

APÉNDICE DE JURISPRUDENCIA DE LA C.S.J.N.

Se seleccionaron fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación a fin identificar los estándares de reconocimiento y protección del derecho humano a la salud, en razón de que nuestro máximo tribunal es el interprete último de las leyes, la Constitución Nacional y los Tratados de Derechos Humanos.

La búsqueda y selección de fallos se limitó a aquellos en que era parte procesal una obra social, entidad o empresa prepaga o una mutual en concurrencia o no con el Estado Nacional o alguna Provincia. Asimismo, se consideró esencialmente, el cumplimiento o cobertura de las prestaciones médicas.

Ab. Romina Tabarelli

Casos seleccionados

- “Wraage, Rolando Bernardo c/ Omint s.a. s/Amparo” (C.S.J.N., 16/09/2003).
- “Kogan, Jonathan c/ Swiss Medical S.A.”, (C.S.J.N., 25/11/2005).
- V., W.J.C. Obra Social de Empleados de Comercio y Actividades Civiles. (C.S.J.N., 02/12/2004).
- “Orlando, Susana Beatriz c/ Buenos Aires, Provincia de y otros s/ amparo” (C.S.J.N., 24/05/2005).
- “Reynoso, Nilda Noemí c/ Instituto Nac. de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados” (C.S.J.N., 16/05/2006).
- “Cambiaso Péres de Nealón, Celia María Ana y otros c/ Centro de Educación Médica e Investigaciones” (C.S.J.N., 28/08/2007).
- “Passero de Barrera, Graciela N. c/ Estado Nacional” (C.S.J.N., 18/09/2007).
- “Unión de Usuarios y Consumidores c/ Compañía Euromédica de Salud S.A.” (C.S.J.N., 08/04/2008).

- “Núñez de Zanetti, Mónica Viviana c/ Famy S.A. Salud para la Familia s/ reclamo contra actos de particular”(C.S.J.N., 09/09/2008).
- “Floreancig, Andrea C. y otro por sí y en representación de su hijo menor H., L. E. c. Estado Nacional” (C.S.J.N., 11/07/2006).
- “Rebull, Gustavo P. c/ Provincia de Misiones y otro” (C.S.J.N., 18/07/2006).
- “Gil, Facundo M. y otra c/ Asociación Francesa Filantrópica y de Beneficencia y otro”, (C.S.J.N., 18/07/2006).
- “Chamorro, Carlos c/ Sociedad Argentina de Autores y Compositores de Música”. (C.S.J.N., 01/04/2008).
- “Vila, Fulgencia c/ Dirección de Bienestar de la Armada” (C.S.J.N., 11/07/2006).

COMPETENCIA FEDERAL EN RAZÓN DE LA MATERIA. AMPARO. CUMPLIMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE EMPRESAS PRIVADAS DE SERVICIOS MÉDICOS.

“Kogan, Jonathan c. Swiss Medical S.A.” (C.S.J.N. (25/11/2005)

Ante una contienda negativa de competencia la C.S.J.N. estableció que le correspondía intervenir al Fuero Civil y Comercial en lo Federal en la acción de amparo por la cual se demanda a un prestador de servicios médicos procurando el cumplimiento de las prestaciones totales a su cargo.

Precisó la C.S.J.N., que la materia era federal en tanto que se demandó con fundamento en el art. 43 de la Constitución Nacional, en las leyes 16.986, 23.660, 23.661, 24.455, 24.901 y 24.240, en el decreto 492/95 y en la resolución complementaria 939/00 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación lo cual remite al estudio de dichos preceptos con influencia decisiva respecto a cuestiones concernientes a la estructura del sistema de salud implementado por el Estado Nacional, que involucra a las obras sociales y a los prestadores privados.-

En la causa “Wraage, Rolando Bernardo c. Omint S.A. s/amparo” (CSJN 16.09.2003), la CSJN resolvió en igual sentido: “...*debe declararse la competencia del fuero civil y comercial federal para entender en las actuaciones, 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, al establecer la*

prestación médica obligatoria, que involucra tanto a las obras sociales, como a las prestadoras privadas de servicios médicos, en razón de que la ley 24.754 hizo extensivas las prestaciones básicas implementadas por las leyes 23.660, 23.661 y sus reglamentaciones, a las prestadoras privadas (conf. doctrina de Fallos: 312:985; 320:42; 324:2078)...”

AMPARO. PROVISIÓN DEL MEDICAMENTO. ESCLEROSIS MÚLTIPLE. DISCAPACIDAD. OBLIGACIONES DEL ESTADO NACIONAL Y DEL PROVINCIAL.

“Orlando, Susana Beatriz c/ Buenos Aires, Provincia de y otros s/ amparo”. 24/05/2005.

La actora de 55 años de edad, quien manifiesta ser discapacitada visual y motora a causa de padecer esclerosis múltiple, promueve la presente acción de amparo ante la justicia federal contra la Provincia de Buenos Aires y el Estado Nacional a fin de obtener la medicación necesaria para enfrentar el mal que padece, en razón de carecer de los recursos económicos para adquirirla.

