

## Derecho A La Salud Discapacidad Cobertura Contrato De Medicina Prepaga Doctrina De La Arbitrariedad

### JURISPRUDENCIA

Derecho a la salud. Discapacidad. Cobertura. Contrato de medicina

prepaga. Doctrina de la arbitrariedad Se revoca la sentencia que había ordenado al centro médico demandado otorgar cobertura integral respecto a una menor discapacitada afiliada mediante un "plan cerrado", pues no se puede obligar a los agentes de salud a cubrir prestaciones que hayan sido indicadas por profesionales ajenos a su cartilla. Buenos Aires,

quince de marzo de 2016. Vistos los autos: "Recurso de hecho deducido por la demandada en la causa S., D. c/ Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno s/ sumarísimo", para decidir sobre su procedencia. Considerando:

1º) Que la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, Sala I, confirmó la sentencia de la instancia anterior que había hecho lugar a la acción de amparo iniciada por el señor S. -como curador y en representación de su hija incapaz- contra el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC). En consecuencia, condenó a dicha entidad -a la que la actora se halla afiliada mediante un "plan cerrado"- a proveer la cobertura integral de ciertas prestaciones, consistentes en acceso a un centro educativo terapéutico especial -en jornada completa- en el instituto Fundación Tobías, tratamiento de equinoterapia e hidroterapia, tratamiento de terapia relacional, medicación Divalproato de sodio y Risperidona, y transporte especial desde el domicilio hacia el establecimiento educativo y centros de tratamiento. Para resolver de ese modo, la alzada sostuvo con sustento en los términos específicos de la prescripción efectuada por los profesionales tratantes de la joven y en la pericia producida en las actuaciones, que la condena impuesta en la instancia anterior era la solución que mejor se correspondía con la naturaleza de los derechos a la salud y a la integridad física, cuya protección se pretendía; a la par que indicó -como formulación general- que la ley 24.901 imponía la cobertura total de las prestaciones previstas en dicho régimen a las obras sociales, con la finalidad de cubrir los requerimientos básicos esenciales de las personas con discapacidad, así como la ley 23.661 requería a los agentes del seguro de salud incluir entre sus prestaciones las que exigiera la rehabilitación de aquellas. 2º) Que contra esa decisión el representante de la demandada interpuso el recurso extraordinario cuya denegación motiva esta queja, en el que invoca como cuestión federal la doctrina de esta Corte en materia de sentencias arbitrarias. Sostiene que la decisión de la alzada se aparta manifiestamente de constancias de la causa que son relevantes para la solución del litigio, así como de lo dispuesto en el contrato que vincula a las partes. Además, afirma que la sentencia viola el principio de legalidad y desconoce su derecho de propiedad, al asignarle la cobertura de distintas prestaciones a las que no se encuentra obligada; en ese sentido, cuestiona que se le haya impuesto costear prestaciones indicadas y brindadas por profesionales ajenos a CEMIC, pese a que el plan escogido y abonado por la actora para su afiliación a la entidad exige el uso del equipo médico detallado en la cartilla -ya sea en centros propios, adheridos o contratados por esa institución- sin reconocer la posibilidad de acudir a otros profesionales. 3º) Que el recurso extraordinario es procedente en los términos en que ha sido promovido, pues si bien los agravios referidos al uso de prestadores ajenos a la cartilla de la demandada remiten al examen de materias de hecho, prueba y derecho común que son regularmente ajenas a la instancia extraordinaria, corresponde hacer excepción a esa regla si el tribunal a quo otorgó un tratamiento inadecuado a la controversia suscitada, al omitir pronunciarse de acuerdo con las constancias de la causa y las normas aplicables, y la decisión se apoya en afirmaciones dogmáticas que le dan un fundamento solo aparente (doctrina de Fallos: 312:683; 315:2514; 323:2314; 326:3043; y causa CSJ 1468/2011 (47-C) /CS1 "Cairone, Mirta Griselda y otros c/ Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires - Hospital Italiano s/ despido", sentencia del 19 de febrero de 2015, votos de la mayoría y del juez Lorenzetti, considerando 4º). 4º) Que, en efecto, ello acontece en el sub examine pues la demandada llevó a conocimiento de la cámara una serie de agravios entre los que se destaca, por su conducencia para modificar el resultado del proceso, el concerniente a las circunstancias singulares de la relación contractual que vinculaba a la entidad con la actora mediante un "plan cerrado" de afiliación, condición que exigía a los magistrados una especial consideración respecto de las cuestiones a que daba lugar el tratamiento y decisión de este núcleo controversial del debate. 5º) Que, en cambio, lejos de satisfacer esa exigencia constitucional, el fallo luce dogmático y, en lo sustancial, se apoya en un conjunto de normas superiores de fuente local e internacional que aparecen desvinculadas de la concreta situación fáctica suscitada en estas actuaciones y de las disposiciones normativas y contractuales que directa e inmediatamente regulan el punto. En tal sentido, la fundada decisión del caso no pudo soslayar el informe de la Superintendencia de Servicios de Salud agregado a la causa, en el que se precisa que los agentes del seguro de salud comprendidos en el art. 1º de la ley 23.660 se encuentran obligados a garantizar, siempre a través de prestadores propios o contratados, la cobertura de todas las prestaciones incluidas en dicho régimen, a lo que se añade que -justamente, en función de ello- no se hallan constreñidos a otorgar aquellas prestaciones que hayan sido indicadas por profesionales

