

Derecho A La Salud Amparo Empresa De Medicina Prepaga Cobertura Medica Valores Referenciados De Los Nomencladores

JURISPRUDENCIA

Derecho a la salud. Amparo. Empresa de medicina prepaga.

Cobertura médica. Valores referenciados de los nomencladores Se revoca parcialmente el fallo recurrido, pues, si bien en principio ordena a la demandada brindar al amparista cobertura médico-asistencial ?en forma total e integral?, luego la limita a los valores establecidos por el Ministerio de Salud en la Resolución 692/2016. Comodoro Rivadavia, 21 de octubre de 2016.- Y VISTOS: Estos autos caratulados ?Incidente N° 1 - ACTOR: LAGOS, SUSANA MABEL DEMANDADO: OSDE-ORGANIZACION DE SERVICIOS EMPRESARIOS s/INCIDENTE?, en trámite ante esta Alzada bajo el N° 9150/2016, provenientes del Juzgado Federal de Comodoro Rivadavia. Y CONSIDERANDO: I.- Llegan estos autos al Acuerdo del Tribunal para el tratamiento de los recursos de apelación interpuestos por el Defensor Público Federal ?Coadyuvante? en representación de la actora a fs. 34/35vta. y por el apoderado de la demandada a fs. 43/44vta., contra la providencia de fs. 30/32 por la cual la señora Juez Federal de esta ciudad, hizo lugar a la medida cautelar solicitada por Susana Mabel Lagos, en representación de su hijo menor de edad discapacitado, ordenándole a la empresa de medicina prepaga Organización de Servicios Empresarios -OSDE-, que con la urgencia del caso, una vez notificada la presente efectúe las gestiones necesarias para brindar cobertura integral de los tratamientos terapéuticos y las prestaciones que requiera el niño J.C.L. DNI XXXXX, de acuerdo con lo prescripto por el médico tratante psiquiatra juvenil Dr. Guillermo Andrada, consistentes en: psicopedagogía dos sesiones semanales y módulo de apoyo a la integración escolar por 5 horas diarias de lunes a viernes. Dichas prestaciones deberán ser brindadas por profesionales o centros de salud pertenecientes a la red de prestadores de la empresa, o externos, y en dicho caso, las prestaciones a realizarse deberán ser abonadas anticipadamente por parte de la demandada, quien estará obligada hasta los aranceles de conformidad con los valores establecidos por el Ministerio de Salud en la Res. 692/2016. II.- Para así decidir, la sentenciante encontró configurado el requisito de verosimilitud del derecho, en base a que el menor es afiliado a la Obra Social demandada, que es discapacitado y necesita un tratamiento integral específico de sostén y servicio profesional, por lo que entendió que el análisis del ?peligro en la demora?, podía ser menos exigente en base a la Convención sobre los Derechos del Niño y los precedentes de la CSJN en la materia. Concluyó que en autos se imponía la necesidad de resguardar el derecho a la salud y al desarrollo en ?la máxima medida posible? del menor incapaz, quien tiene asegurado un sistema de prestaciones básicas de atención integral, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos. Entendiendo que el caso ameritaba que se ordene a la demandada el cumplimiento de las prestaciones en forma directa y no mediante la modalidad de reintegro, toda vez que el alto costo de las mismas, le impide abonar la diferencia hasta que se dicte la resolución definitiva. De todas maneras, limita los aranceles de cobertura a los montos permitidos por la Res. 692/2016 del Ministerio de Salud. III.- Dicha resolución es apelada a fs. 34/35vta. por el Defensor Público Federal Coadyuvante, en representación de la actora, en cuanto limita la cobertura hasta los montos permitidos por la Res. del Min. de Salud 692/2016. Advierte que esta decisión pone en riesgo la continuidad de los tratamientos que necesita el menor, ya que en los hechos implica que su defendida deberá desembolsar la diferencia entre los valores ?referenciales? que establece la citada resolución, y lo que efectivamente cobren los profesionales que asisten al niño. Sostiene que el nomenclador no es oponible al beneficiario, y solo fue creado a los fines de que el Estado, a través del Sistema Unico de Reintegros (SUR), apoye económicamente y en forma facultativa al agente de seguro de salud, en las coberturas de alto costo del Programa Médico Obligatorio y de discapacidad, por lo que de esta manera, no se hace efectiva la cobertura ?total e integral? que impone la ley 23.660. Cita precedentes de esta Alzada que sustentan esta postura. IV.- Por su parte, la demandada en su apelación de fs. 43/44vta., concedida a fs. 54, se agravia en cuanto se la obliga a afrontar el pago anticipado de las prestaciones. Entiende que esta modalidad, no sólo obligaría a la ?empresa de salud? a la realización de pagos en negro, sin el debido contralor al prestador, sino que además, implica una desprotección para el paciente, en tanto no puede asegurarse que su prestación será efectivamente brindada, ya que cuando se realiza la modalidad reintegro, la factura va acompañada de la ?planilla? donde se acredita el cumplimiento. V.- Corrido el traslado de los agravios, sólo contesta la actora a fs. 50/51, solicitando se rechace el planteo de OSDE argumentando que sólo intenta eludir de su obligación, y se ordene el cumplimiento de la resolución de fs. 30/32. VI.- Una vez radicados los autos en esta instancia, se corrió vista de las actuaciones al Ministerio Público de la Defensa y al Ministerio Público Fiscal, quienes dictaminaron a fs. 59/vta. y 60/vta., respectivamente, a favor de que se revoque la resolución en crisis en cuanto limita la cobertura a los valores referenciados en la resolución. A fs. 61 fueron llamados Autos al Acuerdo. VII.- Puestos los autos a resolver y adentrándonos en el análisis de los agravios vertidos,

