N° 1993/2011** (B.O. 1/12/2011), que hicieron extensivas las prestaciones básicas, implementadas para las obras sociales

USO OFICIAL



por las leyes 23.660 y 23.661, y sus reglamentaciones, a las entidades privadas de servicios médicos, entre ellas a las mutuales, como acontece en autos (conf. doctrina de Fallos 320:42, entre muchos otros).

Tal régimen legal fija las pautas referidas a las prestaciones que se deben cubrir, modelos de contratos y sus aspectos legales, aranceles a los prestadores y formas de pago, como así también las obligaciones que competen a las partes involucradas y sanciones aplicables por infracciones a la ley.

b.- Las partes se vincularon a través de un contrato de adhesión, el que se integra con una declaración jurada de antecedentes de salud que la actora debió completar previo a su ingreso; documentos cuyos formatos deben estar aprobados por la autoridad de aplicación, que es la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (art. 5, inc. f, ley 26.682).

c.- Así, el art. 9, inc. 2 del Decreto Reglamentario N° 1993/2011 específicamente establece 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*”.

Por su parte, la Ley 26.682, establece que “... *Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión...*” (art. 10) y se habilita a las entidades de medicina prepaga –de aplicación *mutatis mutandis* a la mutual– a rescindir “*el contrato cuando el usuario haya falseado la declaración jurada*” (art. 9). Además, el Decreto Reglamentario N° 1993/2011, establece que “*b) Por falsedad de la declaración jurada: Para que la entidad pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, deberá acreditarse que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 1198 del Código Civil*” (art. 9).

d.- En el caso, no hubo cuestionamiento al contrato de afiliación, ni a la declaración jurada, por no satisfacer los recaudos de la autoridad de aplicación, por lo que se los debe tener por válidos.

7mo.) a.- Dicho esto corresponde preguntarnos si las empresas de medicina prepaga deberían realizar un examen médico previo a la persona que aspira a la afiliación, a los fines de asegurarse su estado de salud, de manera tal de

USO OFICIAL



poder fijar con precisión la extensión de la cobertura asumida, y si su inobservancia obsta a considerar a una enfermedad como preexistente o crónica.

Algunos entienden que tal carga es asimilable al examen preocupacional laboral que la ley impone al empleador en el momento de ingreso del trabajador, con la finalidad de conocer su estado de salud y que su incumplimiento, por tratarse de un imperativo del propio interés, trae como consecuencia la de asumir todos los riesgos y las contingencias que pudiesen afectar la salud de esa persona.

Considero que el examen médico previo de los afiliados y su grupo familiar, importa un requisito no exigido por la ley y, según lo establecido en el art. 19 de la Constitución Nacional, nadie puede ser obligado a hacer lo que la ley no manda.

b.- La única vía para establecer las enfermedades preexistentes que permite la ley es la declaración jurada del usuario y tales enfermedades no pueden ser criterio del rechazo de admisión, solo para que la autoridad de aplicación autorice valores diferenciales de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Es decir, la prepaga/mutual carece de facultades, prerrogativas o derecho para realizar cualquier estudio previo sobre el afiliado o su grupo familiar; de ahí el valor supremo que tiene la declaración jurada de enfermedades preexistentes que formula el afiliado, pues la prestadora no puede inmiscuirse en los antecedentes de salud de la persona, careciendo de otra manera de enterarse de los antecedentes médicos del afiliado y su grupo.

c.- Por otra parte, la normativa citada pone énfasis en la “buena fe”, principio que es considerado pilar de toda transacción.

Es decir, la buena fe se presume y surge como un componente de carácter más bien subjetivo, exigido a las partes que traban vinculaciones en orden a la formulación y concreción de algún contrato, cualquiera sea éste. El artículo 1198 del Código Civil derogado la incorporó como principio rector de la vida del contrato: desde su celebración hasta su extinción, comprendiendo los momentos previos, las tratativas y el tiempo postcontractual.