El juez federal interviniente se declara incompetente para entender en el proceso. La CSJN resuelve que la causa es de su competencia originaria y hace lugar a la medida cautelar solicitada.

La medida cautelar impetrada por la actora tiene por objeto que las demandadas arbitren los medios necesarios para la provisión del medicamento que le resulta imprescindible para su vida, ya que debe ser administrado sin interrupción para evitar así los brotes de la enfermedad. Por último, ante la posibilidad de que los demandados requieran la aplicación del artículo 14 de la Ley N° 25.453, que modifica el Artículo 195 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, que impide el dictado de medidas cautelares que afecten los recursos del Estado, requiere la declaración de su inconstitucionalidad.

La CSJN hace lugar a la acción de amparo con costas a la demandada.

A continuación se sintetizan los fundamentos de la Corte:

1. ACCIÓN DE AMPARO: “... *el amparo es un proceso excepcional, utilizable en delicadas y extremas situaciones en las que, por carencia de otras vías aptas pelagra la salvaguarda de derechos fundamentales, y exige para su apertura circunstancias muy particulares caracterizadas por la presencia de arbitrariedad o ilegalidad manifiestas que*

ante la ineficacia de los procedimientos ordinarios, originan un daño concreto y grave, sólo eventualmente reparable por esta vía urgente y expedita (Fallos: 310:576; 311:612, 1974 y 2319; 317:1128; 323:1825 y 2097; 325:396, entre muchos otros). También ha dicho que el objeto de la acción de amparo es la preservación de la vigencia de los derechos tutelados por la Ley Fundamental (cfr. el Artículo 43 de la Constitución Nacional y la doctrina de Fallos: 259:196; 263:296; 267:165, entre otros y Fallos: 324:3602)...”.

2. DERECHO A LA SALUD: *“...el derecho a la salud, máxime cuando se trata de enfermedades graves, se encuentra íntimamente relacionado con el derecho a la vida, que está reconocido por la Constitución Nacional y por los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (Artículo 75, inc. 22, de la Ley Suprema). Así, el Tribunal ha destacado la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga (Fallos: 321:1684; 323:1339, 3229; 324:3569 y 326:4931)...”.*

3. RESPONSABILIDAD DEL ESTADO NACIONAL: *“... el Estado Nacional ha asumido compromisos internacionales explícitos orientados a promover y facilitar las prestaciones de salud y dicha obligación se extiende a sus subdivisiones políticas y otras entidades públicas que participan de un mismo sistema sanitario...”.* *“...no puede soslayarse la función rectora que ejerce el Estado Nacional en este campo por medio de Ministerio demandado para garantizar la regularidad de los tratamientos sanitarios coordinando sus acciones con los estados provinciales, sin mengua de la organización federal y descentralizada que corresponda para llevar a cabo tales servicios (Fallos: 323:3229, considerando 27)...”.*

4. SISTEMA NACIONAL DE SALUD – AUTORIDAD DE APLICACIÓN: *“... la Ley N° 23.661 creó un sistema nacional de salud, con los alcances de un seguro social, “a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica”. Con tal propósito, ese seguro ha sido organizado en el marco de una concepción “integradora” del sector sanitario, en el que la autoridad pública reafirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden*

«su participación en la gestión directa de las acciones» (Artículo 1°). Su objetivo fundamental es “proveer al otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación [...]” (Artículo 2). El Ministerio de Salud, mediante la Secretaría de Salud, es la autoridad de aplicación que fija las políticas sanitarias del seguro y lleva a cabo la política de medicamentos. En tal carácter, le corresponde “articular y coordinar” los servicios asistenciales que prestan las obras sociales comprendidas en la Ley N° 23.660, los establecimientos públicos y los prestadores privados “en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país” (Artículos 3°, 4°, 7°, 15, 28 y 36) (Fallos: 323:3229)...”.

5. DISCAPACIDAD. LEY N° 22.431 -SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS-, Y Ley 24.901 -SISTEMA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL: “... La Ley N° 22.431 crea el referido sistema, tendiente a asegurar a las personas discapacitadas la atención médica, la educación y la seguridad social. A ese fin, define la condición de discapacidad y establece las obligaciones que deben asumir los distintos órganos del Estado, los entes de obra social y los particulares en materia de salud, trabajo y transporte, entre otros aspectos. Por el artículo 27, primer párrafo, se faculta al Poder Ejecutivo Nacional a proponer a las provincias que sancionen en sus jurisdicciones regímenes normativos que establezcan principios análogos a los de la presente ley...”. “... A su vez, la Ley N° 24.901 al organizar el sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, encomendó al Estado Nacional y sus organismos dependientes la atención de las prestaciones dispuestas en él a favor de las personas discapacitadas que no cuenten con cobertura de obras sociales y carezcan de medios propios para afrontar sus necesidades (cfr. artículos 1°, 2°, 3° y 4° de la ley citada), condiciones éstas que han sido acreditadas en el sub examine. Determina el modo de financiamiento de las prestaciones previstas en la ley e instruye al Poder Ejecutivo a proponer a las provincias la sanción en sus jurisdicciones de regímenes normativos que establezcan principios análogos a los de la referida ley (artículos 7° y 8°). Además, dentro de las prestaciones básicas, el artículo 28

