

Amparo De Salud Cobertura Implante Valvular Aortico Transcateter Obligacion De Las Obras Sociales

JURISPRUDENCIA

Amparo de salud. Cobertura. Implante valvular aórtico transcáteter.

Obligación de las obras sociales Se hace lugar a la acción de amparo deducida contra el Instituto Provincial de Salud de Salta, y se le ordena que otorgue a la amparista la cobertura integral en un 100% del implante valvular aórtico transcáteter recomendado por su médico tratante, por entender que es obligación de las obras sociales procurarles a sus afiliados medios aptos y eficaces que le aseguren una mejoría en sus dolencias, debiendo privilegiarse las garantías constitucionales y una tutela amplia y generosa de los derechos constitucionales a la vida y a la salud, por sobre ciertas reglamentaciones de carácter instrumental que limitan las prestaciones.

Salta, 10 de Enero de 2019.- Y VISTOS: Estos autos caratulados ?M., E. E. vs. INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA (I.P.S.) s/ Amparo?, Expediente N° 647.282/18.- RESULTANDO: Que a fs. 99/105 la Sra., con patrocinio letrado de la Dra. Elena Martínez Espeche, deduce acción de amparo contra el Instituto Provincial de Salud de Salta (IPS), a fin de que se le ordene la cobertura integral en un 100% del implante valvular aórtico transcáteter (TAVI) recomendado por su médico tratante Dr. Jerónimo Heredia, incluyendo los gastos prequirúrgicos, quirúrgicos, post operatorios, insumos y medicamentos.- Cuenta que es afiliada forzosa del IPS por haber formado parte de la planta permanente del Poder Ejecutivo Provincial, como funcionaria de la Secretaría de Cultura. Relata que tiene 71 años y que padece de un grave cuadro de salud: ?Estenosis Aórtica Severa?, con otras enfermedades anteriores de base, resaltando ser una paciente diabética insulina dependiente, con episodio isquémico cerebral de posible causa cardioembólico y con un cuadro psicológico de depresión y angustia, con ataques de pánico. Afirma que por su problema, requiere en forma urgente una cirugía cardiovascular, en concreto, un implante valvular aórtico transcáteter (TAVI). Dice que el especialista le explicó que actualmente existen dos tipos de intervenciones: una cirugía de corazón abierto (tradicional) y la práctica TAVI que el profesional le recomienda. Dice que esta segunda modalidad es una práctica mucho menos invasiva, con menores riesgos, más idónea, más efectiva y con un postoperatorio altamente positivo en comparación con la práctica tradicional. Expresa que acudió al IPS para solicitar la cobertura de la práctica médica y que ese organismo sin dar mayores explicaciones, respondió mediante nota del 28/06/18 simplemente que no justifica cardiológicamente lo solicitado y que la junta médica no justifica médicamente la práctica TAVI. Dice que a fs. 28 del expediente administrativo, la junta médica rechazó la solicitud considerando que las condiciones de la paciente son aptas para una cirugía convencional, siendo de indicación TAVI para pacientes mayores de 80 años o con condiciones hemodinámicas de extrema gravedad. Cuenta que contra ello, interpuso un recurso de reconsideración acompañando nuevos certificados médicos expedidos por los Dres. Juan José Loutayf y Lisandro Pfister, quienes sugieren la técnica TAVI, acompañando un nuevo estudio ecodoppler. Dice que también acompañó un certificado médico del Dr. Quiroga -especialista en cirugía cardiovascular-, recomendando el reemplazo valvular aórtico TAVI con acceso percutáneo, y que a fs. 47 se dispuso rever el dictamen en base a la nueva documentación y hacer lugar al pedido de la actora. Expresa que a fs. 48 la junta médica justificó lo peticionado, solicitó presentar un presupuesto actualizado y remitir el pedido al banco de prótesis, y que en base a esos antecedentes, a fs. 49 la Coordinación solicitó una cotización del material requerido. Cuenta que presentó el presupuesto de la válvula por la suma de \$ 1.685.000 (facturación mínima) y que acompañó el presupuesto de la cirugía TAVI realizado por el Dr. Heredia, informando material y honorarios por la suma de U\$S 