

Amparo De Salud Suministro De Medicamentos Empresas De Medicina Prepaga Tratamiento Oncologico Cobertura Integral

JURISPRUDENCIA

Amparo de salud. Suministro de medicamentos. Empresas de medicina prepaga. Tratamiento oncológico. Cobertura integral

Se confirma la sentencia que ordenó a una empresa de medicina prepaga a otorgar la cobertura al 100% de la medicación oncológica que le sea prescrita a un enfermo oncológico por sus médicos tratantes, y asumir el 100% del costo del tratamiento de cámara hiperbárica. Esto último, al obrar informes médicos determinantes en cuanto señalaron que esa prestación era para mejorar la sintomatología y contribuir a reducir el edema y la tumoración.

Buenos Aires, 26 de septiembre de 2017. VISTO: La resolución de fs. 132/135, el recurso interpuesto y fundado en fs. 139/149, el responde de fs. 151/154 y el dictamen del Sr. Procurador Fiscal de fs. 159162 vta.; y

CONSIDERANDO: I.- El Sr. juez a quo hizo lugar a la acción de amparo y ordenó la demandada otorgar la cobertura al 100% de la medicación oncológica que le sea prescrita al accionante por los médicos tratantes y asumir el 100 % del costo del tratamiento de cámara hiperbárica -20 sesiones ya autorizadas, las 10 sesiones que surgen de la documentación acompañada a fs. 130 y las que le sean indicadas por el médico tratante en el futuro mientras éste considere que el tratamiento debe continuarse-; todo ello contra la presentación de las respectivas órdenes médicas. II.- La demandada se agravia en los siguientes términos: a) Sobre la cobertura de una prestación de sesiones de cámara hiperbárica entiende que no está indicada para la patología del actor que la prestadora deba asumir el 100% del costo de una cobertura que la normativa vigente en la materia (Res. M.S. 201/2002) no contempla. En tal sentido, señala que el Ministerio de Salud y Acción Social dictó la Res. 201/2002 mediante la cual se delimitaron las prestaciones médico asistenciales que se encuentran obligadas a brindar los Agentes del Seguro de Salud, esto es el PMO. Consecuentemente, sigue, tanto la Ley Nro. 24.754 como la Ley Nro. 26.682, han determinado que las ?empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas "prestaciones obligatorias" dispuestas por obras sociales, conforme lo establecido por las leyes Nro. 23.660, Nro. 23.661 y Nro. 24.455, y sus respectivas reglamentaciones, que en el caso es la Resolución M.S. Nro. 201/2002 -actualizado por la Resolución M.S. Nro. 1991/05- que aprueba el Programa Médico Obligatorio (PMO). Este programa, sostiene, en lo que respecta a la cobertura de Tratamientos Especiales, establece en su Anexo II -Catálogo de Prestaciones-, la prestación de ?*380201 Cámara Hiperbárica? y la ?Obligación de cobertura en los siguientes casos: Enfermedad por descompresión, gangrena gaseosa, y embolia gaseosa o aérea?. Concluye que conforme lo expuesto, en los casos de Cámara Hiperbárica se encuentra obligada exclusivamente al otorgamiento de cobertura únicamente en las situaciones mencionadas en la norma, esto es: enfermedad por descompresión, gangrena gaseosa y embolia gaseosa o aérea y no para tratar un diagnóstico de adenoma hipofisario secretor de prolactina. También denuncia que actualmente no existen estudios científicos que avalen dicha práctica en la patología del actor y señala que la parte actora ni el médico prescriptor adjuntaron estudios científicos específicos que demuestren la eficacia. b) Con relación a la pretensión de cobertura de la medicación indicada en la demanda (Cabergolina 3,5 mg por semana) , pone de resalto que la orden médica adunada por el actor indica la dosis pero no la prescripción. Destaca que nunca rechazó la cobertura del medicamento, sino que tal se encuentra cubierto en un 40% tanto por el plan que el actor tiene, como en virtud de la Resolución MS Nro. 201/2002. Concretamente, con relación a la cobertura de medicamentos indica que el Punto 7.1 del Anexo I del P.M.O. establece expresamente que se asegura por parte del Agente del Seguro de Salud la cobertura de los medicamentos de uso ambulatorio que figuran en el Anexo III con 40% a su cargo para medicamentos de uso habitual, y en un 70% a su cargo para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieren de modo permanente o recurrente del empleo de fármacos para su tratamiento, conforme al precio de referencia (monto fijo) que se publica en el Anexo IV y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de cada medicamento, que allí se individualizan. Agrega que el Anexo V incluye medicamentos de alternativa terapéutica, cuya cobertura por parte del Agente del Seguro de Salud deberá ser resuelta por su auditoría médica según las recomendaciones de uso establecidas en dicho Anexo. La cobertura, cierra, será del 40% para medicamentos de uso habitual y 70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieran de modo permanente o recurrente del empleo de fármacos para su tratamiento. Todo ello, a cargo del Agente del Seguro de Salud y conforme al precio de referencia -monto fijo- que se publica en el referido Anexo y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones que de cada medicamento se individualizan. Considera que la regla general es que los medicamentos incluidos dentro del ?numerus clausus? del art. 7 aludido tengan cobertura del 40% y que si bien el P.M.O. contempla cobertura del 70% para medicamentos destinados al tratamiento de patologías crónicas prevalentes, dicha cobertura no se establece para cualquier medicamento utilizado en el tratamiento de