ajenos a su cartilla. 6º) Que, en consecuencia, resulta insuficiente lo señalado por el tribunal a quo para sostener su conclusión de que la demandada se hallaba obligada a cubrir las prestaciones solicitadas, prescriptas -en este caso- por un profesional ajeno a CEMIC. Para realizar esa afirmación, la alzada no solo prescindió inequívocamente de examinar el régimen aplicable para empresas como la demandada, sino que, además, omitió exponer fundamentos razonados que sostengan jurídicamente la obligación de cobertura de las prestaciones pretendidas por la afiliada y puestas en cabeza de la contratante (CSJ 85/2011 (47-L)/CS1 "L., E. S. c/ Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC) s/ amparo", sentencia del 20 de mayo de 2014, y sus citas). 7º) Que como lo ha sostenido esta Corte en fecha reciente en oportunidad de examinar, como en el sub lite, una reclamación fundada en la tutela del derecho a la salud, en esta clase de asuntos no hay razones que justifiquen eximir ni mitigar el deber de fundar las sentencias que pesa sobre los tribunales judiciales de la República. De ahí, pues, que es enteramente aplicable la exigencia arraigada en la Constitución Nacional y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos de que los fallos cuenten con fundamentos consistentes y racionalmente sostenibles, al encontrarse comprometidas las garantías de defensa en juicio y de tutela judicial efectiva de las partes, además de que al expresarse las razones que el derecho suministra para la resolución de controversias se favorece la credibilidad de las decisiones tomadas por el poder judicial en el marco de una sociedad democrática (CSJ 289/2014 (50-P) /CS1 "P., A. c/ Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas y otro s/ amparo", sentencia del 16 de junio de 2015, y sus citas). 8º) Que, en las condiciones expresadas, los defectos de fundamentación en que incurrió la alzada afectan de modo directo e inmediato la garantía constitucional de defensa en juicio que asiste a la recurrente (ley 48 art. 15), justificando la invalidación del pronunciamiento a fin de que la cuestión sea nuevamente considerada y decidida mediante un fallo constitucionalmente sostenible. Por ello, oída la señora Procuradora Fiscal, se hace lugar a la queja, se declara procedente el recurso extraordinario y se deja sin efecto la sentencia apelada, con costas (art. 68 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación). Reintégrese el depósito. Vuelvan los autos al tribunal de origen a fin de que, por quien corresponda, se dicte un nuevo fallo con arreglo al presente. Agréguese la queja al principal, notifíquese y, oportunamente, devuélvase.

RICARDO LUIS LORENZETTI JUAN CARLOS MAQUEDA ELENA I. HIGHTON de NOLASCO Suprema Corte:

-I- La Sala I de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal confirmó la sentencia de primera instancia que había hecho lugar a la acción de amparo interpuesta y, en consecuencia, había condenado al Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC) a brindar la cobertura integral de las prestaciones solicitadas (v. fs. 331/336 y 382/383 vta. del expediente principal agregado, al que me referiré en adelante salvo aclaración en contrario). El a quo fundó su decisión en lo previsto en las leyes 24.901 y 23.661, así como en lo sostenido por los profesionales tratantes y el informe pericial producido en la causa. -II- Contra esa sentencia, el CEMIC interpuso recurso extraordinario (fs. 391/411 vta), que fue declarado inadmisibles (fs. 432), lo que motivó la interposición de la presente queja (fs. 42/46 vta del cuaderno respectivo). La recurrente sostiene que no se configuran los requisitos para que sea admisible la vía del amparo porque al negar la cobertura no ha actuado con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta (art. 43, Constitución Nacional). En cuanto al fondo, aduce, en primer lugar, que la decisión del a quo le impone obligaciones que no surgen del contrato de medicina prepaga suscripto con el actor, de la ley 24.754 ni del Programa Médico Obligatorio. Entiende que la cámara erró al considerar que todas las prestaciones de la ley 24.901 le eran íntegramente aplicables, dado que esa ley no resultaba obligatoria, al momento de interposición de la demanda y de su contestación, para las entidades que brindan servicios de medicina prepaga constituidas como asociaciones civiles sin fines de lucro. Señala, a su vez, que la ley 26.682 -que, en lo pertinente, establece que las asociaciones civiles cuyo objeto consista en brindar prestaciones de servicios de salud deben cubrir en sus planes de cobertura médico asistencial el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias (art. 7)- no tiene efectos retroactivos. Alega que, en consecuencia., no está obligada contractual ni legalmente a cubrir prestaciones sociales, educativas y deportivas (como un centro educativo, hidroterapia., equinoterapia., terapia relacional y transporte), sino exclusivamente aquéllas de índole médico asistencial brindadas por médicos. En segundo lugar, agrega que por la gravedad de la patología le será imposible a la paciente rehabilitarse por completo, por lo que no puede sostenerse que los tratamientos y medicaciones solicitados contribuirán a su rehabilitación e integración social, en los términos de la ley 24.901. Por último, manifiesta que no tiene la obligación de cubrir las prestaciones solicitadas porque fueron indicadas y brindadas por médicos ajenos a la cartilla del CEMIC. Expone que, como la paciente tiene un plan cerrado, debe utilizar prestadores de la institución, entre los cuales no se encuentran el centro educativo "Fundación Tobías", los profesores de educación especial, los profesores de equitación ni los remiseros que la transportan. Con respecto a la medicación, expresa que si se hubieran presentado las prescripciones elaboradas por médicos del CEMIC, se habría otorgado la cobertura total. Por estos motivos, concluye que la sentencia recurrida es arbitraria y vulnera el principio de legalidad, el derecho de defensa en juicio y el de propiedad (arts. 17, 18, 19,28 Y 43, Constitución Nacional), así como la jurisprudencia de la Corte Suprema en la materia. -III- En las presentes actuaciones, la recurrente cuestiona los alcances de sus obligaciones legales respecto de las