5.000, adjuntando además, tomografía, cinecoronariografía y ecocardiografía transesofágica pre-procedimiento requeridos por el Dr. Heredia, a fin de determinar el tipo de válvula acorde a las características de la paciente. Expresa que ante la falta de respuesta, interpuso un pronto despacho y que en forma sorpresiva y maliciosa, a fs. 72 se adjunta una nueva acta de junta médica firmada por un único profesional médico auditor (Dr. Enrique Fiakosky), quien haciendo predominar una intención economista y sin ver a la actora, indicó que la Sra. M tiene bajo riesgo para reemplazo valvular convencional y que no está advertida de los potenciales riesgos del TAVI, prescribiendo una cirugía convencional. Expresa que a fs. 73 la Coordinadora del IPS no hizo lugar a lo solicitado. Considera que el dictamen de la nueva junta médica firmada por un solo médico, no recomendando la TAVI, constituye una maniobra maliciosa utilizada por el IPS para evadir la cobertura de los costos de la práctica médica y sus accesorios, considerando su actuación como contradictorio y arbitrario.- Afirma que con esta acción pretende proteger sus derechos a la vida y a la salud, invocando el artículos 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Cita y transcribe un fallo reciente dictado por la Sala III de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial sobre la misma práctica médica. Atribuye al IPS un actuar arbitrario e ilegal por vulnerar los derechos a la salud y a la calidad de vida, y sostiene que la obra social provincial antepone una cuestión económica a su derecho a la salud. Ofrece prueba y piden que se

haga lugar a la demanda, con costas.- A fs. 108 se da trámite de amparo y se fijan las reglas del proceso, requiriéndose al demandado, la presentación de un informe circunstanciado sobre la cuestión.- A fs. 193/198 se presenta el Dr. Federico Martín Bravo en el carácter de apoderado letrado del Instituto Provincial de Salud de Salta y contesta la demanda, solicitando el rechazo de la acción. Expresa que la obra social se encuentra al tanto de la patología de la actora y acompaña los expedientes administrativos vinculados con las prácticas autorizadas por el IPS. Dice que la discusión se centra en que para la superioridad del IPS, la intervención quirúrgica puede ser hecha de manera convencional, pero que la afiliada no la acepta reclamando que sea percutánea. Afirma que la obra social no denegó sin fundamento alguno la solicitud, sino que la junta médica ampliada con un representante de la Sociedad Científica de Cardiología Dr. Enrique Fiakosky, no justificó cardiológicamente la práctica TAVI. Agrega, por otro lado, que la actora reclama la cobertura del 100% a cargo del IPS, cuando ello no es así, existiendo siempre un porcentaje a cargo del afiliado de acuerdo a la normativa regulatoria de la obra social. Sostiene que la decisión no es negar el derecho individual de la actora, sino proteger el derecho colectivo de la totalidad de los afiliados y que el IPS tiene la facultad de controlar y de auditar los pedidos de cobertura medicación y prácticas que solicitan sus afiliados. Cita y transcribe jurisprudencia que considera relacionada. Invoca el principio de solidaridad contributiva que exige una correcta y cuidadosa administración de las finanzas. Cita jurisprudencia, ofrece pruebas, menciona el derecho de su parte, y pide el rechazo de la acción, con costas.- A fs. 207 se celebra se celebra una audiencia con la presencia de las partes y sus letrados, y de los Dres. Iris Benegas y Cintia Surati, integrantes de la junta médica, y el Dr. Jerónimo Heredia, médico tratante de la amparista. En dicha audiencia, el Dr. Heredia dice que la Sra. M tiene estenosis aórtica severa sintomática, fibrilación auricular, diabetes y obesidad, que la psicóloga desaconsejó la práctica habitual, y que con el Dr. Pfister consideran que la técnica TAVI es lo recomendable debido a su situación clínica y psicológica y sus beneficios para pacientes de riesgos intermedio y bajo riesgo. Detalla el procedimiento de la técnica TAVI y la intervención convencional, aclarando