meritamos que la discapacidad que padece la menor, se encuentra debidamente acreditada con el Certificado de la ley 24.901, con validez hasta el 29/09/2019 que luce a fs. 3, por cuyo diagnóstico "Trastornos generalizados del desarrollo", requiere de terapias de fonoaudiología, psicopedagogía, kinesiología, 2 integración escolar, atento surge de las prescripciones de fs. 8/11. Conforme se desprende del relato de las partes, y de las constancias de autos -Oficio fs. 19-, la empresa de salud demandada venía prestando las prácticas de fonoaudiología y kinesiología, con prestadores propios. No así, las prácticas de psicopedagogía (2 sesiones semanales) y Módulo de Apoyo a la Integración escolar (5 hs. diarias de Lunes a Viernes), ya que, con respecto a Psicopedagogía, la demandada aduce que no se le presentaron los pedidos médicos, y respecto a la prestación de apoyo a la integración escolar, le ofrece un monto que no alcanza a cumplir el presupuesto. Ante la imposibilidad de la madre del menor, de hacer frente a los costos de estas prestaciones, se dictó la medida cautelar que se encuentra aquí en apelación.

VIII.- Comenzaremos por abordar el agravio que invocó la actora recurrente, referido a la limitación de los valores establecidos por el Ministerio de Salud, conforme Resolución 692/2016, lo cual resulta, en efecto, una solución contradictoria con la cobertura total e integral, y por ende, no se ajusta a los principios generales que orientan este remedio constitucional del amparo, especialmente diseñado contra actos que de cualquier manera importen una restricción o alteración de un derecho esencial de raigambre constitucional, en el caso, el derecho a la salud del niño. En efecto, tal y como repetidamente lo ha sostenido esta Alzada, debemos recordar, que el derecho a la salud, y en especial cuando se trata de discapacidades, está íntimamente relacionado con el derecho a la vida y con el principio de autonomía personal, como conjunto trascendente de derechos que están reconocidos en los tratados internacionales con rango constitucional (art. 75 inc. 22). Que las obras sociales, y empresas de medicina prepaga, se encuentran obligadas a cubrir como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial, las prestaciones obligatorias dispuestas en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Dicho PMO fue aprobado mediante la resolución general 247/1996 del Ministerio de Salud y sus modificatorias, entendiéndose por tal, el régimen de Asistencia Obligatorio para todas las Obras Sociales del sistema de las leyes 23660 y 23661 y 24455. Precisamente la ley 23661, en su art. 28, establece que los agentes de seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la autoridad de aplicación establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo a lo normado por la Secretaría de Salud de la Nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, "dentro de las cuales deberán incluirse todas aquellas que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas". En ese contexto normativo y del juego de los arts. 2, 6 y 11 de la ley 24901, emerge la obligación de la demandada de cubrir las prestaciones que requiera el niño afiliado al sistema, ya sea mediante servicios propios o contratados, a fin de garantizarle el acceso por medio de equipos interdisciplinarios capacitados a tales efectos, a acciones de evolución y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivo-promocionales de carácter comunitario, y todas aquellas acciones que favorezcan su integración social y su inserción en el sistema de prestaciones básicas. De allí entonces, nace la remisión al Nomenclador instituido por Res. 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social, instrumento que deriva de la reglamentación de la ley 24901 efectuada por Decreto 1193/98, en cuyos considerandos se lee "Que se propicia la aprobación del nomenclador de prestaciones básicas para personas discapacitadas. Que la propuesta efectuada es producto del documento elaborado por la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas. Que se trata de una herramienta de fácil aplicación que permite optimizar la facturación por parte de los prestadores" (el destacado no es original), con lo cual, debemos concluir, que se trata de un instrumento tendiente a que los distintos prestadores de salud que se hallan obligados a brindar prestaciones integrales a personas con discapacidad, puedan facturarle al Estado Nacional, conforme los montos que la reglamentación establezca y fueren sucesivamente actualizados. En consecuencia, debe ser entendido que la enumeración de prestaciones del nomenclador tiene como única finalidad fijar los valores que por intermedio de la Administración de Programas Especiales se le reconocerán a la obra social o prestadora de salud, pero los mismos en modo alguno pueden ser los que se deben reintegrar a los beneficiarios, pues lo contrario importaría tanto como desconocer el carácter integral de la cobertura que la ley les garantiza. Es que no debe confundirse la obligación de cobertura integral de prestaciones que la ley le impone a los agentes del sistema de salud para las personas con discapacidad, con el sistema de apoyo económico implementado por el Estado Nacional a partir de la creación del "Sistema Unico de Reintegro de Prestaciones" (Res. 1511/12 de la Superintendencia de Servicios de Salud), regulado según el Programa de Cobertura establecido por Res.400/99, o con el "Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las personas con discapacidad" (Resoluciones 1685/12, 1512/13 y sus modificatorias 1859/13, 1876/13, 1151/14, 1948/14, 1126/15 todas del Ministerio de Salud) el cual tuvo por objetivo asegurar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad, mediante la integración de políticas y de recursos institucionales y económicos afectados a la temática. La Res. 692/16 del Min. de Salud, debe interpretarse conforme la ley 24.901, que instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, garantizándoles la cobertura integral a sus necesidades y requerimientos, por ende, los valores estipulados son "referenciales", pero nunca pueden ser entendidos como topes máximos. En el presente caso, la prestadora de salud no ha ofrecido cubrir con las prácticas de psicopedagogía o Apoyo a la Integración Escolar, con un prestador