patologías crónicas, sino que expresamente dispone que aquella cobertura preferencial solo se aplica para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones individualizadas en el Anexo IV, y conforme los precios de referencia establecidos en él. c) Se agravia también sobre la falta en proveer la prueba ofrecida en fs. 61 vta. para que la Superintendencia de Salud informe en qué situaciones terapéuticas se encuentra prevista la cobertura de Cámara Hiperbárica en el P.M.O. (fs. 61 vta. y fs. 92/95); que el juez rechazó al declarar la causa como de puro derecho, por considerar que el proceso se encuentra ceñido a resolver sobre la aplicación de la normativa referida a las obras sociales, no resultando necesario a su criterio la producción de la prueba ofrecida al momento de evacuar el informe circunstanciado del art. 8º. d) Por último, cuestiona la imposición de costas y el monto de los honorarios regulado a la letrada de la parte actora. 3) En primer lugar cabe recordar que cuando están en juego el derecho a la vida o a la salud e integridad física de una persona, las instituciones que integran el sistema nacional de salud (sean obras sociales, entidades de medicina prepaga, asociaciones mutuales de asistencia sanitaria y la propia Nación, en función subsidiaria) deben extremar al máximo los servicios que proporcionan a fin de lograr la recuperación del paciente, incluso más allá de las exigencias del PMOE, toda vez que debe entenderse que éste fija un piso de prestaciones mínimas y no máximas para el aseguramiento de los derechos constitucionales a la vida y a la salud (conf. esta Sala II; causa 5462/2010 del 30.3.12 y causa 1250/12 del 8.10.14). Esa conclusión descarta la interpretación que realiza la demandada sobre el porcentaje de cobertura de la medicación previsto en la pto. 7 del anexo II de la Resolución MS 201/2002 y, asimismo, sobre la limitación a los casos específicos en que pretende asignarle a la enumeración que el referido anexo hace de los casos de cobertura de la Cámara Hiperbárica dentro del catálogo de prestaciones. En el caso, la cobertura del 100% de medicación para el tratamiento oncológico está reglada en el art. 7.3 del Anexo I de la Resolución MS Nro. 201/02. Y no resulta óbice para la cobertura integral ninguna disposición particular, que fue genéricamente invocada por la demandada, que estipule otra protección menor; porque si bien es cierto que la base del vínculo entre las aquí partes es de naturaleza convencional y que la actividad que asumen las empresas de medicina prepaga puede presentar determinados rasgos mercantiles, también lo es que esas entidades adquieren un compromiso social con sus usuarios, en tanto el objeto de tales contrataciones es proteger las garantías constitucionales a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas (fallos: 330:3725); y desde esa perspectiva no es posible juzgar el caso en los términos que propone dicha sociedad, prescindiendo de la relación existente entre las distintas enfermedades que padece el demandante (esta Sala 2 causa 3.814/07 del 25.6.09). 4) Restan tratar los agravios relativos a la efectividad de las sesiones de Cámara Hiperbárica y aquellos que versan sobre si el uso que el galeno le otorga en el tratamiento del caso de marras está o no previsto en las disposiciones legales que rigen. La demandada ofreció un pedido a la Superintendencia de Servicios de Salud para que informe en qué situaciones terapéuticas está prevista la cobertura de Cámara Hiperbárica en el P.M.O. Como fue señalado por el juez, la norma que fija el Programa Médico Obligatorio es clara en su enumeración, mas tal no significa que deba considerársela-como se dijo- taxativa o cerrada a otras no incluidas expresamente. Por lo demás, en lo que hace a lo específico del campo medicinal, los criterios a tener en cuenta surgen de las prescripciones de los médicos, de sus informes o dictámenes. Y en la causa, sobre el particular, obran sólo los acompañados por el actor en fs. 3 y en fs. 130, determinantes en cuanto señalan que esa prestación es para mejorar la sintomatología y contribuir a reducir el edema y la tumoración (fs. 3). Sobre tal base, y en caso de suponer otra postura acerca de la eficacia de las sesiones de Cámara Hiperbárica debe repararse que tampoco la salud del actor merecería quedar atrapada entre diferentes criterios acerca de la ventaja o desventaja de utilizar un determinado medicamento, producto medicinal o tratamiento. Es claro, por otro lado, que el facultado directo es del médico de la cartilla de la propia demandada (que interviene directamente o a través de otro prestador) quien atiende y prescribe en el caso concreto con la convicción necesaria para que su paciente tome la decisión de recurrir ante esta sede judicial a hacer valer los derechos esenciales de "aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos" luego de "recibir la información sanitaria" sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud"-art. 2, incs. a) y g), de la ley 26.529- (conf. arg. esta Sala II, causa 4.599/15 del 4/11/16 y casua 6.866/16 del 12.5.17). Por todo ello, este Tribunal RESUELVE: 1) Confirmar la sentencia recurrida, con costas de ambas instancias a la vencida (art. 68 del Cód. Procesal Civil y Comercial de la Nación. 2) Confirmar, desde que fueron apelados por altos, los honorarios regulados a la letrada patrocinante del actor, Dra. María Fernanda Sánchez, por la labor en la instancia de grado y regular en cuatro mil pesos (\$ 4.000.-) -arts. 6 y c.c. de la ley 21.839- los honorarios correspondientes a la desarrollada en esta alzada. Con carácter urgente, regístrese, notifíquese y devuélvase (confr. fs. 164). ALFREDO SILVERIO GUSMAN RICARDO VÍCTOR GUARINONI EDUARDO DANIEL GOTTARDI Correlaciones: M. de M., G. c/Instituto Provincial de Salud de Salta - amparo - Cám. Civ. y Com. Salta - 21/10/2015- Cita digital: IUSJU004227E 026789E