

Derecho A La Salud Tratamiento Por Adiccion Cobertura Por La Empresa De Medicina Prepaga Prestadores Externos

JURISPRUDENCIA

Derecho a la salud. Tratamiento por adicción. Cobertura por la

empresa de medicina prepaga. Prestadores externos Se confirma el fallo en cuanto ordenó a la empresa de medicina prepaga la cobertura del tratamiento por drogadependencia recomendado para el amparista y el reintegro de lo ya abonado, pues las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental y las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la ley en su relación con los servicios de salud.

En Buenos Aires, a los 15 días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho, hallándose reunidos en acuerdo los Señores Vocales de la Sala III de la Excm. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal a fin de pronunciarse en los autos "P., F. A. c/ OSDE s/ incumplimiento de prestación de obra social/medicina prepaga", y de acuerdo al orden de sorteo, el doctor Ricardo Gustavo Recondo dijo: I. Surge de las constancias de autos que el señor F. A. P. es afiliado a OSDE bajo el número ... y padece un cuadro de adicción a sustancias psicotóxicas (trastorno por consumo y dependencia de cocaína) desde el año 1996. Después de efectuar el correspondiente tratamiento y haber evolucionado favorablemente hasta llegar a un período de once meses de abstinencia durante el año 2012, sufrió diversos episodios de recaídas, por lo que requirió sucesivas reinternaciones en la Clínica Psiquiátrica Santa Rosa. Debido a la gravedad de dichos episodios, se decidió su derivación a la Comunidad Terapéutica San Ignacio para continuar con el tratamiento en diferentes condiciones de abordaje. Así las cosas, el señor P. fue internado a partir del 17 de enero de 2013 en la Fundación Programa San Ignacio por tratamiento en comunidad terapéutica cerrada, habiendo recibido la cobertura de la empresa de medicina prepaga de la cual era afiliado con la limitación del módulo "internación de día" (\$ 1.575). En el mes de abril de 2013 presentó una nota a OSDE, a fin de que actualizara el importe de reintegro, dado que la suma que abonaba por el tratamiento ascendía a \$ 10.000, más los gastos de medicación. En su respuesta, la empresa puso a su disposición la cobertura de las prestaciones requeridas mediante sus prestadores propios o contratados (ver documental de fs. 3/35, en especial informes médicos de fs. 27 y 32/34). En el contexto fáctico antedicho, el señor P. inició la presente acción contra OSDE, reclamándole el reintegro de las cuotas abonadas desde el 17/01/13 a la Fundación Programa San Ignacio, la cobertura de las sumas que continúen devengándose en un futuro por todo concepto respecto del tratamiento iniciado en la comunidad cerrada y la repetición de lo abonado en concepto de tratamiento farmacológico, traslados, viáticos y gestiones y gastos judiciales. II. El señor juez de primera instancia, después de declarar la obligación de OSDE de prestar la cobertura del tratamiento que requiere el señor P., condenó a la empresa demandada al pago de \$13.000 en concepto de daño moral y \$ 85.275 por reintegro de gastos de internación y tratamiento, difiriendo para la etapa de ejecución de la sentencia el monto correspondiente al reintegro de los gastos de medicación y de tratamiento por el período que indicó. Impuso las costas a la demandada vencida (fs. 319/326vta. y 331). Contra dicho pronunciamiento se alzaron ambas partes a fs. 328/329 y 330, recursos que fueron concedidos a fs. 331, fundados a fs. 337/338vta. y 339/343, y replicado sólo el de la demandada a fs. 345/349vta. OSDE cuestiona la sentencia en punto a su obligación de prestar la cobertura en los términos señalados por el a quo (fs. 337/338, punto 2) y a la procedencia y cuantificación del daño moral (fs. 338/vta., punto 3), mientras que la actora se queja del rechazo de las sumas futuras para continuar con el tratamiento (fs. 340/vta., punto 3.1) y del monto concedido en concepto de daño moral (fs. 340vta./342vta., punto 3.2). III. Por una cuestión de orden lógico, comenzaré con el tratamiento del primer agravio de la demandada, ya que su suerte condiciona la de los restantes planteos sometidos a conocimiento y decisión de esta instancia revisora. Lo primero que debo poner de relieve es que la relación entre la empresa de medicina prepaga y sus afiliados se rige por el contrato respectivo y por el conjunto normativo que creó el Sistema Nacional del Seguro de Salud, aprobó el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud - denominado Programa Médico Obligatorio (PMO)- e impuso a aquellas empresas las mismas prestaciones obligatorias que las que deben cumplir las obras sociales (conf. leyes 23.660, 23.661, 24.754 y 26.682; Resolución 201/02 del Ministerio de Salud). Otras disposiciones legales completan este plexo normativo, como ser -en el caso que convoca a este Tribunal- la ley 26.657 de protección de la salud mental, cuyo art. 4º dispone que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental y que las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la ley en su relación con los servicios de salud. A su turno, el art. 2º de la Resolución 362/97 aprueba el Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción (art. 1º), el cual deberá ser cumplimentado por todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud incluidas en la ley 23.660 y de las empresas o entidades prestadoras de servicios de medicina prepaga (art. 2º). Recuérdese aquí que el art. 1º de la ley 24.455 sienta la obligación de todas

