

Amparo de Salud por adicciones

PROMUEVE ACCIÓN DE AMPARO-SOLICITA MEDIDA CAUTELAR

Señor Juez:

????????????????????

constituyendo domicilio procesal conjuntamente con la letrada que me patrocina DRA. ??., Abogada T° ? F° ? CPACF, Monotributista, CUIT ??., en la calle ??, piso de la Ciudad ??? y domicilio electrónico en el CUIT ??, a V.S. me presento y respetuosamente digo:

I.- OBJETO

Que en tiempo y forma y en el carácter invocado vengo a promover ACCIÓN DE AMPARO en los términos del Art. 43 de la Constitución nacional y artículos concordantes de los instrumentos internacionales sobre derechos humanos (Art. 75 inc.22 C.N.) contra la Obra Social ??., con domicilio en la calle ??? Piso ?? de la Ciudad ???.

Como fundamento de mi amparo invoco las normas constitucionales que protegen la vida y la salud de los argentinos. Asimismo invoco el art. 42 de la C.N., el Art.XI, del título Derechos, del Capítulo I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que dice: ?Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad?, destacando que esta Declaración tiene rango constitucional.

Asimismo la Declaración Universal de Derechos Humanos en su art. 25, dice: ? 1.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad?.

A través de la presente acción se pretende que se ordene con carácter urgente, a obra social?.. que cumpla con su obligación de reafiliarme con el plan ?? conforme tenía antes de la unilateral rescisión y que se ordene también con carácter urgente a otorgarme la cobertura para el tratamiento de rehabilitación bajo la modalidad ambulatoria, jornada simple a saber:

Tratamiento: De rehabilitación. en Fundación ?? sito en la calle ?.. de la localidad y partido de ??, Provincia de ???.

Programa ambulatorio que consta de:

- 1) un espacio de terapia individual semanal.
- 2) un espacio de terapia familiar semanal.
- 3) un grupo terapéutico semanal para el paciente.
- 4) Un grupo para padres semanal.
- 5) grupo de red semanal Multifamiliares.
- 6) Seguimiento psiquiátrico.

II. LEGITIMACIÓN Y HECHOS

Que conforme lo acredito con la copia de la credencial que adjunto, me encuentro afiliado a obra social?. desde el mes de ?.. del año 20?.. en oportunidad que comencé a trabajar en relación de dependencia para la Empresa ??., de la cual me desvinculé el día ?.. de ??de 20?..

Acompaño recibos de haberes.

Que con fecha ?..de ?? de 20?.. comencé a trabajar en la Empresa ??, adjunto correo electrónico en el cual consta mi fecha de ingreso a mi nuevo trabajo, manteniendo la misma obra social es decir ??.. y en esta oportunidad con el Plan ??, en las mismas condiciones que en el anterior empleo, es decir, mis aportes desregulan por recibos de haberes y van a la obra social ??.

Que hasta este momento no he sido reincorporado a la obra social con el plan ??debido a que solicitan a mi empleadora el pago de la cuota diferencial por preexistencias fijada unilateralmente por ?.. en oportunidad de solicitar las prestaciones mientras me encontraba trabajando en relación de dependencia en la Empresa ??..

Que el tratamiento médico solicitado a obra social?. indicado por Fundación ?.. es a los fines de rehabilitarme del consumo de cocaína y de las consecuencias que por ese consumo padezco actualmente.

Que comencé hace algunos años probando cocaína y lo hacía en lo que yo creía era una forma de recreación y años después consumía esporádicamente.

Que hace alrededor de dos años comencé a consumir cocaína cada vez más seguido pero no padecía las consecuencias de dicho consumo porque no me consideraba adicto.

Que hace 4 o 5 meses noté que día a día necesitaba consumir cocaína para poder estar a gusto conmigo mismo es decir que me volví

dependiente y comencé a padecer las consecuencias de mi adicción tales como insomnio, falta de apetito, angustia, ansiedad, falta de organización, se afectaron mis relaciones familiares y de pareja, comencé a no cumplir con algunos compromisos, y a tener problemas económicos.

Comencé a darme cuenta que mis problemas eran a causa de mi adicción a la cocaína, me separé de mi pareja y pedí ayuda a mis padres, me mudé a vivir con ellos y me prometí hacer un tratamiento para poder curarme de esta maldita adicción.