que ambas tienen complicaciones posibles. Preguntado sobre los índices de riesgos, el Dr. Heredia afirma que la paciente es de riesgo intermedio pero a veces no se reflejan las características individuales del paciente, tal como el psicológico, solicitando que se le practique la técnica TAVI y aclarando que no se encuentra en condiciones para someterse a la cirugía convencional. Concedida la palabra al Dr. Bravo, reafirma que la junta médica se realizó con el representante de la Asociación de Cardiología, Dr. Fiakosky, concluyendo que la paciente puede someterse a la cirugía convencional. La Dra. Benega señala que la amparista no se encuentra dentro de los scores de riesgo y pregunta al Dr. Heredia sobre si la aorta bicúspide no es una contraindicación para la actora, a lo que el médico tratante responde que en este caso es adquirida y no congénita, por lo que no lo considera así. También pregunta la Dra. Iris Benega si la amparista es de bajo riesgo, respondiendo el Dr. Heredia que depende del score de riesgo que se realice, que no siempre reflejan la realidad del paciente y que en este caso se debe tener en cuenta que es una paciente diabética, por lo que la predispone a tener mayor riesgo de infección; que tiene, además, estenosis aórtica severa, fibrilación auricular y tuvo un accidente cerebro vascular, considerando que con la cirugía convencional tiene mayor riesgo de sufrir uno con posterioridad; todo ello, sumado a la valoración psicológica y a los nuevos registros que indican, a criterio del médico tratante, que los pacientes de riesgo intermedio o bajo se benefician con la técnica TAVI, recomendándola en este caso. Preguntada la amparista por el juez del amparo, si presta el consentimiento informado sobre los riesgos de la intervención quirúrgica a realizarse, responde que su médico sí le explicó sobre tales riesgos y que considera se encuentra en condiciones de realizarse la intervención bajo la técnica TAVI, no así mediante la convencional.- A fs. 212 el apoderado del IPS informa que la superioridad del IPS mantienen su postura y el ofrecimiento de que la cirugía pedida por la amparista se realice por vía convencional.- A fs. 214/215 emite su dictamen el Sr. Fiscal de Cámara Civil, Comercial y Laboral dictaminando que se puede hacer lugar al amparo, por las razones que allí esgrime.- A fs. 218 la parte actora, ante la inminencia de la feria judicial, solicita su habilitación y opta por continuar el trámite durante ese período ante el suscripto.- A fs. 219 se remiten los autos y a fs. 222 se habilita la feria judicial del mes de enero de 2019, llamándose autos para sentencia, providencia que se encuentra firme.- CONSIDERANDO: I) La acción de amparo interpuesta por la amparistas tiene por objeto que el IPS le otorgue cobertura integral en un 100% para un implante valvular aórtico transcatheter (TAVI) recomendado por su médico tratante Dr. Jerónimo Heredia, incluyendo los gastos prequirúrgicos, quirúrgicos, post operatorios, insumos y medicamentos. El IPS por su parte, sin poner en duda la patología de la amparista, considera que no existe algún justificativo cardiológico para autorizar el tratamiento por medio de la técnica denominada TAVI, pudiendo realizarse la intervención quirúrgica de manera convencional, fundando su decisión en lo dictaminado por la junta médica ampliada con un representante de la Sociedad Científica de Cardiología Dr. Enrique Fiakosky. También sostiene que la cobertura no puede ser del 100% a cargo del IPS, e invoca el principio de solidaridad contributiva, sosteniendo ejercer las facultades de contralor que le corresponde y que le fueran reconocidas por la Corte local. Por ello, pide el rechazo del amparo. II) La acción de amparo, prevista en el artículo 87 de la Constitución Provincial, resulta procedente siempre que aparezca de un modo claro y manifiesto la ilegitimidad de una restricción a alguno de los derechos esenciales de las personas, así como el daño grave e irreparable que se