alude a las asistenciales como aquellas que tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos esenciales de la persona con discapacidad, entre ellos, la atención especializada. La reglamentación de la Ley N° 24.901 está dada por el Decreto N° 1.193/98, que dispone que las personas con discapacidad y carentes de recursos podrán obtener las prestaciones básicas a través de los organismos del Estado Nacional, Provincial o Municipal, y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que adhieran al sistema (artículo 4°). La Superintendencia de Servicios de Salud se constituye en el organismo responsable de la supervisión y fiscalización del nomenclador de prestaciones básicas (artículos 11 a 39)...”.

6. RESPONSABILIDAD DEL ESTADO PROVINCIAL. “...*Que, con respecto a la responsabilidad asignada a la Provincia de Buenos Aires frente a la situación que compromete la vida y la salud de sus habitantes, resulta evidente que las obligaciones emergentes del marco normativo examinado imponen a las autoridades locales el deber de articular un mecanismo eficaz para encauzar la entrega del medicamento con la urgencia y la continuidad que el caso exige, sin que ello implique desconocer el deber de coordinación con el Estado Nacional -mediante el Ministerio de Salud-, el que debe acudir en forma subsidiaria, de manera de no frustrar los derechos de la amparista...*”.

AMPARO. EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES. PMO (PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO) LEY 24754

“Unión de Usuarios y Consumidores c/ Compañía Euromédica de Salud S.A.” C.S.J.N. 08/04/08.

La C.S.J.N. desestimó el recurso extraordinario interpuesto por la demanda contra una sentencia de la Cám. Nac. Com. Sala “B” que revocó la resolución del a quo y admitió la acción de amparo interpuesta por una asociación dedicada a la defensa de consumidores y usuarios con el fin de que la empresa de medicina prepaga demandada cese con su práctica arbitraria e ilegítima de imponer períodos de carencia y preexistencia para las prestaciones previstas en el Plan Médico Obligatorio.

Con el decisorio de la C.S.J.N., adquiere firmeza la sentencia de la Cámara que había condenado a la empresa de medicina prepaga demandada al

cese de su práctica de imponer períodos de carencia y/o exclusiones de cobertura de enfermedades preexistentes para las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio, dado que dicha imposición obstaculiza los fines que el legislador tuvo al dictar la ley 24.754, esto es, garantizar a los usuarios un nivel de cobertura mínimo con el objeto de resguardar los derechos constitucionales a la vida y a la salud, colocando en el desamparo a los nuevos usuarios que se suman al sistema de medicina prepaga.

“... No es irrazonable la vía del amparo - tendiente, en el caso, a que una empresa de medicina prepaga cese de imponer períodos de carencia para las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO)- , si se trata de salvaguardar la finalidad que el legislador tuvo al dictar la ley 24.754 (ADLA, LVII-A, 8), cual es la de garantizar a los usuarios un nivel de cobertura mínimo con el objeto de resguardar los derechos constitucionales a la vida y a la salud. (Del dictamen de la Procuradora Fiscal que la Corte hace suyo)...”

AMPARO. EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA. CUMPLIMIENTO DE LAS PRESTACIONES DEL PMO LEY 24754 Y DE SUS ACTUALIZACIONES. INCLUSIÓN EN LA LEY N° 24.901 (SISTEMA DE PRESTACIONES BÁSICAS EN HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD).

“Cambiaso Péres de Nealón, Celia María Ana y otros c/ Centro de Educación Médica e Investigaciones” C.S.J.N. 28/08/2007.

La C.S.J.N. falló que las entidades de medicina prepaga deben cubrir como mínimo las mismas prestaciones que resulten obligatorias para las obras sociales en el Plan Médico Obligatorio (PMO), incluidos los casos de discapacidad. Así estableció que: *“por imperio del Artículo 1 de la Ley N° 24.754, las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deben cubrir, como mínimo, las mismas prestaciones que resulten obligatorias para las obras sociales. Esto último comprende las prestaciones que, con dicho carácter obligatorio, establezca y actualice periódicamente la autoridad de aplicación en ejercicio de la facultad que le confiere el artículo 28 de la Ley N° 23.661. Y también, en lo que atañe a las personas con discapacidad, todas las que requiera su rehabilita-*

ción (Artículo 28 cit.), así como, en la medida en que conciernan al campo médico asistencial enunciado en el Artículo 1 de la Ley N° 24.754, las demás previstas en la Ley N° 24.901....”

En el caso la Cám. Nac. Civil, Sala “E”, confirmó la sentencia del juez inferior que había condenado al Centro de Educación e Investigaciones Médicas (CEMIC) a otorgar al menor en cuya representación se promovió la acción, en su condición de afiliado, sin topes ni límites, la medicación psiquiátrica solicitada en autos, 120 pañales descartables mensuales, silla de ruedas con arnés de tronco, apoya pies y sostén cefálico, con chasis ultraliviano y plegable.