Que actualmente lucho día a día para poder dejar de consumir cocaína pero con el apoyo de mis padres, valiosísimo por cierto no alcanza V.S, necesito realizar un tratamiento integral y adecuado a mi problemática y a mis circunstancias.

Por ello, busqué a través de la cobertura en salud que me brinda la obra social ?.. el tratamiento que necesito y a través de ??..me derivaron a Fundación ?..

..es una Fundación que se dedica a la prevención, asistencia y capacitación en drogadependencia, se encuentra ubicada en la calle ?? en la localidad y partido de ??, Pcia. de ??, y su Directora Médica es la Dra. ??...

En dicha Fundación el día ?/?.. fui atendido por la Licenciada ?.. y realizó la entrevista para mi admisión al programa de rehabilitación.

Así y fui atendido por la médica psiquiatra de la Fundación Dra. Adrina Velasco quien indicó el tratamiento que debía recibir.

DIAGNÒSTICO PRESUNTIVO Y TRATAMIENTO

En los días siguientes los profesionales médicos y psicólogos de la Fundación Aylen elaboraron un diagnóstico presuntivo y tratamiento que en original y copia adjunto al presente y que a continuación detallo:

"Diagnóstico:

Eje I : F14 1 abuso de cocaína.

Eje II: en evaluación

Eje III: Ninguno

Eje IV problemas de organización, dificultades en la expresión y registro de las emociones

Eje V EE AG61

Diagnóstico Presuntivo: abuso de cocaína

Objetivos terapéuticos personalizados:

Objetivos a corto plazo: adaptación a la normativa institucional, afianzar vínculo terapéutico.

Objetivos a mediano plazo: Trabajar en torno a las problemáticas familiares y personales que llevaron a su consumo y a su desorden.

Objetivos a largo plazo. sostener la abstinencia y la reinserción social.

Tratamiento: De rehabilitación. Programa Ambulatorio que consta de:

1 espacio de terapia individual semanal.

1 espacio de terapia familiar semanal.

1 grupo terapéutico semanal para el paciente.

1 grupo para padres semanal.

1 grupo de red semanal multifamiliares.

Seguimiento psiquiátrico."

RECHAZO DE LA PRESTACIÓN

El citado tratamiento en la Fundación Aylen debí comenzar en los primeros días del mes de agosto de este año pero me ha sido imposible debido a que OSDE no lo autorizó, argumentando que mi patología es preexistente y por no haber sido consignada en la declaración jurada firmada al momento de la filiación a la obra social rescindieron el contrato con relación al plan superador 210. Lo anteriormente manifestado me lo hicieron saber mediante carta documento N° CCY0035147(5) que recibí el día 11/8/17 que a continuación transcribo y adjunto al presente.

" Buenos Aires, ... de de

de nuestra consideración: Nos dirigimos a Ud. a fin de informarle que del análisis comparativo que realizó nuestra gerencia médica de , efectuada al solicitar su incorporación ay los datos que poseemos acerca de su real y verdadero estado de salud, advertimos una sustancial diferencia que nos lleva a la creencia que ha existido de su parte una voluntaria actitud de reticencia y ocultamiento de esa verdadera situación de salud.

es por ello que con fundamento en el art. 9 de la ley 26682 art 9, 271 y 1061 y concordantes del código Civil y Comercial de la Nación, correspondería anular su alta y dar por rescindida la relación que nos vincula, como asimismo reservamos el derecho a reclamar los daños y perjuicios que nos causó la falsedad de datos acerca de su real estado de salud, que en manera alguna podía ser desconocida por Ud.

Sin perjuicio de lo manifestado, teniendo en cuenta que por la ley 26.682 y su reglamentación a través de Dec. 1993/2011 se estableció que la Autoridad de Aplicación autorizará tanto los valores diferenciales como el período de su aplicación para las preexistencias de carácter temporario, crónico y de alto costo, intimamos a Ud para que dentro del plazo de cinco días acompañe en nuestro Centro de Atención Personalizado, sito en, de lunes a viernes de 10 a 18 hs. todos los antecedentes médicos actualizados de la patología no declarada y preexistente al momento de su afiliación, a los fines de determinar la cuota diferencial correspondiente, la que será exigible desde el presente mes en curso. de no darse cumplimiento con la intimación practicada dentro del plazo indicado, o de no prestar conformidad con la determinación del valor diferencial que le pudiera ser informado, tendremos por rescindido el contrato que nos vincula respecto del plan superador de cobertura, por su exclusiva culpa, quedando limitada la cobertura por parte de esta Organización a las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y normativas concordantes, Esperando sepa comprender las razones de la decisión aquí informada, le saludamos atentamente. Firmado "