causaría remitiendo el examen de la cuestión a los procesos ordinarios, administrativos o judiciales. En estos casos, corresponde que los jueces restablezcan de inmediato el derecho restringido por esta vía excepcional. Este remedio resulta viable, entonces, cuando se invoque un derecho indiscutible, cierto, preciso, de jerarquía constitucional, y además, la conducta impugnada resulte manifiestamente arbitraria o ilegítima y el daño -actual o potencial- no pueda evitarse o repararse adecuadamente por medio de otras vías (cfr. CJS, Tomo 64:137; 65:629, 127, 315; 69:917, entre otros).- De acuerdo a las posiciones procesales sustentadas en autos, no se encuentra controvertida la patología que sufre la amparista, ni tampoco la procedencia y necesidad de la intervención quirúrgica, sino que los cuestionamientos se vinculan con la técnica a utilizar (TAVI o tradicional) y el alcance de la cobertura.- En estas condiciones, estimo incuestionable que la vía elegida resulta idónea a los fines de resguardar los derechos fundamentales de la actora, considerando especialmente que su patología es susceptible de poner en serio riesgo su salud y calidad de vida futura, pues no se encuentra discutido ni controvertido que padece un grave cuadro de salud denominado ?Estenosis Aórtica Severa?, que requiere de una urgente intervención quirúrgica, sin la cual podría llegarse incluso, a la muerte de la paciente por las complicaciones cardíacas que conlleva.- En este contexto, resulta oportuno recordar que el reconocimiento y protección de la salud y el derecho a una mejor calidad de vida, surge de varias disposiciones de la Constitución Nacional, en particular de los artículos 41, 42, 75 incisos 19 y 23. La Constitución de la Provincia, por su parte, también contiene preceptos concretos y claros referidos a la protección del derecho a la vida y a la atención de la salud en los artículos 10, 32, 33, 36, 38, 39, 41 y 42.- Es que la salud es un valor y un derecho humano fundamental, reconocido y protegido en distintos Tratados y Convenciones incorporados a nuestro Derecho como normas de jerarquía constitucional en virtud de lo dispuesto por el artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, entre los que puede mencionarse a la Declaración Universal de Derechos Humanos (arts. 3 y 25 inc. 2º); el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (arts. 10 inc. 3º y 12); y la Convención Americana de Derechos Humanos (arts. 4, 5 y 2); entre otros.- Ya nuestra Corte Suprema ha dicho en el caso ?Hospital Británico de Buenos Aires c/ Estado Nacional? que el derecho a la vida es el primer derecho natural de la persona humana, preexistente a toda legislación positiva, reconocido y garantizado por la Constitución Nacional y las leyes, y que el derecho a la salud, que no es un derecho teórico sino que debe ser examinado en estrecho contacto con los problemas que emergen de la realidad social, penetra inevitablemente tanto en las relaciones privadas como en las semipúblicas (Fallos, 324:754, voto de los Dres. Fayt y Belluscio). También ha dicho nuestro Máximo Tribunal Federal en ?Bahamondez, Marcelo? que el hombre es el eje y el centro del sistema jurídico, y en tanto fin en sí mismo, su persona es inviolable y constituye valor fundamental con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental (Fallos, 316:479).- Todo ello torna procedente la vía del amparo para la protección de los derechos en juego.- III) Dicho esto, y resultando pertinente la habilitación de la vía del amparo, cabe analizar si es o no arbitraria la negativa del IPS a darle cobertura a la práctica quirúrgica mediante la técnica denominada TAVI, haciéndolo únicamente si se practica mediante una operación convencional o a cielo abierto. Cabe tener presente que tanto la metodología de una y otra intervención resultan claramente diferentes, lo que indudablemente repercute en la recuperación del paciente, en los riesgos que conllevan y en los costos de una y otra práctica quirúrgica, los que varían en forma sustancial.