

Accion De Amparo Medida Cautelar Atencion Integral A Discapacitado Empresa De Medicina Prepaga Internacion Cobertura Integral

JURISPRUDENCIA

Acción de amparo. Medida cautelar. Atención integral a

discapacitado. Empresa de medicina prepaga. Internación. Cobertura integral

Se hace lugar a la medida cautelar solicitada por la actora y se ordena a la empresa de medicina prepaga demandada que dé cobertura integral de internación a la madre en la residencia solicitada. Para decidir de este modo, el tribunal tuvo en cuenta que la amparista es una persona mayor de edad y discapacitada. Por ello, de acuerdo a la doctrina de la corte, se tuvo presente que la atención y asistencia integral de la discapacidad constituye una política pública de nuestro país que, como tal, debe orientar la decisión de los jueces llamados al juzgamiento de los casos en que la salud de los sujetos que la padecen está en juego.

Buenos Aires, 4 de mayo de 2018. Y VISTO: El recurso de apelación interpuesto por la parte actora a fs. 146, fundado a fs. 147/156 -cuya vista al Ministerio Público de la Defensa luce a fs. 163, contra la resolución de fs. 145; y CONSIDERANDO: 1. La actora -por apoderada y en representación de su madre- promovió acción judicial, con medida cautelar, contra Galeno Argentina SA solicitando la cobertura total de la prestación de internación en la Residencia para Mayores ?Manantial? -Abalmie SA-, donde se encuentra internada actualmente aquélla, en razón de su discapacidad y su delicado estado de salud (cfr. fs. 37/99). La señora juez decidió rechazar la medida precautoria, pues consideró que no se encontraba acreditada la verosimilitud en el derecho, dado que la actora pretendía la cobertura integral de dicha prestación sin tener en cuenta el límite impuesto en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social y sus modificaciones), que era el que la accionada había ofrecido. Por su parte, entendió que tampoco concurría en la especie el peligro en la demora aludido ya que, según lo que surgía de las constancias de la causa, la prestación estaría siendo recibida (cfr. fs. 145). La decisión fue apelada por la amparista a fs. 146 y el recurso fue concedido a fs. 157 (segundo párrafo). 2. La parte actora solicitó la revocación total del pronunciamiento sobre la base de agravios que pueden resumirse así: a) con la documentación anexada al expediente -prescripciones médicas obrantes en autos- se acredita la verosimilitud en el derecho, pues ella da cuenta de que su madre presenta un cuadro de salud delicado, como consecuencia de sus padecimientos físicos y psíquicos, y que requiere la internación en una institución de tercer nivel, la que es adecuada en pacientes que requieren internación con rehabilitación en nivel de alto riesgo; b) si bien la demandada informó que brindaría la prestación con la limitación del nomenclador, lo cierto es que no brindó jamás cobertura alguna, lo que implica su negativa, y ello atenta contra la continuidad de la internación prescripta por los médicos tratantes, que han contraindicado su traslado a otra institución. Agregó que, además, la institución ?Manantial? no es sólo un hogar de residencia permanente para personas con discapacidad sino que se trata de un Centro de Rehabilitación que tiene como destino la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante y c) se ha soslayado que, en el caso, existe peligro en la demora al no conceder a su madre la cobertura al 100% del costo de internación en la institución referida, pues la continuidad en el centro en donde se encuentra internada se ve imposibilitada, en tanto la familia no cuenta con los medios necesarios para solventar tal gasto. 3. 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). 4. Sentado lo anterior, se debe señalar que no está discutida en el ?sub lite? la condición de discapacitada de la madre de la amparista, actualmente de 82 años de edad -cfr. copia del certificado obrante a fs. 8- ni su afiliación a la demandada -cfr. fotocopia de la credencial a fs. 5/6-. Está en debate, en cambio, si la demandada se encuentra obligada a otorgar cautelarmente la cobertura de la prestación aquí requerida -y, en su caso, el alcance-, mientras se sustancia completamente la causa. 5. Para resolver la cuestión, es importante puntualizar que la ley 24.901 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). En lo concerniente a las obras sociales, dispone que éstas tendrán a su cargo, con carácter obligatorio, la cobertura total de la asistencia básica enunciada en la ley, que necesiten los afiliados con discapacidad (art. 2). Entre estos servicios se encuentran las de: transporte especial para asistir al establecimiento educacional o de rehabilitación (art. 13), rehabilitación (art. 15), terapéuticas educativas (arts. 16 y 17), y asistenciales, que tienen la finalidad de cubrir requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (art. 18). Además, la ley 24.901 contempla la prestación de servicios específicos, enumerados al sólo efecto enunciativo en el capítulo V, que integrarán la canasta básica que debe 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). También establece beneficios complementarios (cap. VII) de: cobertura económica (arts. 33 y 34), 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), atención psiquiátrica y tratamientos psicofarmacológicos (art. 37), cobertura total por los medicamentos indicados en el art. 38; 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). La amplitud de la asistencia prevista 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). También, la ley 23.661 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-. 6. Por lo demás, 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 y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad previsto en la ley 24.901 y sus modificatorias (art. 7°). Tal prescripción normativa resulta concordante y complementaria de lo que anteriormente disponía la ley 24.754, en su artículo 1°, 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 obras sociales (cfr. esta Sala, causa 3054/2013 del 3 de marzo de 2013). Cabe destacar 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). 7. Lo expuesto debe ser ponderado en este contexto cautelar, pues la atención y asistencia integral de la discapacidad constituye una política pública de nuestro país, que como tal, debe orientar la decisión de los jueces llamados al juzgamiento de los casos en que la salud de los sujetos que la padecen está en juego (cfr. dictamen del Procurador General de la Nación en la causa Lifschitz, Graciela Beatriz y otros c. Estado Nacional, L. 1153. XXXVIII, al que se remite la Corte Suprema en Fallos 327:2413). En tales condiciones, 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, y analizando lo que surge de los instrumentos de fs. 8 y 13/14 y de las prescripciones médicas de fs. 9/12 y 105/107, el Tribunal considera que corresponde otorgar a la madre de la amparista -con la caución juratoria que se tiene por prestada con el escrito de inicio- la cobertura de internación en la Residencia "Manantiales" hasta el límite fijado en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, para el Módulo "Hogar con Centro de Día Permanente, Categoría A" (cfr. punto 2.2.2 de la Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y sus modificatorias), con más el 35% en concepto de dependencia. Dicha solución es la que, de acuerdo con lo indicado por sus médicos tratantes (cfr. fs. constancias médicas referidas), 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 menos, hasta el momento del dictado de la sentencia definitiva, oportunidad en la cual se podrá ponderar la prueba que produzca a tales efectos. 8. Es que, de acuerdo con el principio general establecido en el art. 6 de la citada ley 24.901, las prestaciones básicas deben ser brindadas mediante servicios propios o contratados, en tanto la atención por parte de otros especialistas o instituciones requiere que su intervención sea imprescindible, debido a las características específicas del cuadro que afecta al paciente, o cuando así lo determinen las acciones de evaluación y orientación. Dado que ello no ha acontecido, y ponderando igualmente que de las constancias de la causa no surge que la asociada se encuentre internada en la Residencia "Manantiales" recibiendo la prestación establecida en el ítem 2.2.1 -Módulo de Internación en Rehabilitación- la Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y sus modificatorias, como tampoco hay elementos que demuestren que la elección de dicho establecimiento