Así las cosas no obstante considerar que no corresponde que abone suma alguna y ante la intimación cursada a fin de que acompañe mis antecedentes médicos actualizados a fin de determinar el valor de la cuota diferencial, y esperanzado de que su valor podría ser accesible con relación a mis ingresos tuve expectativas en que pronto iba a comenzar con el tratamiento que necesito y que yo mismo solicité a fin de mejorar mi calidad de vida y me hice presente el día ... de de en el lugar indicado y presenté los antecedentes médicos que son los mismos que acompañé al presente y que detallé más arriba.

..... FIJA CUOTA DIFERENCIAL

Para mi sorpresa con fecha..... de, me comunica mediante carta documento CD N° que adjunto al presente que debía abonar por preexistencia \$..... monto que considero excesivo e imposible de abonar.

A continuación transcribo la carta documento citada en el párrafo anterior: "..... Estimado solicitante: Nos dirigimos a usted, con relación a nuestra cd nro. con el objeto de informarle que en consideración a los antecedentes aportados, el plan médico elegido y a la composición del grupo familiar por Ud. informado, la cuota diferencial mensual a abonar, considerada al mes de de, es la que surge de la liquidación que obra en la presente. El valor de cuota diferencial se actualizará en idéntica medida que las demás cuotas de los planes de y será alcanzada por los impuestos correspondientes según el domicilio del afiliado y se verá afectado ante solicitudes de cambio del plan médico. De acuerdo con la ley 26682 y su Decreto Reglamentario 1993/11 todas aquellas prestaciones superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio tendrán un tiempo de espera de doce meses. En el caso de aceptar esta propuesta le solicitamos dirigirse a nuestro Centro de Atención sito en..... en el horario de 10 a 18 hrs. a los fines de suscribir la documentación correspondiente. Si en el plazo de cinco días no hay comunicación de su parte, consideraremos que ha rechazado nuestra propuesta y se procederá a rescindir el contrato de acuerdo con los términos de nuestra carta documento precedentemente mencionada, sirviendo la presente de suficiente notificación. Asimismo se le hace saber que en el caso que Ud. tenga alguna deuda con este Agente de Salud, sea por afiliación directa anterior o por responsabilidad solidaria en su desempeño como directivo de empresa, la misma deberá ser cancelada en su totalidad, con más su actualización e intereses, para continuar con el presente trámite.

Liquidación:

Plan Médico: xxxxxxxxxxxx

Titular Individual.....\$

Preexistencia Titular.....\$

Total.....\$

El o los valores diferenciales correspondientes a mayor de 65 años se mantendrán mientras tenga vigencia la afiliación. El o los valores diferenciales correspondientes a preexistencias se mantendrán por los plazos que seguidamente se indican: Preexistencia titular: durante toda la vigencia con Se pone en su conocimiento que al alcanzar los 65 años de edad y tener menos de años de antigüedad en, se le ajustará la cuota en razón de la edad..... se reserva el derecho de realizar un chequeo médico en la institución médica que esigie, con el objeto de verificar la veracidad de su DDJJ de salud. Asimismo le informamos, que lo dispuesto en la ley de Entidades de Medicina prepaga, es aplicable a todas las condiciones y/o tipos de socios y/o beneficiarios y/o usuarios, motivo por el cual los antecedentes médicos que acompañé y los valores diferenciales que se informan en el presente será parte de eventuales futuros pedidos de incorporación, independientemente de la condición de socio, actualizados a la fecha en que se formule el pedido.

Sin Otro particular, saludamos a Ud. atentamente. Firmado: "

En razón a que me es imposible abonar el monto solicitado por en concepto de cuota diferencial y no presté conformidad al pago de la cuota diferencial fijada por, ésta procedió a rescindir el contrato que me vinculaba respecto del plan superador de

cobertura

Así, V.S. una vez más vi frustrado el comienzo de mi tratamiento por mi adicción a la cocaína en Fundacióny por ende vi frustrado mi derecho a la salud, mi derecho gozar de una vida sana.