La acción de amparo se interpuso en representación de un menor que padece parálisis cerebral, cuadriplegia espástica y epilepsia.

Disidencias. Las Dras. Elena I. Highton de Nolasco y Carmen M. Argibay, resolvieron declarar procedente el recurso extraordinario y revocar la sentencia apelada en razón de que las empresas de medicina prepaga no están incluidas en el texto de la Ley N° 24.901.

El Dr. Ricardo Lorenzetti sostuvo que las prestaciones demandadas deben ser cumplidas por el Estado ya que la legislación no incluye en el Programa Médico Obligatorio (PMO) las prestaciones previstas en la Ley N° 24.901.

AMPARO. OBRAS SOCIALES. TRATAMIENTO MÉDICO DEL VIRUS DEL HIV-SIDA. AFILIACIÓN COMO ADHERENTE VOLUNTARIO

V., W. J. c./ Obra Social de Empleados de Comercio y Actividades Cívicas. (CSJN. 02/12/2004).

La Corte Suprema admitió el recurso extraordinario deducido e hizo lugar a la demanda entablada por el accionante, revocando por arbitraria la decisión que había rechazado el reclamo formulado contra la Obra Social OSECAC, dirigido a obtener una cobertura médico-asistencial en condiciones de adherente voluntario por quien padece el virus del HIV-SIDA.

“Cabe dejar sin efecto la sentencia que rechazó la pretensión de una persona enferma - en el caso, padece HIV- de obtener una cobertura médico- asistencial en condiciones de adherente voluntaria de la obra

social de la que fue beneficiaria hasta el despido que la desvinculó de su empleadora, ya que no es posible desconocer que le resultaría más que difícil, o acaso imposible en su actual situación, acceder a otra cobertura sanitaria similar, sumado a que la patología que porta impone un tratamiento regular y sin dilaciones, y que en estos casos, su ausencia, en forma y tiempo oportuno, aparece como un agravio susceptible de lesionar los sentimientos más hondos, amén de implicar una violación de derechos esenciales en forma inmediata o mediata (del dictamen del Procurador General que la Corte hace suyo)”.

“En el contexto de una relación jurídica preexistente entre la obra social y quien fue afiliado a ella durante varios años, la facultad del ente asistencial de rechazar la solicitud de aquel de ser afiliado voluntario, viene a perder autonomía absoluta y plena y ha de ser interpretada en forma restrictiva, debiendo prevalecer una hermenéutica de equidad que favorezca a quien pretende permanecer en la relación asistencia, dada su condición de parte más débil en el vínculo. (Del dictamen del Procurador General que la Corte hace suyo).

“La ley 23.798 (ADLA, L-D, 3627) ha puesto de manifiesto la intención legislativa de dar lucha contra el VIH el carácter de orden público, así como también de resguardar ciertos valores básicos para asegurar la solidaridad social, propósito en orden al cual las posteriores leyes 24.455 y 24.754 (ADLA, LV-B, 1533; LVII-A, 8) no constituyen sino un más que ostensible correlato. (Del dictamen del Procurador General que la Corte hace suyo)”.

AMPARO. DIABETES - DISCAPACIDAD INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS - PROGRAMAMÉDICO OBLIGATORIO

“Reynoso, Nilda Noemí c./ Instituto Nac. de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados”. C.S.J.N. 16/05/2006.

La actora afectada de diabetes y con una discapacidad promovió amparo solicitando la cobertura total de insulina humana 100v, cintas reactivas, jeringas pañales y otro medicamento contra el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. El juez federal admitió la demanda. La

Cámara de Apelaciones revocó parcialmente la sentencia en orden a la cobertura total de un medicamento y a la provisión de pañales descartables, por no corresponder. La actora dedujo recurso extraordinario la Corte Suprema admite el recurso y, por mayoría, incluye la provisión de pañales descartables.

“Si bien los anexos del Programa Médico Obligatorio prevén la cobertura de un porcentaje del medicamento que necesita la actora para tratar su dolencia y no contemplan la provisión de ciertos insumos -en el caso, pañales descartables-, ellos resultan complementarios y subsidiarios y deben interpretarse en razonable armonía con el principio general que emana del art. 1 del decreto 486/2002 del Poder Ejecutivo Nacional (ADLA, LXII-B, 1698) en cuanto - aun en la emergencia sanitaria- garantiza a la población el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud. (Del dictamen del Procurador Fiscal que la Corte hace suyo)”.

“El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados no puede justificar en el Plan Médico Obligatorio de Emergencia su posición de cubrir sólo un porcentaje del medicamento que requiere el afiliado que no cuenta con medios para afrontar el costo - en el caso, padece diabetes-, ya que el aporte de dinero público que recibe le obliga a seguir una lógica distributiva más intensa que las demás obras sociales, razón por la cual la capacidad adquisitiva del afiliado debe ser un dato a tomar en cuenta cuando se trata de brindar cobertura sanitaria. (Del voto en disidencia parcial de la doctora Argibay)”.