haya sido el resultado de una evaluación concreta de las necesidades de la paciente por parte de profesionales médicos, en este contexto cautelar corresponde establecer la cobertura que deberá afrontar la demandada -conforme lo referido precedentemente- a la suma mensual del arancel vigente (según Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social y sus modificatorias) para el módulo ?Hogar con Centro de Día Permanente, Categoría A?, con más el 35% en concepto de dependencia, y con los eventuales incrementos que la normativa futura pudiera disponer (confr. Sala II, doctrina de la causa 1993/2012 del 14.5.2013 y sus citas). En caso de que este monto superara en los hechos el monto facturado mensualmente por la Residencia ?Manantiales?, este último constituirá un límite que deberá adaptarse mes a mes. 9. Por último, debe recordarse que las decisiones sobre medidas cautelares no causan estado ni son definitivas ni preclusivas, de donde resulta que pueden reverse siempre que se aporten nuevos recaudos. En general tienen carácter eminentemente mutable, de manera que la resolución que recae sobre ellas -de acuerdo con las particularidades de cada caso- es siempre provisional, por cuyo motivo la parte interesada está siempre legitimada para solicitar nuevamente su traba aportando nuevos elementos que demuestren su derecho a obtenerla (cfr. Novellino, ?Embargo y Desembargo y Demás Medidas Cautelares?, 3º edición actualizada, págs. 39, 101 y 102, y sus citas; esta Sala, causa 7115/02 del 10/12/02; Sala 2, causa 8379/94 del 5/3/98). Por lo expuesto, el Tribunal RESUELVE: revocar la resolución de fs. 145 y disponer que la demandada deberá brindar a la madre de la amparista la cobertura de la prestación de internación en la Residencia ?Manantiales? hasta el límite fijado en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, para el Módulo ?Hogar con Centro de Día Permanente, Categoría A? (cfr. punto 2.2.2 de la Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y sus modificatorias), con más el 35% en concepto de dependencia. El doctor Guillermo Alberto Antelo no suscribe la presente por hallarse en uso de licencia (art. 109 del R.J.N.). Regístrese, notifíquese -al Ministerio Público de la Defensa con remisión de la causa- y devuélvase.

María Susana Najurieta Fernando A. Uriarte

029337E