Me encuentro ante la situación dondede manera unilateral rescindió el contrato aduciendo que de forma voluntaria oculté el verdadero estado de mi salud.

Que en todos los casos, el contrato de salud, como contrato de consumo, goza con la protección de los derechos de los consumidores y usuarios que se encuentran consagrados en el art. 42 de la Constitución Nacional; por lo tanto, existen garantías en favor del usuario que no pueden ser desconocidas por las empresas prestadoras de servicios de salud.

Que esta parte considera que la obra socialno debe cuestionar preexistencias y si debe otorgarme las prestaciones solicitadas. Note V.S. Que conforme la carta documento que me enviarala cobertura médica quedó limitada a las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), aún así se niega a otorgarme la cobertura para el tratamiento indicado siendo que el citado tratamiento se encuentra incluido el Programa Médico Obligatorio.

RECLAMO ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Ante el rechazo de..... a la prestación solicitada oportunamente, rescisión del contrato y asimismo ante el excesivo valor de la cuota diferencial fijada de imposible cumplimiento para esta parte y convencido de que me asiste razón en cuanto a que debe brindarme la prestación médica solicitada sin cobrarme un sólo peso en concepto de cuota diferencial porque las obras sociales no deben cuestionar preexistencias ni carencias y en mi caso soy usuario obligatorio de la obra social, es que con fecha .. de de ...realicé reclamo por ante la Superintendencia de Servicios de Salud, reclamo que lleva el N°que en fotocopia adjunto al presente, a fin de queme reincorpore a su obra social sin cobro de preexistencias.

Dicho reclamo también fue rechazado pormediante cartas documentos números CDY CDambas con fecha cuyos originales y copias adjunto al presente.

A continuación transcribo las cartas documentos anteriormente citadas: "

Buenos Aires, ... de de

SR.

RS.S.JA 1 DE 2

"De nuestra consideración:

Visto el reclamo que lleva el número presentado ante la Superintendencia de Salud, el Sr. ?.., manifiesta quele rechazó la cobertura médica por su patología preexistente y no declarada. Asimismo le fija una cuota diferencial por esa patología, lo cual considero excesiva.-Analizado el caso, cabe advertir que el reclamante solicitó en el mes dedesu incorporación a este agente del seguro de salud al plan superior de cobertura, por lo cual es de aplicación el régimen establecido en la ley 26.682, de Empresas

de Medicina Prepago, en tanto la misma se encuentra vigente desdede, suscribiendo en aquella oportunidad una declaración jurada de salud en la cual ninguna manifestación efectuó respecto de la patología que lo aqueja, ni de los tratamientos, consultas médicas ni estudios que por la misma debió realizar, situación que fue advertida por parte de la Auditoría Médica de este agente del seguro de salud.

Adviértase que si bien, ante esta situación esta Organización se encontraba facultada a rescindir el contrato que lo vinculaba con el Reclamante, conforme lo establecido por el art. 9 de la ley 26.682, lo cierto es que se le dio la posibilidad al Sr., de reencausar el contrato celebrado, solicitándole se presente ante nuestro Centro de Atención Personalizado sito en de, a fin de informar su verdadero estado de salud y presentar la pertinente documentación médica de la patología preexistente que padece con el objeto de que pudiere establecerse el valor diferencial que por la misma debía abonar de pretender mantener su afiliación a este agente del seguro de salud. Al respecto, cabe señalar que la Declaración del Estado de Salud suscripta por el Reclamante tiene carácter de declaración jurada y que su falsedad habilita oa rescindir el contrato conforme a lo estipulado en la Ley 26.682 (modificado por el DNU 1991/11) y su Decreto Reglamentario 1993/11 en el Artículo 9: Los sujetos comprendidos en el artículo T" de la presente ley sólo pueden rescindir el contrato con el usuario? cuando el usuario haya falseado la declaración jurada. Dec.. Reg. Arf.t9 Extinción contractual por rescisión o resolución:... Inciso b) "Por falsedad de la declaración jurada: Por lo que la entidad pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, deberá acreditarse que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 1198 de CODIGO CIVIL ". De la documentación presentada, plan elegido, composición del grupo familiar y demás datos personales y familiares acompañados por el Reclamante, este agente del seguro de salud realizó una proyección del gasto que debería asumir de acuerdo a la cobertura que debía poner a su disposición y las complicaciones médicas derivadas de la patología que lo aqueja, informándole mediante carta documento de fecha 1 de septiembre del corriente, el valor diferencial