- En ese contexto, y dada la alta especificidad de la materia médica, resulta oportuno traer a colación un reciente artículo científico publicado por la Sociedad Argentina de Cardiología, del 9 de agosto de 2018, que fuera transcrito por el Dr. Marcelo Domínguez, Juez de la Sala III de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Salta, en el fallo recientemente dictado en los autos ?Fernández, María Irene vs. Instituto Provincial de Salud de Salta (IPS) s/ Amparo, Expte N° 625.234/18 del 04/10/18, y que permite un mayor conocimiento sobre la técnica requerida por la actora. En dicho estudio científico se afirma que: ?El implante transcáteter de válvula aórtica (TAVI), también conocido como reemplazo valvular percutáneo (TAVR), sigue en ascenso en el mundo. Hoy se utiliza no sólo en pacientes de alto riesgo que no pueden enfrentar una cirugía de reemplazo tradicional de válvula aórtica sino que también se indica en pacientes sintomáticos con riesgo intermedio. Pero las posibilidades que ofrece el TAVI van más allá de un primer procedimiento para reparar una válvula defectuosa. Según un reciente estudio sobre el registro STS/ACC, el procedimiento mínimamente invasivo también tiene resultados favorables en pacientes que ya han recibido un reemplazo quirúrgico de válvula pero cuya bioprótesis no funcionó adecuadamente. Hasta pocos años atrás, el reemplazo de válvula aórtica se hacía solamente en forma quirúrgica. Durante la cirugía (SAVR, por sus siglas en inglés), se extrae la válvula natural y se coloca una prótesis de origen animal, humana o mecánica. Si bien esta cirugía valvular sigue siendo hoy el estándar en la mayoría de los pacientes, el TAVR cada vez se indica más, ya sea porque tiene resultados similares o porque puede realizarse en pacientes inoperables de otro modo. Desde 2007, también se realizan procedimientos TAVR para reparar válvulas aórticas de pacientes ya operados de modo tradicional, que sufrieron reestenosis y que presentan un alto riesgo de mortalidad si se los vuelve a operar convencionalmente. El procedimiento mínimamente invasivo introduce, mediante un catéter, una nueva prótesis por dentro de la bioprótesis fallida y permite el restablecimiento del flujo sanguíneo adecuado entre el ventrículo izquierdo y la aorta. Aunque no existen ensayos clínicos que comparen la cirugía convencional versus percutánea en reoperaciones valvulares, el TAVR se presenta

como una alternativa útil en muchos adultos con comorbilidades. Ahora, un nuevo estudio publicado en JACC, comparó la estrategia valve -in-valve (ViV) para colocar en forma percutánea una válvula en el interior de una prótesis biológica deteriorada, con la reparación percutánea en pacientes sin reemplazo valvular previo. Según los autores, el ViV-TAVR tiene iguales o mejores resultados que el TAVI realizado en válvulas nativas. La investigación, encabezada por E. Murat Tuzcu, de la Cleveland Clinic en Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos, comparó los resultados obtenidos con 1.150 pacientes que recibieron un TAVR válvula dentro de válvula en 457 centros norteamericanos (incluidos en el registro de la Society of Thoracic Surgeons y el American College of Cardiology) con los resultados de 2259 pacientes que recibieron TAVI en válvula nativa, equiparándolos por sexo, tiempo de caminata, puntaje en STS - PROM (predicción de riesgo de muerte para reoperación), aorta de porcelana o tórax hostil. El ViV - TAVI mostró menor mortalidad a 30 días y a un año respecto del procedimiento en la válvula nativa, además de menos ACV y reinternaciones por insuficiencia cardíaca. Los pacientes del grupo ViV - TAVR también mostraron un mayor gradiente post TAVR (16 vs. 9 mm Hg; $p < 0.001$), especialmente en quienes habían recibido bioprótesis pequeñas, y menos regurgitación aórtica moderada o severa (3.5% vs. 6.6%; $p < 0.001$). El grupo ViV también requirió menos colocación de marcapasos y tuvo menos riesgo de hemorragias mayores que el otro grupo. La mortalidad intrahospitalaria resultó similar en ambas poblaciones, pero el grupo ViV tenía un promedio de edad más bajo (79 vs 84 años) y menos comorbilidades (diabetes, enfermedad coronaria y arterial periférica) que el grupo TAVR nativo.?