

Asistencia Domiciliaria Permanente Cobertura

DOMINGO, 10 DE ENERO DE 2021

JURISPRUDENCIA

Asistencia domiciliaria permanente. Cobertura Se confirma la resolución que ordenó a la demandada cubrir el 100% de la prestación de asistencia domiciliaria permanente, conforme lo indicado por el certificado médico pues el mantenimiento de la medida dictada por el señor juez es la solución que, de acuerdo con lo indicado por el profesional médico, mejor se corresponde con la naturaleza del derecho cuya protección cautelar se pretende. Buenos Aires, 2 de marzo de 2017. Y VISTO: El recurso de apelación interpuesto por la demandada a fs. 31, fundado a fs. 47/52 -el que no mereció respuesta de la parte actora- contra la resolución de fs. 24, y CONSIDERANDO: 1. Las actoras -en representación de su padre- promovieron acción de amparo -con medida cautelar- contra OSDE (Organización de Servicios Directos Empresarios) con el fin de que la demandada le otorgue la cobertura total e integral de las prestaciones de: a) asistente domiciliario, de manera permanente, de lunes a lunes, las 24 horas y b) medicamentos; todo ello, de acuerdo con la orden médica emitida por el Dr. Risso Patron (cfr. fs. 15/23). El señor juez decidió hacer lugar parcialmente a la medida cautelar, por lo cual ordenó a la demandada cubrir el 100% de la prestación de asistencia domiciliaria permanente, conforme lo indicado por el certificado médico de fs. 11. Respecto de la medicación, dispuso que se adunara a la causa la prescripción pertinente (cfr. fs. 24). Dicha resolución fue apelada por la accionada, quien solicitó la revocación de lo decidido sobre la base de agravios que pueden resumirse en los siguientes: a) la sentencia dictada resulta arbitraria y debe ser dejada sin efecto -dada la errada interpretación de las normas aplicables al caso-, pues no se ampara en las circunstancias obrantes en autos, ya que no considera acabadamente las circunstancias que sirven de antecedentes y particularidades del caso. En tal sentido, manifiesta que la norma es clara en cuanto a que el equipo interdisciplinario de la obra social es quien -en forma exclusiva- puede indicar la prestación en cuestión, no siendo suficiente la prescripción de un solo médico para ello, como pretende hacer valer la parte accionante. Agrega que la evaluación que fue realizada al padre de las amparistas ordenó como tratamiento para sus afecciones ?Hospital de día en jornada completa para su rehabilitación integral con control y seguimiento estricto por neurología y psiquiatría y tiempo restante acompañamiento por adulto responsable (sin una formación profesional determinada)? y que les ofreció hospitales de medio día para que el afiliado siguiera el tratamiento prescripto. Por su parte, señala que la figura de asistente domiciliario no ha sido objeto de reglamentación y ello conlleva a que no se pueda acreditar la idoneidad de las personas que se pongan a disposición del mismo para atenderlo, ni las actividades que concretamente debería realizar en ejercicio de sus funciones y b) los perjudicados de tan ilegítima decisión no son sino los propios afiliados, puesto que ellos deberán hacerse cargo de las consecuencias de una resolución que no se refleja en las constancias obrantes en autos. Aclara que su parte ostenta el carácter de una obra social integrante del Sistema Nacional de Obras Sociales cuyo marco legal está dado por las leyes 23.660 y 23.661, por lo que se encuentra bajo la órbita y competencia de la Superintendencia de Servicios de Salud, que es la autoridad de aplicación. 2. En los términos expuestos, resulta adecuado recordar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha decidido, en repetidas oportunidades, que los jueces no están obligados a analizar todos los argumentos articulados por las partes o probanzas producidas en la causa, sino únicamente aquéllos que a su juicio resulten decisivos para la resolución de la contienda (Fallos 276:132, 280:320, 303:2088, 304:819, 305:537, 307:1121). 3. Sentado lo anterior, cabe destacar que no está discutida en el ?sub lite? la condición de discapacitado del padre de las amparistas (cfr. copia del instrumento obrante a fs. 4), la dolencia que padece -enfermedad de Parkinson avanzada, deterioro cognitivo, caídas frecuentes y alteración de la marcha- ni su condición de afiliado a la demandada (cfr. fotocopia de fs. 7). Está en debate, en cambio, la obligación de la recurrente de proveer cautelarmente la cobertura integral de la prestación de acompañante terapéutico. 4. En primer lugar, es importante puntualizar que la ley 24.901 (texto anterior al D.J.A.) 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 (art. 1, texto anterior al D.J.A.). En lo concerniente a las obras sociales, dispone que éstas tendrán a su cargo, con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la ley, que necesiten los afiliados con discapacidad (art. 2, texto anterior al D.J.A.). Entre estas prestaciones se encuentran las de: transporte especial para asistir al establecimiento educacional o de rehabilitación (art. 13, texto anterior al D.J.A.); rehabilitación (art. 15, texto anterior al D.J.A.); terapéuticas educativas (arts. 16 y 17, texto anterior al D.J.A.); y asistenciales, que tienen la finalidad de cubrir requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (art. 18, texto anterior al D.J.A.). Además, la ley 24.901 (texto anterior al D.J.A.) contempla la prestación de servicios específicos, enumerados al sólo efecto enunciativo en el capítulo V, que integrarán las prestaciones básicas que deben brindarse a las personas con discapacidad, en concordancia con criterios de patología