correspondiente, el cual asciende a la suma de S (pesos), valor adicional al costo comercial del plan elegido, el cual debía soportar durante toda la vigencia de su afiliación ay se vería actualizado en idéntica medida que las demás cuotas de los planes de, como así también sería alcanzado por los impuestos correspondientes a su domicilio. Adviértase que, el valor diferencial informado tiene su fundamento en la Ley 26.682, la que establece valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación - artículo 10 y concordantes de la ley 26682 y Decreto 1993/2011-, y fue determinado por esta Organización, guardando absoluta correspondencia con la normativa legal aplicable y con los servicios que el Reclamante pretende-recibir por parte de Firmado.....

Sin perjuicio de lo expuesto, en cuanto a lo manifestado por el SSSalud respecto de la opinión de la Gerencia de Asuntos Jurídicos, éste Agente del Seguro de Salud resalta la contradicción que lo mismo viene a significar respecto de sus actos propios efectuados y manifestados en expedientes puntuales donde ha autorizado expresamente el cobro de valores diferenciales por patologías preexistentes a beneficiarios provenientes de la seguridad social que han optado por contratar planes superadores de cobertura, como ser por ejemplo la disposición 072/17, recaída en el Expte.y la disposición 100/17, recaída en el Expte.

Así las cosas, sostenemos que es el usuario el que, en uso de su libertad de elección, opta por elegir entre recibir los servicios contemplados en el Programa Médico Obligatorio, sin que se consideren sus enfermedades preexistentes, abonando sólo los aportes y contribuciones de la ley 23.660: o por adherir los servicios de un Plan Superador del PMO, asumiendo el costo de abonar el valor diferencial por preexistencias, correspondiente a dicho Plan Superador, conforme lo dispuesto por la Ley 26.682. Lo contrario significa e importa colocar al usuario con enfermedades preexistentes en una posición de privilegio, permitiéndole recibir los servicios de un Plan Superador sin tener que asumir el costo de pagar cuota diferencial alguna; en abierta discriminación con el asociado adherente voluntario, que debe soportar el plus diferencial si padece alguna afección preexistente a su ingreso. Lo importante y trascendente, en ambos casos, de usuario "obligatorio" o usuario "adherente voluntario", es el padecimiento de una enfermedad preexistente en ambos. Carece de importancia si el primero integra su cuota con recursos de la Seguridad Social y el segundo lo integra completamente de su peculio, ya que ello constituye un hecho de escasa trascendencia. Insistimos en que lo determinante para el correcto enfoque del tema es la opción por un Plan Superador del PMO, sin interesar si se trata de asociado obligatorio o de asociado voluntario. Si ambos padecen enfermedad preexistente, por lo tanto ambos deben regir el valor diferencial. El sistema permite al afiliado obligatorio que por tener una enfermedad preexistente obviar el pago de cuota diferencial optando por los servicios del Plan asistencial que cubre todas las prestaciones contempladas en el PMO, motivo por el cual no hay razón alguna para otorgarle un beneficio extra de privilegio con la exención de pago del valor diferencial para acceder a la cobertura de un plan superador de las prestaciones previstas por la ley. Además de ello es oportuno recordar que la comercialización de planes superadores es de antiguo dato y por ende la ley 26.682 no hace más que reconocer la existencia de los mismos y por ende de ellos a los efectos de valorizar una preexistencia, como si un PLAN SUPERADOR fuera un piso de cobranza con el único objetivo de lograr el trato igualitario hacia quienes deciden utilizar el sistema sólo en situaciones de conveniencia y no de previsión sanitaria. Tampoco sería válido razonar que aquel beneficiario que proviene del sistema obligatorio, genera en cabeza del Agente de Salud un recupero de dinero por las prestaciones otorgadas, dado que dichos reconocimientos por parte del SUR se encuentran calculados sobre un esquema de costos pensado en reconocer o reintegrar prestaciones del PMO, mientras que en nuestro caso todos los prestaciones que se otorgan o a través de un plan superador exceden holgadamente en calidad y costos los reconocimientos que actualmente efectúa el Sistema Único de Recuperos. Teniendo en cuenta el análisis del caso, encontrándose la conducta de esta obra social dentro del marco regulatorio vigente, no resulta procedente el reclamo interpuesto. Se hace saber así mismo a UD. que la presente resolución podrá ser apelado ante la SSSALUD.