- Sigue diciendo la publicación citada ?En un editorial que acompañó el estudio en JACC, el cardiólogo canadiense John Webb y sus colegas subrayan que la mortalidad de 2,9% a 30 días resultó muy inferior a la observada en el registro global VIVID de 2014, que ascendía a 7,6%, y está en línea con recientes estudios de la industria. ?Es un estudio muy interesante por el gran número de pacientes, la baja mortalidad registrada y las pocas complicaciones halladas con el procedimiento ViV - TAVI, pero hay que subrayar que no es una comparación con la cirugía sino sólo un registro que confirma lo que sospechábamos: la reoperación con TAVI es segura y efectiva?, señala Guillermo Martino, director del Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista de la SAC. Si bien aún quedan dudas sobre el acceso, la obstrucción ostial coronaria, la reestenosis y la durabilidad del reemplazo percutáneo de válvulas biológicas, los cardiólogos intervencionistas apuestan a que el ViV TAVR se convierta en un estándar en el futuro. Por el momento, los especialistas subrayan la importancia de seleccionar a los pacientes adecuados para reducir las complicaciones (especialmente, el ACV) en procedimientos percutáneos de reparación de prótesis valvulares. Panorama a futuro: ?El TAVI ha llegado para quedarse, pero no reemplaza a la cirugía convencional, que todavía está indicada en la mayoría de nuestros pacientes porque aún no sabemos cómo funcionará el implante percutáneo a largo plazo, especialmente en quienes tienen bajo riesgo?, enfatiza Martino. En la Argentina ya se realizaron más de mil TAVI y algunos procedimientos percutáneos para corregir válvulas biológicas deterioradas. ¿Qué ocurrirá a futuro? ¿Se dejarán de colocar válvulas mecánicas, que requieren anticoagulación de por vida? ¿Mejorarán las válvulas de reemplazo quirúrgico? ?El futuro es del TAVI?, coincide Gustavo Bastianelli, director del Consejo de Cirugía Cardíaca de la SAC. ?Pero en jóvenes y en pacientes de bajo riesgo el gold standard sigue siendo la cirugía valvular. Y en un país con limitaciones económicas, como la Argentina, hay que fijarse en el costo de los procedimientos y dispositivos. El TAVI es mucho más caro que la cirugía?, subraya Bastianelli. Por otra parte, dice el cirujano cardiovascular de la SAC, hay que tener en cuenta que no todas las válvulas actuales pueden ser reoperadas mediante TAVI. ?Tenemos que empezar a pensar en las válvulas biológicas que implantamos hoy, porque en el futuro las reoperaciones van a ser todas endovasculares?. Con todo, Bastianelli no avizora el uso de TAVI para reparar válvulas juveniles en el futuro próximo. En su opinión, se utilizarán válvulas mecánicas más sofisticadas, que requieran muy bajas dosis de anticoagulantes y que duren toda la vida, o se realizarán plásticas valvulares o reparaciones quirúrgicas con tejido autólogo del propio paciente? (<https://www.sac.org.ar/actualidad/tavi-buenos-resultados-en-reoperacion-valvular/>).- De lo transcripto y de las posiciones sustentadas por las partes, puede concluirse que si bien ambas técnicas resultan viables para las patologías de ?Estenosis Aórtica Severa? -enfermedad que padece la actora-, la metodología de una y otra resultan sustancialmente diferentes, pues la intervención quirúrgica tradicional se realiza mediante la apertura del tórax del paciente, mientras que en la TAVI se coloca un implante valvular aórtico percutáneo con catéter a través de una pequeña incisión, por lo tanto, resulta menos cruenta e invasiva. Todo ello repercute, indudablemente, en la recuperación del paciente, en los riesgos, y también, en los costos económicos.- De acuerdo a las constancias adjuntadas por la obra social, el IPS, realizó cuatro juntas médicas, dictaminando en tres de ellas que las condiciones de la paciente resultan aptas para una cirugía convencional y que no se encontraría justificada cardiológicamente la practica TAVI, la que se indica para pacientes mayores de 80 años o con condiciones hemodinámicas de extrema gravedad. Así lo hizo en la junta del 28/06/11, en la que intervinieron los Dres. Patricia Alejandra Gil -médica auditora- Marta Graciela Saad -médica auditora- y Enrique Fiakosky -médico cirujano cardiovascular (fs. 143/144); en la junta del 14/08/18 integrada por el Dr. Luis Guillermo Musaiame -médico auditor-, y los ya mencionados Marta Graciela Saad y Enrique Fiakosky (fs. 157/158); y en la junta sin fecha de fs. 187, en la que intervinieron auditores médicos que no se mencionan ni firman el acta y el Dr. Enrique Fiakosky. En la restante junta médica,