alternativo, que otorgue similar cobertura integral dentro de los valores reconocidos por la resolución. Por estas razones no compartimos la conclusión a la que arribó la sentenciante, referida a que la normativa dictada por el Ministerio de Salud sea razonable, si se considera que la pretensión de la amparista se encuentra encaminada a obtener una cobertura integral, del 100% de las prestaciones que necesite el menor. Cabe agregar, que dicho reconocimiento no es ilimitado ni abstracto, ya que los amparistas y la obra social demandada deben atender al marco y las exigencias administrativas que regulan la relación afiliado y prestadora, el cual corresponde sea estrictamente observado por ambas partes, como paso previo y necesario a la exigencia de la cobertura del 100%, la que sin embargo, deberá ser proporcionada en forma oportuna, evitándose trabas burocráticas que atenten contra el derecho constitucional a la salud. IX.- Con respecto al agravio de la demandada, a fs. 43/44vta., en cuanto se la obliga al abono anticipado de las prestaciones, cabe puntualizar que si bien en otros casos, se ha ordenado la modalidad de ?reintegro? de las prestaciones, en el presente y atento la situación económica de la madre del menor -única sostén del hogar- que no le permite hacer frente al pago de las prácticas, para luego obtener la devolución de lo abonado, a los fines de no poner en riesgo la salud del menor y la cobertura integral de los tratamientos que necesita, será necesario declarar la procedencia de otro tipo de cobertura. Por ende, la obligación que se impone a la demandada consiste en brindar una ?cobertura directa? de salud a las prestaciones que requiera el menor discapacitado, ya sea mediante prestadores propios de cartilla o mediante prestadores externos (en caso de que no los tenga o los de cartilla no contasen con turnos disponibles). En virtud de las consideraciones antes expuestas, el Tribunal RESUELVE: 1) REVOCAR la parte pertinente de la resolución de fs. 30/32 y reconocer a favor del menor J. C. L. , una cobertura integral del 100% conforme lo solicitado por los médicos tratantes, sin la limitación de los valores establecidos por el Ministerio de Salud en la Resolución 692/16, conforme los alcances ut supra descriptos. 2) Sin costas conforme al modo en que se resuelve. (art. 68 CPCCN). Regístrese, notifíquese, publíquese y devuélvase. JAVIER M. LEAL DE IBARRA ALDO E. SUÁREZ HEBE L. CORCHUELO DE HUBERMAN ANA CECILIA ALVAREZ SECRETARIA 011687E