Ante el rechazo de a mi reclamo ante la Superintendencia de Servicios de Salud, solicito a la misma continuar con el trámite por lo que en la actualidad el mismo se encuentra en apelación.

Que ante mi necesidad impostergable de comenzar el tratamiento indicado por los profesionales de la salud pertenecientes a Fundación es que promuevo la presente acción de amparo y solicito medida cautelar.

III.-SOLICITA MEDIDA CAUTELAR

Con base a las razones expuestas, solicito que como medida cautelar se ordene a con domicilio en Avda..... de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que con carácter urgente cumpla con su obligación otorgándome la cobertura para el tratamiento de rehabilitación que me corresponde, y la reincorporación a la obra social con el plan

La medida que se requiere importa un verdadero anticipo de la garantía jurisdiccional que se otorga con el objeto de impedir que el derecho cuyo reconocimiento se pretende obtener, pierda virtualidad durante el plazo que transcurra entre la articulación del proceso y el pronunciamiento definitivo.

En el presente concurren los presupuestos que meritan la medida cautelar solicitada a saber:

a) verosimilitud en el derecho: la arbitrariedad de las medidas adoptadas que se atacan es clara y manifiesta. "Las medidas cautelares no exigen de los magistrados el examen de certeza sobre la existencia del derecho pretendido, sino sólo su verosimilitud" (C.S.J.N. in re "Evaristo Ignacio Albornoz c/Nación Argentina, 20-12-84 fallos 306:2060). La obra social en cuestión se ha negado sin motivo ni razón válida a realizarme el tratamiento médico de rehabilitación de mis adicciones que necesito para poder vivir dignamente y con salud.

b) peligro en la demora: sólo ordenando la realización del tratamiento médico indicado que solicito es posible mantener la verosimilitud del derecho invocado, en tanto los perjuicios ocasionados se convertirían en definitivos e irreparables pudiendo generar, incluso, responsabilidades de toda índole, poniendo en peligro mi vida y mi salud para el caso que no pueda contar con el tratamiento adecuado.

El tratamiento que solicito, en las condiciones que las solicito hacen a mi derecho a la vida, a la salud física y mental, y a tener una vida sana, libre de adicciones.

Y la falta de realización del tratamiento como la demora del mismo me agrega innumerables daños y padecimientos a los que ya tengo debido al consumo de cocaína que a modo de ilustración paso a narrar: depresión, tristeza, angustia, miedo y mucha ansiedad. Todos mis padecimientos a causa del consumo de cocaína más los padecimientos que me causa la falta de tratamiento pueden irse si comienzo de forma urgente el tratamiento de rehabilitación en Fundación Aylen.

Como podrá imaginar V.S. OSDE no tiene razón alguna para someterme a esta angustia en mi vida cotidiana. El tratamiento que solicito me significará la mejora en mi calidad de vida y una vida libre de drogas, en síntesis V.S. el tratamiento me dará la posibilidad de recuperarme, de volver a ser libre y pienso que así será.

El interés jurídico que fundamenta el otorgamiento de la medida cautelar solicitada encuentra su justificación legítima en el peligro que implica que la duración del proceso deteriore mi salud a tal punto que inclusive el daño resulte irreversible.

c) contracautela: como contracautela ofrezco la caución juratoria debido a que soy una persona humilde que vivo de mis ingresos por mi trabajo en relación de dependencia.

La jurisprudencia tiene dicho que: "teniendo en cuenta las particulares circunstancias del caso, encontrándose en juego el derecho a la salud de jerarquía constitucional, y computando que el dictado de la medida solicitada no ocasiona un grave perjuicio a la demanda, pero evita, en cambio, el agravamiento de las condiciones de vida de la actora con el tratamiento de la enfermedad (conf. cnfed. civ. y com., sala iii, causa 20/2011 del 12-04-11) previa caución juratoria que deberá prestar ante el actuario la actora, o en su caso su letrada patrocinante, dispónese la medida solicitada. en consecuencia, intímese a osde a fin de que proceda a reafiliar a la sra. t.m.g., con la consiguiente cobertura asistencial que tenía con anterioridad a haber sido dada de baja, hasta tanto se resuelva la cuestión de fondo, debiendo asimismo hacerse cargo de la cobertura de la internación en la clínica de internaciones breves, avrill (conf. fs. 15), y del reintegro a la actora de las sumas que da cuenta el recibo de fs. 11 en el término de tres días, bajo apercibimiento de remitir las actuaciones a la justicia penal por el eventual delito de desobediencia. a tal fin, líbrese oficio con habilitación de días y horas.- regístrese. fdo. Patricia Barbado. jueza federal.