El Código Civil y Comercial, aprobado por Ley 26.994 y promulgado según decreto 1795/2014, la incorpora en sus arts. 961, 1061 y 1063. El primero de ellos dice: “Buena fe. Los contratos deben celebrarse, interpretarse y

USO OFICIAL



ejecutarse de buena fe. Obligan no solo a lo que está formalmente expresado, sino a todas las consecuencias que puedan considerarse comprendidas en ellos, con los alcances en que razonablemente se habría obligado un contratante cuidadoso y previsor”.

Asimismo, el artículo 1061 reza: *“Intención común. El contrato debe interpretarse conforme a la intención común de las partes y al principio de la buena fe”.*

Y, por último, el 1063 dispone: “Significado de las palabras. Las palabras empleadas en el contrato deben entenderse en el sentido que les da el uso general, excepto que tengan un significado específico que surja de la ley, del acuerdo de las partes o de los usos y prácticas del lugar de celebración conforme con los criterios dispuestos para la integración del contrato. Se aplican iguales reglas a las conductas, signos y expresiones no verbales con los que el consentimiento se manifiesta”.

8vo.) a.- Ahora bien, conforme surge de la prueba documental acompañada en las presentes actuaciones, quedó acreditado que la Sra. Roncero, al solicitar su afiliación a la Mutual Federada en el año 2018, respondió –de su puño y letra– un cuestionario con carácter de Declaración Jurada, sobre sus antecedentes de salud y sin omitir ninguna respuesta (cada punto del cuestionario abarca diferentes afecciones, debiéndose responder sobre padecimientos pasados y/o presentes, independientemente de su evolución).

Así, en tal declaración jurada colocó “no” en la pregunta N° 13 donde se le preguntó si padecía **“enfermedades congénitas, inmunológicas, alergias,... enfermedades de la piel ...otras enfermedades...”** y la misma respuesta negativa a la pregunta 14 en la que se le consultaba si había estado en tratamiento en los últimos 24 meses, teniendo incluso la posibilidad en la pregunta 23 de ampliar sus respuestas.

Asimismo también quedó demostrado que la actora presentó en la mutual un certificado médico expedido por la Dra. Antonela Befani Bernal, al requerirle cobertura médica, en el que informó que su paciente padece de Hidrosadenitis Supurativa desde los 15 años, y que se encuentra agregado en autos como prueba documental; patología que no se encuentra en discusión.

USO OFICIAL



El 4/2/2019 la Dra. Wagner, especialista en dermatología clínica y estética prescribió: **“Paciente c/ lesiones nodulares inflamatorias en rostro, cicatrices múltiples en “picahielo”, comedones. Tratado c/ isotretinoína por acné conglobata. Al día de la fecha se intenta drenaje de forúnculo inguinal constatando presencia de trayecto en fistuloso con diagnóstico presuntivo de hidrosadenitis supurativa se deriva a centro hospitalario de mayor complejidad para su abordaje, diagnóstico y tt.”**, y la Dra. Cecilia M. Pfoh, infectóloga, el 11/7/19, indicó: **“paciente con tratamiento isoniazida ya completo 2 meses. En condiciones de iniciar terapia con biológico. Completará 6 meses totales de profilaxis de tuberculosis latente”**; ambos documentos fueron desconocidos por la demandada al contestar el traslado de la demanda.

La actora, además, acompañó estudios de laboratorio de fechas 11/3/2019; 10/4/2019; 15/4/2019; 7/5/2019; 3/6/2019 y 2/7/2019, es decir todos posteriores a su afiliación a la mutual.

Por su parte, la demandada acompañó un informe de la Dra. Alicia Soazo, especialista en clínica médica, confeccionado en diciembre de 2019, que no fue cuestionado por la actora, que dice: **“la hidradenitis es una entidad con marcado polimorfismo en la que se han descrito numerosas manifestaciones clínicas. La enfermedad se manifiesta clínicamente por la aparición recurrente de forúnculos, nódulos dolorosos, abscesos o fístulas, que afectan predominantemente las grandes áreas intertriginosas corporales. Las localizaciones más frecuentemente afectadas son las axilas y la región inguinogenitofemoral. La hidradenitis supurativa tiende a comenzar después de la pubertad. Puede persistir durante muchos años y empeorar con el tiempo, con graves efectos en la vida diaria y el bienestar emocional. Se trata de una afección de piel crónica, de evolución tórpida que evoluciona a lo largo de los años”** (el subrayado me pertenece).