(tipo y grado), edad y situación socio-familiar, pudiendo ser ampliados y modificados por la reglamentación (art. 19, texto anterior al D.J.A). También establece prestaciones complementarias (cap. VII) de: cobertura económica (arts. 33 y 34, texto anterior al D.J.A); apoyo para facilitar o permitir la adquisición de elementos y/o instrumentos para acceder a la rehabilitación, educación, capacitación o inserción social, inherente a las necesidades de las personas con discapacidad (art. 35, texto anterior al D.J.A); atención psiquiátrica y tratamientos psicofarmacológicos (art. 37, texto anterior al D.J.A); cobertura total por los medicamentos indicados en el art. 38 (texto anterior al D.J.A.); estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados por esta ley (art. 39, inc. b, texto anterior al D.J.A.). La amplitud de las prestaciones previstas en la ley 24.901 resulta ajustada a su finalidad, que es la de lograr la integración social de las personas con discapacidad (ver arg. arts. 11, 15, 23 y 33). Por lo demás, la ley 23.661 (texto anterior al D.J.A) dispone que los agentes del seguro de salud deberán incluir, obligatoriamente, entre sus prestaciones las que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas, debiendo asegurar la cobertura de medicamentos que estas prestaciones exijan (art. 28) -cfr. esta Sala, causa 7841 del 7/2/01, entre muchas otras-. 5. En otro orden de ideas, se debe señalar que a partir de la entrada en vigencia de la ley 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. Tal prescripción normativa resulta concordante y complementaria de lo que anteriormente disponía la ley 24.754, en su artículo 1º, respecto de que "las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico-asistenciales, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, de conformidad con lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455 (y sus respectivas reglamentaciones)". De ello surge que las empresas de medicina prepaga se encuentran igualadas en cuanto a sus obligaciones prestacionales en relación con las restantes obras sociales (cfr. esta Sala, causa 3054/2013 del 3 de marzo de 2013).

Cabe destacar, también, que el mismo Programa Médico Obligatorio de Emergencia prevé que el agente de seguro de salud, con arreglo a lo previsto en el Anexo II (Resolución 201/2002), está facultado para ampliar los límites de cobertura de acuerdo a las necesidades individuales de sus beneficiarios (la cursiva le pertenece al Tribunal). En otras palabras, no constituye una limitación para dichos agentes, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales (cfr. CNCCFed., esta Sala, doctrina de causas 630/2003 del 15-4-2003 y 14/2006 del 27-4-2006). Por ende, 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 jerarquía constitucional (cfr. CNCCFed., Sala de FERIA, causa 8.780/06 del 26-07-07).

6. Para resolver la cuestión, y frente a las manifestaciones vertidas por la demandada, el Tribunal considera que -precautoriamente- debe estarse a los términos e indicaciones expresas del médico tratante (cfr. fs. 11), quien es, en definitiva, el responsable final del tratamiento que requiere el estado de salud del padre de las amparistas -medicamentos, dosis y modalidades de atención- y de su vida. Ello así, mientras se sustancia completamente la causa y se producen todas las pruebas pertinentes a los fines de dilucidar si la prestación aquí requerida resulta idónea para el tratamiento de su enfermedad. En consecuencia, y teniendo en cuenta que el juzgamiento de la pretensión cautelar sólo es posible mediante una limitada aproximación a la cuestión de fondo sin que implique avanzar sobre la decisión final de la controversia, cabe concluir que el mantenimiento de la medida dictada por el señor juez es la solución que, de acuerdo con lo indicado por el profesional médico, mejor se corresponde con la naturaleza del derecho cuya protección cautelar se pretende -que compromete la salud e integridad física de las personas (Corte Suprema de la Nación, Fallos: 302:1284)-, reconocido por los pactos internacionales (art. 25, inc. 1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el art. 12, inc. 2, ap. d, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), de jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22, de la Constitución Nacional; cfr. esta Sala, causas 22.354/95 del 2/6/95, 53.078/95 del 18/4/96, 1251/97 del 18/12/97, 436/99 del 8/6/99, 7208/98 del 4/11/99, 53/01 del 15/2/01 y 2038/03 del 10/7/03, entre otras; en igual sentido, C.S. Mendoza, Sala I, del 1/3/93 y C. Fed. La Plata, Sala 3, del 8/5/200, ED del 5/9/2000). Por lo expuesto, el Tribunal RESUELVE: confirmar la resolución de fs. 24 en cuanto fue motivo de agravio. Las costas de Alzada se distribuyen por su orden en atención a la cuestión debatida y al estado liminar de las actuaciones -arts. 70, segunda parte, y 71 del Código Procesal, texto según ley 26.939, Digesto Jurídico Argentino (DJA)-. Regístrese, notifíquese y devuélvase. María Susana Najurieta Francisco de las Carreras Ricardo Víctor Guarinoni 020560E