Partes: N. A. M. y otro c/ OSDE s/ amparo de salud

Tribunal: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal Sala/Juzgado: I Fecha: 11-feb-2014 Cita:

MJ-JU-M-86400-AR | MJJ86400 | MJJ86400. La empresa de medicina prepaga debe brindar cobertura del 100% del tratamiento contra la adicción al uso de estupefacientes bajo el sistema hospital de día.

Y VISTO:

El recurso de apelación interpuesto a fs. 152/155 por la demandada, el que mereció respuesta de la actora de fs. 160/164, contra la decisión de fs. 147/149, y CONSIDERANDO: 1. El amparista, por derecho propio, inició acción de amparo -con medida cautelar- contra OSDE (Organización de Servicios Empresarios) a fin de que le otorgue la cobertura del 100% de la prestación: tratamiento contra la adicción al uso de estupefacientes (el que se encuentra realizando bajo el sistema Hospital de día, en el Centro denominado Fundación de Prevención Social, Comunidad de Día Vicente López). A fs. 34/35 el señor juez consideró que resultaba posible proveer de conformidad a la medida cautelar solicitada.

La resolución fue apelada por la demandada y elevados los autos a esta Sala, se confirmó la decisión del juez a quo.

A fs. 147/149 el magistrado se pronunció sobre el fondo de la cuestión admitiendo la demanda. Decidió que la accionada brindara al amparista la cobertura del 100% del tratamiento contra la adicción al uso de estupefacientes.

2.- La demandada solicitó la revocación de lo decidido

3.- En primer lugar, se debe señalar que a partir de la reforma constitucional de 1994 el derecho a la salud se encuentra expresamente reconocido con jerarquía constitucional por el art. 75, inc. 22, de la Carta Magna, que asigna tal calidad a los tratados que enumera.

Entre ellos, el art. 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos dispone que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar -en especial la asistencia médica- y los servicios sociales necesarios (cfr. esta Sala, causa 798/05 del 27/12/05). En el mismo sentido, el art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad. A su vez, el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estableció que entre las medidas que los Estados partes deberían adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, deberían figurar la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (cfr. esta Sala, causas 798/05 y 3650/2012, citadas).

4.- Sentado lo expuesto, cabe recordar que el Programa Médico Obligatorio (PMO) fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar (Resolución 201/02 y 1991/05 del Ministerio de Salud). Es que, como sostuvo este Tribunal -en precedentes análogos al presente-, el PMO no constituye una limitación para los agentes de seguro de salud, 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. esta Sala, doct. causas 630/03 del 15/4/03 y 14/06 del 27/4/06, entre otras), y el mismo contiene un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto (cfr. esta Sala, causas 8545 del 6/11/01, 630/03 del 15/4/03 y 14/2006 del 27/4/06). 5.- Ello sentado, se debe señalar que obra en la causa el dictamen del Sr. Fiscal -del cual hizo mérito el Sr. Juez al decidir a fs. 147/149-, quien manifestó: ".cabe precisar que de las constancias de la causa surge que el actor se encuentra afiliado a la demandada (fs. 5); que el tratamiento que solicita mediante esta acción de amparo es acorde a su estado de salud e implica una mejora para su estado de salud (fs. 6/8) y que la accionada ha comunicado al afiliado la interrupción del tratamiento (v. fs. 9).-Asimismo, la prueba producida en autos me permite concluir que resulta indispensable para la salud del amparista que continúe su tratamiento en la Fundación de Prevención Social.Comunidad de Día Vicente López, bajo el sistema hospital de día.?"

?.Así pues del examen del informe médico, así como de la normativa aplicable, surge que resulta lesivo al derecho a la salud del amparista, que se permita a la demandada negar la cobertura de las prestaciones médicas debidas, sin rebatir con sustento médico lo dispuesto por un especialista en salud.?(cfr. fs. 138/143). Concluyó el Sr. Fiscal que se debería hacer lugar a la acción interpuesta. Por todo lo expuesto, SE RESUELVE: confirmar la resolución de fs. 147/149 en cuanto fue motivo de agravios...."