Por último, la pericia practicada en autos realizada por el Cuerpo Médico Forense de la CSJN, dictaminó que con respecto a la patología hidrosadenitis supurativa que **“típicamente los síntomas comienzan entre la pubertad y los 40 años de edad, usualmente entre la segunda y la tercera década de la vida”** (respuesta aJ) y a la pregunta de si tal patología desde sus primeros síntomas hasta su diagnóstico resulta o puede resultar asintomática para el paciente, respondió que **“en los estadios tempranos**

USO OFICIAL



(Nódulos Inflamatorios) el diagnóstico es usualmente “perdido” y el retardo promedio (en llegar al diagnóstico) fue de 7 años” (respuesta b)].

b.- Es decir que, de toda la prueba conectada en autos, se puede inferir que si bien se trata de una patología que puede tardar tiempo en diagnosticarse, hay coincidencia en que los primeros síntomas comienzan a la edad temprana o en la pubertad.

Asimismo, los diferentes médicos son concordantes en que la enfermedad es “supurativa” y que los típicos síntomas que presenta y las secuelas que deja en la piel son palmariamente visibles.

En este sentido, una de las médicas que trató a la Sra. Roncero, la Dra. Wagner, manifestó que presentaba lesiones nodulares inflamatorias en rostro, cicatrices múltiples en “picahielo” y por su parte, la Dra. Soazo en su informe hizo referencia a la forma en que se manifiesta la enfermedad, como ser la aparición recurrente de forúnculos, nódulos dolorosos, abscesos o fístulas.

Según el diccionario de la Real Academia Española, el termino Supurativo significa: “Que tiene virtud de hacer supurar” y yendo a consulta del término supurar, la misma Real Academia Española lo define como: “intr. Formar o echar pus”.

Es decir que, si bien la actora, al momento de confeccionar la declaración jurada de salud de afiliación a la mutual podía no tener un diagnóstico certero de cuál era la patología que actualmente la aqueja, como así también que no tenía el deber de informar sobre circunstancias no conocidas, no relevantes, o que excedían lo que se exige para una diligencia ordinaria; lo cierto es que no podía desconocer en ese entonces los diversos síntomas que padecía y que ponían en tela de juicio su buen estado de salud (reitero: por tratarse de una enfermedad supurativa, que deja marcas visibles en la piel), todo lo que debió informar o bien aclarar al momento de su afiliación.

Tal omisión se encuentra en pugna con el principio de la buena fe que exige la legislación a la hora de celebrar el contrato de afiliación.

9no.) Resta señalar que la rescisión del contrato de afiliación es una sanción muy grave, que debe aplicarse a supuestos excepcionales, que fue prevista como una facultad otorgada a la empresa de medicina prepaga –extensible a la

USO OFICIAL



mutual–, en caso de que se acrediten los supuestos previstos en la norma (art. 9, dec. cit.).

Ante la mala fe de la actora, la mutual demandada hizo uso de tal facultad y optó por la rescisión del vínculo contractual.

De haber tenido conocimiento de la situación preexistente, ello no impedía su ingreso como asociada, ya que la demandada podía enviar tal pedido a la autoridad de aplicación –Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación– para que sea esta, dentro de sus facultades, la que estableciese o no el monto y periodo por el cual la Sra. Roncero debería abonar cuota diferencial.

Por todo lo expuesto, le asiste razón a la demandada, en punto a que no debe obligársela a re-afiliar a la actora y por ende a soportar los costos de la prestación reclamada en autos y hacerle asumir las consecuencias propias de una patología preexistente a la afiliación.