las obras sociales de brindar cobertura para los programas de prevención de la drogadicción (inc. c). Ahora bien, según el principio general en el que se asienta el sistema de salud, la cobertura que deben otorgar las obras sociales y las empresas de medicina prepaga debe llevarse a cabo mediante sus prestadores propios o contratados, no siendo admisible que una vez iniciado un tratamiento en forma particular con un prestador ajeno a aquéllos -como consecuencia de un acto voluntario del afiliado sin la intervención de las entidades- puedan resultar obligados a cubrir su costo. Sin embargo, en supuestos particulares dicho principio ha admitido excepciones fundadas en circunstancias especiales que las justificaron. Tal sería el caso de que el agente de salud no cuente entre sus prestadores con profesionales idóneos o con instituciones adecuadas para la atención del beneficiario de acuerdo con sus particulares necesidades. Dichas circunstancias especiales deben ser acreditadas en forma suficiente. En relación a esto último, no puede soslayarse que es el agente del servicio de salud quien debe ocuparse concretamente de probar y poner a disposición del afiliado una alternativa entre sus prestadores que proporcione el servicio que aquél requiere de acuerdo con su patología y con las correspondientes prescripciones médicas (Fallos: 327:2413; 331:2135; 332:1394, entre otros). En este contexto, no puede sino concluirse que no basta con que el agente de salud alegue que el sistema de prestaciones es cerrado, si no aporta profesional o establecimiento alguno dentro de su nómina que esté en condiciones de sustituir al que contrató el afiliado. En breve, es la empresa de medicina prepaga la que se encuentra a cargo de demostrar que ni la salud ni la dignidad del afiliado se ven mermadas por el nomenclador o especificaciones parecidas. Cumplida dicha carga por parte del agente de salud, quien pretenda apartarse de los profesionales ofrecidos por aquél en su cartilla médica debe explicitar las razones por las cuales rechaza dicho ofrecimiento. Es decir que el afiliado debe demostrar que la necesidad de contratar profesionales ajenos a los ofrecidos por la empresa de medicina prepaga obedece a que éstos no se encuentran en condiciones de atender la patología del afiliado; es decir, que no son idóneos. Una solución contraria implicaría admitir que todo afiliado podría por sí mismo concurrir a cualquier institución asistencial y reclamar posteriormente el reintegro de los gastos a su obra social sin limitación alguna, premisa ésta cuyo solo enunciado convence sobre su desacierto, pues se desbarataría así el sistema sobre el que se articula el funcionamiento de las obras sociales. Pues bien, no hallo constancia alguna en el expediente que me convenza de que OSDE cumplió con las obligaciones a su cargo, consistentes -reitero- en haber puesto a disposición de su afiliado, el señor P., una alternativa entre sus prestadores apta para proporcionar el tratamiento médico que aquél requería de acuerdo con su patología -adicción a sustancias psicotóxicas- y con las correspondientes prescripciones médicas -necesidad de tratamiento en comunidad terapéutica cerrada-. Por el contrario, surge del material probatorio de autos que