AMPARO. DISCAPACIDAD – LEY 24091 – PROGRAMA FEDERAL DE SALUD (PROFE)- RESPONSABILIDAD DEL ESTADO.

“Passero de Barrera, Graciela N. c./ Estado Nacional”. C.S.J.N. 18/09/2007.

En el caso, el Juzgado Federal N° 1 de la ciudad de Rosario, hizo lugar a la demanda de amparo y ordenó al Estado Nacional que garantice la cobertura total y completa, y efectúe el contralor por los organismos correspondientes de la continuidad y permanencia en la prestación del tratamiento de rehabilitación multidisciplinario que en forma gratuita se le brinda a la incapaz en internación domiciliaria a través del “PROFE” (Programa Federal de Salud).-

Apelada la sentencia, la Sala “A”, de la Cámara Federal de Apelaciones de Rosario, confirmó la sentencia del juez del aquo. El fundamento de la decisión radica en la adhesión por convenio de la Provincia de Santa Fe, al Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad y que es la autoridad que al presente brinda la cobertura médica a la incapaz, que se financia -de conformidad con lo previsto por el artículo 7° de la ley 24.901 y normas complementarias-a través del PROFE, programa que cubre las prestaciones médicas a los beneficiarios de pensiones no contributivas por invalidez y cuya gestión se encuentra a cargo del Ministerio de Salud y Ambiente (decreto 1606/2002). Si bien, el Estado Nacional se encuentra adoptando los recaudos necesarios para que la persona con discapacidad reciba las prestaciones de salud requeridas, ello no implica el cese de su responsabilidad, ya que a él corresponde velar por el fiel cumplimiento de las normas que aseguran la continuidad de los tratamientos requeridos.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, interpuso el recurso extraordinario el que fue concedido por la C.S.J.N.

El recurrente aduce fundamentalmente, que el Programa Federal de Salud, se trata de un programa consensuado con la máxima autoridad sanitaria de las distintas jurisdicciones, las que, en definitiva, son las responsables primarias de la atención sanitaria y asistencial de la población que reside dentro de sus límites territoriales, es decir, de la gestión del programa, a través de la Unidad de Gestión Provincial (UGP). El PROFE, en tanto, tiene a su cargo la asistencia financiera y velar por el cumplimiento de las obligaciones comprometidas por las provincias.

La C.S.J.N. adhiere hace lugar al Recurso Extraordinario y confirma la sentencia. Hace suyo los fundamentos de la Procuradora Fiscal Subrogante, entre otros se citan los que siguen: “...es el propio recurrente quien admite que el PROFE, tiene a su cargo la asistencia financiera y velar por cumplimiento de las obligaciones comprometidas por las provincias (v. fs. 475, quinto párrafo), añadiendo, más adelante, que el Estado Nacional reviste el rol de rectoría y garante en subsidio de las prestaciones de salud de jurisdicción provincial...”; “... que resulta evidente la función rectora que ejerce el Estado Nacional en el campo de la salud y la labor que compete al Ministerio de Salud y Acción Social, como autoridad de aplicación, para garantizar la regularidad de los tratamientos sanitarios coordinando sus acciones con las obras sociales y los estados provinciales, sin mengua de la organización federal y descentralizada que

corresponda para llevar a cabo tales servicios (v. doctrina de Fallos: 323: 3229, cons. 27)...”

Ley 24754. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGA – COBERTURA - NUTRICIÓN PARENTAL – DEFENSA DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA

“Núñez de Zanetti, Mónica Viviana c/ Famy S.A. Salud para la Familia s/ reclamo contra actos de particular”

N. de Z., M. V., en su carácter de afiliada a la empresa de medicina prepaga, Famy S.A, Salud para la Familia, promueve demanda contra la mencionada empresa, a los fines de que le suministre la nutrición parenteral que requiere, a raíz de haber sufrido una resección de intestino delgado, debido según manifiesta a un cuadro de peritonitis grave.

La accionada esgrime que la pretensión de la amparista está excluida de la cobertura.

Radicada la causa por ante la Corte Suprema, el Máximo Tribunal, hace lugar al Recurso Extraordinario incoado por la demandada y decide confirmar la sentencia de las instancias anteriores que acoge favorablemente la pretensión de la actora.

A) HECHOS Y DERECHO INVOCADOS POR LAS PARTES:

1. La actora demanda el suministro de nutrición parenteral como consecuencia de la resección de intestino delgado, estado de carácter crónico que padece y que restringe sus posibilidades alimenticias. Funda su pretensión en la ley 24.754, aduciendo que la mencionada norma encomienda a las empresas que presten servicios de medicina prepaga, la cobertura de las prestaciones obligatorias impuestas a las obras sociales por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455 y la Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación, entre las que se encuentra el tipo de dieta que reclama. Sostiene que la normal provisión de dichos nutrientes compromete su existencia misma, por lo que su pretensión se funda en los derechos a la vida y a la salud, que el Estado debe garantizar a todos los habitantes conforme a los arts. 42, 43, 75 incs. 22 y 23 de la Constitución Nacional; arts. 10, 12 inc. 11 y 31, 36 inc. 81 y 38 de la Constitución provincial; la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