Por ello, corresponde hacer lugar al recurso de apelación interpuesto por la demandada el 4/9/2020, y revocar la sentencia apelada, rechazándose en consecuencia la acción entablada; imponer las costas de ambas instancias a la actora, por resultar sustancialmente vencida (art. 68 del CPCCN); dejar sin efecto las regulaciones de honorarios practicadas el 10/9/2020 y el 24/9/2020, las que deberán ajustarse en la instancia de grado al sentido de este pronunciamiento (art. 279, CPCCN), ello en aras a la garantía de la doble instancia, y diferir las de esta alzada para su oportunidad (art. 30, ley 27.423).

10mo.) Por último, y atento a que el 25/10/2020 cautelarmente se ordenó la re-afiliación inmediata de la actora a la mutual demandada, otorgando cobertura de la medicación biológica necesaria para el tratamiento de su enfermedad, conforme lo prescripto por los profesionales tratantes, se establece –para el supuesto de que tales costos hayan sido sufragados por la obra social demandada– que la condena importa la obligación de la actora de restituir a la Mutual Federada las sumas efectivamente obladadas, con más el interés a la tasa pasiva promedio que fije el Banco Central de la República Argentina, hasta el efectivo pago.

Por todo lo expuesto, **propicio y voto: 1ro.)** Se haga lugar al recurso de apelación interpuesto por la demandada el 4/9/2020 y se revoque la sentencia apelada, rechazándose en consecuencia la acción entablada. **2do.)** En caso de

USO OFICIAL



que los costos de la medicación prescrita, hayan sido sufragados por la obra social, la condena importa la obligación de la actora de restituir a la Mutual Federada las sumas efectivamente obladas, con más el interés a la tasa pasiva promedio que fije el Banco Central de la República Argentina, hasta el efectivo pago. **3ro.)** Se impongan las costas de ambas a la actora, por resultar sustancialmente vencida (art. 68 del CPCCN). **4to.)** Se dejen sin efecto las regulaciones de honorarios practicadas el 10/9/2020 y el 24/9/2020, las que deberán ajustarse en la instancia de grado al sentido de este pronunciamiento (art. 279, CPCCN); difiriéndose las de esta alzada para su oportunidad (art. 30, ley 27.423).

El señor Juez de Cámara, doctor Pablo Esteban Larriera, dijo:

Adhiero en lo sustancial al voto que antecede, por compartir sus fundamentos.

Por ello, **SE RESUELVE: 1ro.)** Hacer lugar al recurso de apelación interpuesto por la demandada el 4/9/2020 y revocar la sentencia apelada, rechazándose en consecuencia la acción entablada. **2do.)** En caso de que los costos de la medicación prescrita, hayan sido sufragados por la obra social, la condena importa la obligación de la actora de restituir a la Mutual Federada las sumas efectivamente obladas, con más el interés a la tasa pasiva promedio que fije el Banco Central de la República Argentina, hasta el efectivo pago. **3ro.)** Imponer las costas de ambas a la actora, por resultar sustancialmente vencida (art. 68 del CPCCN). **4to.)** Dejar sin efecto las regulaciones de honorarios practicadas el 10/9/2020 y el 24/9/2020, las que deberán ajustarse en la instancia de grado al sentido de este pronunciamiento (art. 279, CPCCN); difiriéndose las de esta alzada para su oportunidad (art. 30, ley 27.423).

Habilitado el trámite (Ac. CSJN N° 24/2020, punto 2°-2), regístrese, notifíquese, publíquese (Acs. CSJN N^{tos.} 15/13 y 24/13) y devuélvase. No suscribe el señor Juez de Cámara, doctor Pablo A. Candisano Mera (art. 3°, ley 23.482).

Pablo Esteban Larriera

USO OFICIAL



Poder Judicial de la Nación

Expte. N° FBB 13880/2019/CA3 – Sala II – Sec. 2

Leandro Sergio Picado

Nicolás Alfredo Yulita
Secretario de Cámara

cl

USO OFICIAL