las instituciones en las que el señor P. estuvo internado de manera previa a su ingreso en la comunidad San Ignacio no eran aptas para el tratamiento indicado, dada su característica ambulatoria, en virtud de la cual se deja a decisión del paciente asistir o no al tratamiento. Prueba de ello la constituye la cantidad de internaciones y externaciones que el actor tuvo en diversas clínicas, con las consecuentes recaídas (en este sentido, ver informativa de fs. 143, 201, 203, 213 y 233). A lo dicho se suma lo informado por el doctor Berro -médico del actor durante los años 2014 y 2015- en su declaración testimonial de fs. 261/262vta., en el sentido de que toda interrupción del tratamiento pone en riesgo la vida del paciente y es asimismo un riesgo para terceros (fs. 261vta., respuesta a la pregunta décimo tercera). Agrega el galeno que las clínicas psiquiátricas no son idóneas para el tratamiento de drogodependencia (fs. 262, respuesta a la pregunta vigésimo primera) y pone de relieve la característica de la comunidad San Ignacio, de tipo cerrada, que produce una desintoxicación mucho más rápida y efectiva que una comunidad abierta, debido a la falta de contacto con las sustancias y con todas aquellas situaciones que generan memoria de consumo, las cuales culminan con la recaída del paciente (fs. 262, respuesta a la pregunta vigésimo segunda). Resta agregar, a los fines de tomar todos los recaudos para hacer efectivo en la práctica el cabal respecto por el derecho de defensa de la accionada, que la autorización para funcionar otorgada a las instituciones provistas por OSDE por el Ministerio de Salud y la inscripción de aquéllas en el Registro de Prestadores que lleva la Superintendencia de Servicios de Salud (ver argumento de fs. 338, segundo párrafo) no las convierte automáticamente en instituciones aptas para el tratamiento que le ha sido indicado médicamente al señor P., dadas sus particulares características y necesidades. Se impone, en consecuencia, la confirmación del decisorio en crisis en el aspecto que se examina. IV. Llega el turno de ocuparme de los agravios de la accionante. En punto a la cobertura de los gastos futuros relacionados con tratamiento por internación, disiento con lo resuelto por el sentenciante de grado en punto a que no procede su reconocimiento judicial debido a que no se encuentra acreditada la necesidad de continuar con el tratamiento con posterioridad al alta médica (fs. 325/vta., considerando VI del decisorio en crisis). En efecto, a fs. 216 luce agregado un informe de la comunidad San Ignacio, el cual da cuenta de que el señor P. necesita continuar su tratamiento en modalidad ambulatoria ¿debido a padecer una patología?, dado ¿su historial de consumo múltiple y para continuidad de rehabilitación y reinserción social?. En estas condiciones, no puedo concluir que el señor P. se encuentre definitivamente dado de alta, sin indicación de tratamiento adicional, sino todo lo contrario. Decidida, entonces, la revocación de la sentencia apelada en este aspecto, corresponde efectuar la siguiente aclaración, debido a la evolución del paciente y al cambio de la modalidad indicada para su tratamiento. Pues bien, en virtud del principio que rige el sistema de salud -al que ya he