2. La empresa demandada invoca la exclusión de la cobertura, al sostener que la dolencia de la actora derivaría de una práctica médica -maniobra abortiva- no prevista contractualmente. La demandada, funda su defensa relativa a que la pretensión de autos está excluida de la cobertura, en los siguientes argumentos: a) La actora adhirió a un plan cerrado, lo cual implica que las prestaciones sanatorias y médicas deben cumplirse a través de los profesionales y establecimientos que provee la empresa, de modo que se asegure la calidad de la prestación. En este sentido, señala que la práctica se realizó en una vivienda o consultorio particular, sin la concurrencia de los recursos humanos y técnicos del caso. b) El capítulo V del reglamento respectivo, prevé entre los servicios y afecciones no cubiertos, las operaciones no autorizadas por la legislación vigente (cláusula 3.8), las lesiones autoprovocadas voluntaria o involuntariamente (cláusula 3.15) y las lesiones causadas en maniobras delictuosas (cláusula 3.17). c) La actora está en condiciones económicas de proveerse la nutrición. d) En todo caso, para la protección del derecho a la salud, no es necesario ni legítimo imponer a una empresa privada, una obligación que no ha asumido, sino que debe acudir al Estado, prestador primario por mandato constitucional.

3. ...

B) CITAS RELEVANTES DEL FALLO.

4. La Procuradora Fiscal sostuvo que el tema decidendum es de derechos humanos y no de carácter contractual: “... *En primer lugar, creo que no es ocioso sino constructivo, comenzar por ubicar el problema en su lugar adecuado, que -a mi juicio- escapa del ámbito de lo propiamente contractual, para adentrarse en el campo de los derechos humanos...*”. “...*Un corolario inmediato de esa observación, es que la labor de los jueces debe asirse a la directiva axiológica y hermenéutica pro homine, norte que informa en toda su extensión al campo de los derechos humanos...*”.

5. Respecto de la finalidad de la Ley 24754 (MEDICINA PREPAGA) ¹., que establece que las empresas o entidades de medicina prepaga deben cumplir como mínimo las prestaciones dispuestas para las obras sociales, y las funciones de estas entidades, la Sra. Procuradora Fiscal sostuvo: “... *la ley*

¹ Sanción: 28 Noviembre 1996. Promulgación: 23 Diciembre 1996.

Art. 1º.- A partir del plazo de 90 días de promulgada la presente ley, las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus

24.754 representa un instrumento al que recurre el derecho a fin de equilibrar la medicina y la economía, ponderando los delicados intereses en juego. De una parte, la integridad psicofísica, salud y vida de las personas; de otra, el hecho de que -más allá de su forma empresarial-, las entidades de medicina prepaga tienen a su cargo una trascendental función social, que está por encima de toda arista comercial (v. Fallos: 328:4747, disidencia de los jueces Fayt y Maqueda; y 324:677)...”:

- En relación a los padecimientos que sufre la actora y las obligaciones que tiene la empresa de medicina prepaga con aquella, la Sra. Procuradora Fiscal dijo: *“siendo manifiestas las dificultades que deben afrontar los enfermos en estas circunstancias, deviene antifuncional que la prestadora, se desentienda en lo inmediato de una carga que la letra de la ley le asigna directamente, y transfiera a la paciente la tarea de perseguir al Estado o a terceros, en busca de satisfacer su apremiante e impostergable necesidad”*. Agregó: *“... que ni siquiera la empresa intentó probar que el desembolso en cuestión había provocado realmente algún desequilibrio de tipo económico o financiero, ni se justificó de qué manera podría producirse dicha alteración, en este supuesto específico...”* y que *“frente a la muerte segura que sobrevendría de suspenderse el suministro, y dado el pronóstico ominoso en cuanto a las probabilidades de subsistencia de esta persona, entiendo que su prestadora de salud, por su superioridad estructural y sus finalidades propias, debe hacerse cargo aquí y ahora de sufragar el único medio posible para el mantenimiento de la vida”*.

- Es contundente la doctrina de la Corte respecto de la defensa de la actora de exclusión de la cobertura en razón de que la dolencia derivaría de una práctica médica no contractual: *“... el elenco de prestaciones contempladas no hace “acepción de remite a la causa de las dolencias) como pretende la apelante. La entidad de medicina prepaga invoca, entonces, un régimen que no es el legal”*.

planes de cobertura médico asistencial las mismas «prestaciones obligatorias» dispuestas por las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455, y sus respectivas reglamentaciones .

AMPARO. GARANTÍA SUBSIDIARIA DE SALUD DEL ESTADO. ASOCIACIÓN MUTUAL CONCURSADA. MENOR CON FIBROSIS QUÍSTICA. DISCAPACIDAD

“Floreancig, Andrea C. y otro por sí y en representación de su hijo menor H., L. E. c./ Estado Nacional” C.S.J.N. 11/07/2006.