de fecha 18/09/18 los médicos auditores Luis Guillermo Musaimé y Cynthia N. Surate Solaligue dictaminan por el contrario, que el reemplazo valvular aórtico por la técnica TAVI se encuentra justificada por los antecedentes de HTA, DBT, ACV, anticoagulación y estenosis aórtica sintomática (fs. 163). Destaco que el Dr. Musaimé, quien ya había intervenido en la junta del 14/08/18, cambia de criterio en esta oportunidad, y autoriza la práctica.- Realizada la audiencia convocada en estos autos (fs. 207), con la presencia de los Dres. Iris Benegas y Cintia Surati, integrantes de la junta médica, y el Dr. Jerónimo Heredia, médico tratante de la amparista, este último ratificó su posición y la necesidad de la práctica médica TAVI, afirmando que la Sra. M es de riesgo intermedio, que padece de estenosis aórtica severa sintomática, fibrilación auricular, diabetes y obesidad, y que no se encuentra en condiciones para someterse a la cirugía convencional. Especialmente destaca el médico tratante, que la aorta bicúspide que tendría la paciente no es una contraindicación para la actora, dado que en este caso ¿es adquirida y no congénita?, agregando en cuanto al riesgo, que se trata de una paciente diabética, lo que la predispone a tener mayor riesgo de infección, que tiene, además, estenosis aórtica severa, fibrilación auricular y que tuvo un accidente cerebro vascular, todo lo cual, a su entender, conlleva a que un mayor riesgo de sufrir un ACV mediante la cirugía convencional. A ello le suma la situación psicológica de la paciente.- Estos argumentos médicos, justamente, son los que tuvo especialmente en cuenta la junta médica del 18/09/18 para autorizar la técnica TAVI (fs. 163), y no fueron mencionados ni desvirtuados en los informes de las restantes juntas médicas.- Lo expuesto, pone en evidencia la falta de consenso -aún dentro de los propios auditores de la demandada-, respecto a cuál de las dos técnicas resultan más adecuadas a la paciente. Pero sobre lo que sí existe consenso entre los médicos, o al menos no se advierte divergencias científicas, es en que el ¿implante vascular aórtico transcáteter Corevalve? sí es una intervención posible para la amparista, con mayor factibilidad de obtener resultados satisfactorios, sin perjuicio de que la obra social solo autorice una intervención quirúrgica tradicional.- En este contexto, considero que más allá de las facultades de control y auditoría que el IPS tiene sobre los pedidos de cobertura medicación y prácticas que solicitan sus afiliados, no puede la obra social sustituir eficazmente el criterio del médico a cargo del tratamiento de un paciente, dado que el galeno no solo realiza el seguimiento de la paciente, sino que también es el responsable del diagnóstico y tratamiento indicado. En el mismo sentido, respecto a la preeminencia del criterio del médico tratante, se expidió nuestra Corte de Justicia en el caso ¿Tayagüí, José Abraham? (CJS, Tomo 175:417).- A ello se suma el hecho, no menor, de que el médico tratante pertenece a su cartilla de médicos autorizados como prestadores de servicios y que parte de sus auditores comparten el criterio de autorizar la intervención mediante la técnica TAVI, por las condiciones especiales de la paciente.- En este orden de ideas, era el IPS quien tenía en sus manos todos los medios médicos y científicos para demostrar la inidoneidad de la práctica solicitada, o la mayor eficacia o conveniencia de la intervención convencional, en función de la especial patología de la paciente y del resultado buscado por el médico tratante, lo que no hizo.