IV. COMPETENCIA

De los términos de la demanda surge claro que resulta competente la Justicia Federal. Ello así, por cuanto la ley 23.661 que regula las obras sociales - en la especie el demandado es un Instituto de servicios sociales de carácter nacional, es decir PAMI-, dispone que están sometidas exclusivamente a la jurisdicción federal, pudiendo optar por la jurisdicción ordinaria sólo cuando fueren actoras.

V.S. es competente para entender en el presente caso atento lo establecido por nuestra jurisprudencia que determinó sobre el tema puntual que nos ocupa, que debe declararse la competencia del fuero civil y comercial federal para entender en la demanda que trata sobre las prestaciones de salud previstas en la Ley N° 23.661. ??por encontrarse en juego normas y principios institucionales y constitucionales de prioritaria trascendencia para la estructura del sistema de salud implementado por el Estado Nacional, corresponde que entienda este fuero? (conf. doctrina de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, in re "Wraage, Rolando Bernardo c/ Omint SA s/ amparo", del 16-9-03; Sala I, causa 14.824/03 del 22-4-04 y doct. causa 123/04 del 29-6-04; Sala II, doct. causa 5992/03, in re "Roldán, María José y otro c/ Galeno Life SPM SA s/ amparo", del 6-4-04; esta Sala, doct. causas 6074/03 del 3-2-04, in re "Alegre, Federico Gastón c/ Galeno Life y otro s/ amparo", y 200/04, in re "Centro de Educación al Consumidor c/ Valmed SA s/ sumarísimo", del 23-11-04). 9.710/06. Maldonado Yolanda del Carmen y otro c/ Centro Médico Pueyrredón s/ medidas cautelares. Fecha: 19/04/2007 Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal., Sala 3., Dra. Graciela Medina - Dr. Ricardo Gustavo Recondo. Ello demuestra claramente la competencia de V.S. para entender en el caso

V. PRUEBA: que ofrezco como prueba la siguiente:

a. DOCUMENTAL:

Fotocopia de mi D.N.I.,

Fotocopia de mi credencial de

Original y copia del Informe extendido por Fundación

Original y copia del tratamiento indicado por la médica psiquiatra Dra.

Tres cartas documentos en original y copia

Constancia de reclamo presentado por ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

Constancia de correo electrónico de la

b. INFORMATIVA:

Para el supuesto que la demandada niegue el informe extendido por Fundaciónsolicito se libre oficio a fin de que se expida acerca de la autenticidad del mismo a cuyo fin se anexará copia al oficio a librarse.

c. PERICIAL MÉDICA: Se designe perito médico de oficio a los fines de que, previa revisión constate la necesidad de realizarme el tratamiento que necesito.

VI.- PLANTEA CASO FEDERAL

Se formula expreso planteo del caso federal para el supuesto improbable de que las instancias ordinarias no acogieran la acción deducida formal o sustancialmente, conforme a lo establecido en el art.14 de la ley 48 a fin de articular el recurso extraordinario ante la C.S.J.N. por violación de las normas constitucionales ya individualizadas.

VII. AUTORIZACIONES

Que a los fines de solicitar las actuaciones en mesa de entradas, compulsar las mismas y desglosar y diligenciar escritos, cédulas, mandamientos y oficios vengo a solicitar se autorice en forma indistinta al Dr.y/o a el Sr.

VIII.- PETITORIO

Por todo lo expuesto a V.S. solicito:

- 1) Me tenga por presentado, por parte y con el domicilio procesal constituido Y SE ORDENE LIBRAR OFICIO A LA DEMANDADA PARA QUE EN EL PLAZO DE CINCO DÍAS INFORMEN CAUSAS Y FUNDAMENTOS DE LOS ACTOS ARBITRARIOS tomados en perjuicio de mi salud física y síquica.
- 2) Se haga lugar a la medida cautelar y se ordene aque que cumpla con su obligación de reafiliarme y de otorgar cobertura del tratamiento médico solicitado.
- 3) Se tenga por planteado el caso federal.
- 4) Se tengan presentes las autorizaciones conferidas.
- 5) Oportunamente, se dicte sentencia receptando favorablemente lo aquí peticionado.

Proveer de conformidad,

Será Justicia.