Los padres en nombre propio y en representación de su hijo L. E., promovieron acción de amparo contra el Estado Nacional, a fin de que se le ordene, en su carácter de garante subsidiario de la salud del menor, proceda a brindarle al niño la prestación de los servicios médicos que éste requiere, dada la enfermedad de fibrosis quística que padece y la omisión de cobertura por parte de la Asistencia Mutual Integral (A.M.I.) de la Asociación Mutual Supervisores Ferroviarios, a la que está afiliado en su condición de beneficiario adherente, mutual que se encuentra en concurso preventivo. *El juez federal de primera instancia rechazó la acción, mientras que La Cámara Federal de Paraná la admitió, por considerar que el demandado no puede desentenderse de las necesidades del menor. El Estado Nacional dedujo Recurso Extraordinario, que fue concedido. La Corte Suprema, por mayoría, declara procedente el recurso y confirma la sentencia.*

La Cámara Federal declaró que el Estado Nacional no puede desentenderse de las necesidades del menor sino que debe cumplir con su responsabilidad de garantizar el pleno goce del derecho a la salud y a una vida digna (arts. 14, 14 bis, 18, 19 y 33 de la Constitución Nacional y tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional) y lo condenó “... a efectos de que arbitre la prestación de cobertura de salud del menor de edad L. E. H. por su dolencia fibrosis quística (mucoviscidosis) sin perjuicio de la oportuna delegación de tales obligaciones legales a la asociación mutual a la cual está asociado el amparista y a los organismos competentes”. En cuanto a la idoneidad de la vía amparo, la declaró procedente en tanto se encontraba gravemente comprometido el derecho del menor a la protección integral de su salud y a una adecuada calidad de vida, toda vez que la asociación mutual a la que está asociado solicitó la homologación judicial de un acuerdo preventivo extrajudicial, circunstancia que motivó el retaceo de la cobertura en la medicación.

Frente a la sentencia de la Cámara Federal, el Estado Nacional se agravia e interpone Recurso Extraordinario. La Corte, concede el recurso incoado

sólo en cuanto a la cuestión federal planteada, esto es, la interpretación de normas de carácter federal.

En cuanto a la procedencia formal del Recurso Extraordinario por la cuestión federal, la Corte hace suyo el dictamen del representante del Ministerio Público Fiscal y por mayoría, decide que el mismo es procedente: “... *pues se encuentran discutidos el alcance e interpretación de normas de carácter federal - las provisiones federales que tutelan los derechos a la vida y la salud de los menores- y la decisión definitiva del superior tribunal de la causa es contraria al derecho que el apelante funda en ellas (art. 14, inc. 3° ley 48).*” En disidencia, la Dra. Argibay, considera inadmisibles los remedios federales (artículo 280 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación).

En lo sustancial, la Corte, confirma la sentencia de la alzada. Se citan fundamentos relevantes de la doctrina sentada en fallo:

1. *“La condición de persona con discapacidad del menor accionante encuentra amparo en las disposiciones de la ley 24.901 (ADLA, LVII-E, 5555) de protección integral de las personas con discapacidad, lo cual obliga a la autoridad pública a asegurarle los tratamientos médicos en la medida en que no puedan afrontarlos las personas de quienes depende o los entes de la obra social a los que esté afiliado. (Del dictamen del Procurador Fiscal que la Corte hace suyo).*”

2. *“... La autoridad pública tiene la obligación impostergable de garantizar el derecho a la salud con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga. (Del dictamen del Procurador Fiscal que la Corte hace suyo)...”*

3. *“... Las obligaciones sanitarias de las autoridades locales no implican desconocer el deber de coordinación con el Estado Nacional - mediante el Ministerio de Salud- , quien debe acudir en forma subsidiaria para no frustrar el derecho a la salud, ya que de otro modo las leyes sancionadas en la materia no dejarían de ser sino enfáticas enumeraciones programáticas vacías de operatividad...”*

4. *“... El amparo es el procedimiento judicial más simple y breve para tutelar real y verdaderamente los derechos consagrados en la Constitución Nacional. (Del dictamen del Procurador Fiscal que la Corte hace suyo)...”*

AMPARO CONTRA EL ESTADO NACIONAL Y PROVINCIA. ACUMULACIÓN SUBJETIVA DE PRETENSIONES. COMPETENCIA ORIGINARIA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN. AMPARO CONTRA EL ESTADO NACIONAL Y PROVINCIA. DERECHO A LA SALUD. BY PASS GÁSTRICO

“Rebull, Gustavo P. c./ Provincia de Misiones y otro” C.S.J.N.18/07/2006.-

El actor, vecino de la Provincia de Misiones, desempleado y sin obra social, interpone acción de amparo contra el Estado Nacional y la Provincia. Demanda que los accionados arbitren los recursos necesarios para que se le efectúe la cirugía de “by pass gástrico” atento a que está afectado por obesidad mórbida severa. Asimismo, el actor pretende, la cobertura de los gastos de traslado, internación, estadía, medicamentos, tratamiento y toda otra erogación vinculada con la operación, y una medida cautelar. El juez federal de primera instancia se declaró incompetente por considerar que la causa correspondía a la competencia originaria de la Corte Suprema. El Máximo Tribunal declara que la causa no corresponde a su competencia originaria.