- No mengua lo expuesto, el hecho de que la intervención requerida no se encuentre incluida en el Plan Médico Obligatorio (PMO), pues las prestaciones allí contempladas constituyen un piso mínimo al cual se encuentran obligados los agentes del servicio de salud. Es 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 o Provincia, 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 PMO, toda vez que -reitero- 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.- Estas razones me llevan a la convicción de que debe hacerse lugar al amparo y que debe condenarse a la obra social a dar cobertura integral a la práctica solicitada, del 100% de la prótesis e intervención quirúrgica necesaria para el implante vascular aórtico transcáteter Corevalve (TAVI), puesto que es obligación de las obras sociales procurarles a sus afiliados medios aptos y eficaces que le aseguren una mejoría en sus dolencias o bien la mitigación de un dolor lacerante, debiendo privilegiarse las garantías constitucionales y una tutela amplia y generosa de los derechos constitucionales a la vida y a la salud, por sobre ciertas reglamentaciones de carácter instrumental que limitan las prestaciones, cuando se trata de cubrir casos especiales que son merecedores de un amparo también particular, como ocurre en el sublite.- Y si bien es cierto que el valor de la válvula que se requiere es elevado, no se advierte que con esta decisión pueda provocarse un desequilibrio en la ecuación económica del contrato y/o hipotéticos peligros financieros en la obra social, como se sostiene en el responde, pues no se ha demostrado que la suma de dinero que debe gastar para cumplir con la cobertura petitionada pueda desequilibrar sus finanzas al extremo de privar de prestaciones a los restantes afiliados y beneficiarios del sistema, habiendo señalado la Corte de Justicia de Salta que debe rechazarse este tipo de argumento cuando no surja más que de meras afirmaciones, que no se fundan ni se prueban adecuada y convincentemente (Tomo 99:185, entre muchos otros). Ello refuerza la decisión que en este caso se adopta, de respetar y priorizar el derecho a la salud y a la calidad de vida de la amparista por sobre cuestiones patrimoniales o financieras de la obra social.- Cabe agregar que se ha cumplido acabadamente con el requerimiento del consentimiento informado de la amparista sobre la práctica requerida, quien expresamente así lo plasmó en la audiencia de fs. 207.- Por lo expuesto, y recordando que no es obligación de

los jueces examinar todos y cada uno de los argumentos propuestos por las partes, sino solo aquéllos que sean conducentes para fundar sus conclusiones y resulten decisivos para la solución de la controversia (CSJN, Fallos, 310:1835; 311:1191; 320:2289 entre otros), corresponde hacer lugar a la demanda y condenar al IPS a tomar las medidas pertinentes para autorizar de inmediato la intervención quirúrgica de cirugía cardiovascular por el procedimiento TAVI, según las recomendaciones de su médico tratante.- IV) Las costas se imponen a la demandada, por el principio objetivo de la derrota (art. 67, C.P.C. y C.).- Por ello; FALLO: I./ HACIENDO LUGAR a la Acción de Amparo interpuesta a fs. 99/105 por la Sra. E E M; y en su mérito, CONDENANDO al Instituto Provincial de Salud de Salta (IPS), a tomar las medidas pertinentes para autorizar de inmediato la intervención quirúrgica de cirugía cardiovascular por el procedimiento TAVI, según las recomendaciones de su médico tratante. CON COSTAS (art. 67, C.P.C. y C.).- II./ REGULANDO los honorarios profesionales de la Dra. Elena Martínez Espeche, como letrada patrocinante de la parte actora, en la suma de \$ 25.629,82, equivalente a 15 ius (art. 34, ley 8.035).- III./ REGULANDO los honorarios profesionales del Dr. Federico Martín Bravo, como apoderado letrado de la parte demandada, en la suma de \$ 12.814,91 (arts. 34 y 12, ley 8035).- IV./ MANDANDO que se registre y notifique, con remisión de los autos al Sr. Fiscal de Cámara Civil, Comercial y Laboral.- Correlaciones: Christe, Graciela E.: LA PROTECCIÓN DE LA FAMILIA Y EL DERECHO A LA SALUD. Temas de Derecho Administrativo. Mayo/2017. Cita digital IUSDC285148A 035602E