hecho referencia-, según el cual la cobertura que deben otorgar las empresas de medicina prepaga debe llevarse a cabo mediante sus prestadores propios o contratados -salvo circunstancias excepcionales que justifiquen apartarse de dicha regla-, podrá OSDE cumplir con su obligación mediante los prestadores de su cartilla, siempre y cuando demuestre que son idóneos para el tratamiento concreto que el señor P. necesita. V. Por último, trataré la queja que la parte actora esgrime en torno a la cuantificación del daño moral. Aclaro que no analizaré el respectivo planteo que formula la demandada a fs. 338/vta., en virtud de que aquél no reviste entidad suficiente para tener por cumplimentados los recaudos exigidos en el art. 265 del Código Procesal. Ello, toda vez que la recurrente -en sólo diez renglones- se limita a manifestar su discrepancia con lo resuelto por el a quo, sin aportar línea argumental alguna que conmueva los cimientos de la decisión a la que aquél arriba, más allá de confundir la procedencia con la cuantificación del rubro. Así las cosas, estimo necesario recordar en primer término que -como reiteradamente lo ha sostenido nuestra jurisprudencia- el daño moral, si bien pertenece al sagrado mundo subjetivo de los damnificados, a los fines de su reparación económica debe traducirse en una suma de dinero. El daño moral se caracteriza por los padecimientos o molestias que hieren las afecciones de quienes lo sufren, y se configura a su respecto lo que se ha dado en llamar prueba in re ipsa, es decir, aquélla que surge inmediatamente de los propios hechos que dieron lugar a las actuaciones judiciales. La valuación del daño extrapatrimonial no está sujeta a cánones estrictos (arg. art. 522 del Código Civil; conf. Llambías, J. J., Tratado de Derecho Civil. Obligaciones, tomo I, Bs. As., Abeledo Perrot, 1978, pág. 350; Belluscio, A. C.; Zannoni, E. A., Código Civil y leyes complementarias. Comentado, anotado y concordado, tomo 2, Bs. As., Astrea, 1979, pág. 733; esta Sala, causas 4.173/97 del 6/03/01; 6.313/93 del 29/03/01; 2.481/99 del 5/10/04), por lo que corresponde a los jueces de la causa establecer su quantum indemnizatorio prudentemente, tomando en cuenta la gravedad de la lesión sufrida, su función resarcitoria y el principio de reparación integral. Ninguna relación forzosa existe entre el perjuicio material y el moral; ambos cuentan con presupuestos propios y concurren a su determinación por razones diferentes. A su vez, cabe agregar que la reparación del daño moral debe ser determinada ponderando esencialmente la índole de los sufrimientos de quien los padece y no mediante una proporción que la vincule con los otros daños cuya indemnización se reclama (conf. Sala I, causa 1.458/91 del 20/02/96; Sala II, causa 17.292/95 del 17/10/95; esta Sala, causa 9.573/00, entre otras). Trasladas las consideraciones que anteceden al sub examine, no puede pasarse por alto el estado de angustia y la preocupación que se genera en un paciente drogodependiente frente a la omisión de la empresa de medicina prepaga de la cual es afiliado de cumplir con las obligaciones legalmente impuestas a su cargo, consistentes en brindar una cobertura completa del tratamiento que la patología diagnosticada requiere concretamente. De manera tal que, teniendo en cuenta los factores antedichos, a lo que se suma la función resarcitoria del daño moral y el principio de reparación integral, estimo razonable elevar el monto reconocido por este concepto a la suma de \$ 20.000. Por los fundamentos que anteceden, corresponde modificar la sentencia apelada, en los términos que se desprenden de los considerandos IV y V de la presente, con costas de ambas instancias a cargo de la demandada (arts. 68, primera parte, y 279 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación). Así voto. El doctor Guillermo Alberto Antelo, por análogos fundamentos, adhiere al voto precedente. Con lo que terminó el acto de lo que doy fe. Buenos Aires, 15 de noviembre de 2018.- Y VISTO: lo deliberado y conclusiones establecidas en el acuerdo precedentemente transcripto, el Tribunal RESUELVE: modificar la sentencia apelada, en los términos que se desprenden de los considerandos IV y V de la presente, con costas de ambas instancias a cargo de la demandada (arts. 68, primera parte, y 279 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación). Una vez determinado, por liquidación firme, el monto definitivo de la condena en concepto de capital e intereses, el Tribunal procederá a regular los honorarios de los profesionales intervinientes. La Dra. Medina no suscribe la presente por hallarse en uso de licencia (art. 109 del RPJN). Regístrese, notifíquese, publíquese y devuélvase.- Ricardo Gustavo Recondo Guillermo Alberto Antelo
034899E