personas con discapacidad, lo que pone en juego la inteligencia de normas federales (Fallos: 330:3725). A su vez, la sentencia definitiva del tribunal superior de la causa es contraria al derecho que la recurrente sustenta en esas normas. Por lo tanto, entiendo que el recurso extraordinario es formalmente admisible (art. 14, inc. 3, ley 48). Estimo que la tacha de arbitrariedad formulada contra la sentencia del a quo está estrechamente vinculada con la cuestión federal en sentido estricto, por lo que trataré ambos agravios conjuntamente (Fallos: 329:1631; 330:2206, entre muchos otros). -IV- D S padece un trastorno generalizado del desarrollo de espectro autista, así como sufre epilepsia. En las presentes actuaciones no está discutida su discapacidad ni su afiliación al CEMIC (v. fs. 6, 9, 21 Y 382 vta.). En su representación, su padre y curador, R M S , interpuso una acción de amparo por la cual solicitó la cobertura por parte del CEMIC del total de las prestaciones que necesita su hija, a saber: a) tratamiento en el centro educativo terapéutico especial "Fundación Tobías" en jornada completa durante todo el año; b) equinoterapia e hidroterapia; c) terapia relacional (DIRIFloortime); d) medicación con divalproato de sodio y risperidona; y e) transporte especial hacia el centro educativo y los centros de tratamiento en la modalidad ida y vuelta (fs. 25/35). Cabe destacar que todas estas terapias y medicaciones han sido indicadas por su médico neurólogo tratante -el Dr. Massaro- (fs. 9/10 y 244/246) y avaladas por el dictamen del perito médico designado (fs. 286/294 vta. y 308). Respecto del fondo de la cuestión, pienso que lo sostenido por el CEMIC en el sentido de que en el caso no sería aplicable la ley 24.901 encuentra adecuada respuesta en lo resuelto por la Corte Suprema en los casos "Cambiaso Péres de Nealón, Celia María Ana y otros c/ Centro de Educación Médica e Investigaciones Médicas" (Fallos: 330:3725), "Hill, Federico Alejandro y otros c/ CEMIC Centro de Educación Médica e Investig. y otro si amparo" (S.e. H. 267, L. XLIII) Y "Argüelles de Iriondo, Florencia c/ Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas" (S.C. A. 407, L. XLI). De allí se desprende que, independientemente de lo previsto en el año 2011 por el artículo 7 de la ley 26.682 -que le es aplicable a la accionada en forma inmediata-, la obligación de las entidades de medicina prepaga de otorgar una cobertura integral de todas las prestaciones que requiera la atención de la salud de sus afiliados con discapacidad en los términos de la ley 24.901 ya estaba prevista por el artículo 1º de la ley 24.754 y el artículo 28 de la ley 23.661 (v. especialmente Fallos: 330:3725, considerandos 4º a 7º del voto de los jueces Fayt y Maqueda). En este contexto, la expresión "médico asistencial" (art. 1º, ley 24.754) debe entenderse en sentido amplio, comprensivo tanto de la esfera estrictamente médica como de la asistencial (v. dictamen emitido por esta Procuración General en el precedente "Hill", cit., especialmente secciones VI y VII, Y sus citas). Resuelto este aspecto de la cuestión federal en juego, la determinación de si las prestaciones reclamadas en concreto en el presente caso se adecuan al marco legal indicado constituye un tema de hecho y prueba que ha sido resuelta sin arbitrariedad, por lo que está fuera de los alcances de esta instancia extraordinaria (cf. Fallos: 330:3725, considerando 10 del voto de los jueces Fayt y Maqueda). Como ya expuse, tanto el médico neurólogo tratante como el perito médico designado coinciden en que todas las terapias y las medicaciones solicitadas son necesarias para tratar la discapacidad de la paciente. Frente a ello, la afirmación de la recurrente de que el actor pretende obtener la cobertura de prestaciones de índole meramente social, educativa y deportiva, ajenas al tratamiento de la patología que sufre su hija, luce dogmática y desprovista de fundamento. Lo mismo cabe decir respecto de su alegación de que, como el cuadro de la paciente impide aspirar a una rehabilitación total, los tratamientos y medicaciones peticionados no servirían para realizar los fines de la ley 24.901. Entiendo que la gravedad y la irreversibilidad de una discapacidad no pueden esgrimirse como argumentos para negarse a cubrir prestaciones que, según los informes de los profesionales mencionados, resultarán beneficiosas para la salud de la paciente. Por último, el CEMIC plantea que, dado que la paciente tiene un plan cerrado que determina que sólo puede atenderse con profesionales de la institución, no está obligado a cubrir tratamientos y medicaciones que fueron indicados y prestados por profesionales ajenos a su cartilla. Considero que este agravio tampoco puede prosperar toda vez que se está en presencia de un caso que demanda una protección especial, al estar en juego un derecho fundamental de una persona con una discapacidad severa, que merece la máxima tutela (cf. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y ley 24.901). Esta circunstancia impide adoptar una lectura excesivamente formalista y estrecha del contrato suscripto. Tal como sostuve anteriormente, en esta instancia están fuera de discusión la pertinencia y la necesidad de las prestaciones solicitadas. Además, la sentencia confirmada por el a quo observó que "la demandada no ha demostrado que sus prestadores se encuentren capacitados para dar respuesta a los requerimientos de la afiliada, y que determinaron su tratamiento con el Dr. Massaro y demás establecimientos" (fs. 334 vta.). Considero que el CEMIC no ha controvertido este fundamento, sobre el que se sustenta la condena recurrida, ya que no ha acreditado contar con una alternativa propia igual o mejor, que pueda brindar los distintos tratamientos solicitados con profesionales propios. Cabe recordar en este punto que la Corte tiene dicho que si bien la actividad de las entidades de medicina prepaga tiene determinados rasgos mercantiles, éstas también adquieren un compromiso social con sus usuarios en tanto tienen a cargo una función social trascendental -la protección de los derechos constitucionales a la vida, la salud, la seguridad y la integridad de las personas-, que está por encima de toda cuestión comercial y les impide invocar las cláusulas de un contrato para apartarse de sus obligaciones legales (Fallos: 330:3725, considerando 9º del voto de los jueces Fayt y Maqueda, y sus citas). -V- En tales

condiciones, opino que corresponde declarar admisible la queja., no hacer lugar al recurso extraordinario y confirmar la sentencia apelada. Buenos Aires, 2 de junio de 2014. IRMA ADRIANA GARCÍA NETTO ADRIANA N. MARCHISIO  
Prosecretaria Administrativa Procuración General de la Nación Correlaciones: Ley 23660 - BO:  
20/01/1989 Cairone, Mirta Griselda y otros c/Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires - Hospital Italiano  
s/despido - Corte Sup. Just. Nac. - 19/02/2015 L., E. S. c/Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto  
Quirno (CEMIC) s/amparo - recurso de hecho deducido por la demandada - Corte Sup. Just. Nac. - 20/05/2014  
006504E