Doctrina del fallo de la Corte:

1) “... *pues al ventilarse un asunto que, como la tutela del derecho a la salud, no postula de modo exclusivo una materia federal sino concurrente con el derecho público local, la acumulación de pretensiones no justifica esa competencia porque el privilegio federal del Estado permite que sea demandado ante los tribunales inferiores de la Nación y la provincia no es aforada ante el Tribunal para cuestiones de tal naturaleza...*”.

2) “... *Tratándose de un supuesto de acumulación subjetiva de pretensiones relativas a cuestiones -en el caso, derecho a la salud- que no postulan de modo exclusivo una materia federal sino concurrente con el derecho público local, no se verifica ninguno de los supuestos de competencia originaria de la Corte Suprema de Justicia de la Nación -art. 117, Constitución Nacional y art. 24, inc. 1º, del decreto-ley 1285/58 (ADLA, XVIII-A, 587)-, razón por la cual aquellas deben promoverse en las jurisdicciones que correspondiesen según la persona que, en uno u otro caso, se optare por demandar, es decir, ante la justicia federal de serlo el Estado Nacional o ante los tribunales locales, en caso de emplazarse a una provincia...*”.

3) “... Si ninguna de las partes que pretenden litigar, o son llamadas a intervenir ante los estrados de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, es aforada de modo autónomo, la acumulación subjetiva de pretensiones no es un instrumento apto para sostener una competencia restringida y de excepción, que en ningún caso hubiera correspondido de haberse introducido individualmente cada una de las pretensiones...”.

AMPARO CONTRA EL ESTADO NACIONAL, PROVINCIA Y EMPRESA DE MEDICINA PREPAGA. ACUMULACIÓN SUBJETIVA DE PRETENSIONES. COMPETENCIA ORIGINARIA DE LA C.S.J.N. DERECHO A LA SALUD. COBERTURA MÉDICA. HEMOFILIA

“Gil, Facundo M. y otra c./ Asociación Francesa Filantrópica Y De Beneficencia y otro”. 18/07/2006.

Los padres del menor de edad M.I.G., por sí y en representación de su hijo promovieron acción de amparo ante el Juzgado de Garantías N° 5 de San Isidro, Provincia de Buenos Aires, contra la Asociación Francesa Filantrópica y de Beneficencia (Hospital Francés), prepaga a la que pertenecen, contra el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y, en subsidio, contra el Estado Nacional (Ministerio de Salud y Ambiente), a fin de obtener que los demandados respeten el derecho de salud de su hijo, que padece de hemofilia y se le suministre regularmente la medicación necesaria para el tratamiento (17 frascos, por 1.000 unidades de F VIII Recombinante 1000 u c/u). Asimismo, solicitaron la concesión de una medida cautelar. El Juez se declaró incompetente y atribuyó la causa a la Justicia Federal en lo Civil y Comercial de San Martín, por la materia: sistema nacional de salud. Este Juzgado Federal, hizo lugar a la medida cautelar solicitada y se inhibió para conocer en este proceso, por entender que corresponde a la competencia originaria del la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en virtud de las personas demandadas.

Radicados los autos por ante la C.S.J.N, se corre vista a la representante del Ministerio Público Fiscal, quien dictaminó: “... *el Tribunal ha reconocido la posibilidad de que la acción de amparo, de manera general, tramite en esta instancia, siempre que se verifiquen las hipótesis que surtan la competencia originaria, toda vez que, de otro modo, en tales ocasiones quedarían sin protección los derechos de las partes en los supuestos*

contemplados por el art. 43 de la Constitución Nacional (Fallos: 322:1514; 323:2107; 324:3846, entre otros). En su mérito, la cuestión radica en determinar si en autos se presentan los requisitos que habilitan la instancia originaria de la Corte.

A mi modo de ver, esos recaudos no se presentan en autos, toda vez que, si bien la Provincia y el Estado Nacional han sido nominalmente demandados, los actores reconocen que pertenecen a la Asociación Francesa Filantrópica y de Beneficencia (Hospital Francés), sobre la que en definitiva cae la obligación principal y directa de suministrar a su hijo la medicación necesaria para paliar la enfermedad, de lo cual se desprende que resulta subsidiaria la pretensión respecto de aquellos.

En tales condiciones, la demanda asume, en lo que hace a la Provincia y el Estado Nacional el carácter que se destacó en el precedente de Fallos: 324:3846, “Chena”, en el que se rechazó el amparo en tanto el pedido formulado a esas autoridades tenía carácter subsidiario, es decir se hallaba condicionado a la falta de respuesta favorable de la obra social, quien, a mi entender, se encuentra obligada a aplicar la norma nacional 24.901 sobre discapacidad. Por ello, es dable concluir - tal como ocurrió en dicha causa- que la conductas de las codemandadas no aparecen revestidas de arbitrariedad o ilegalidad manifiesta (sentencias del 12 de diciembre de 2002, in re, P. 952, L. XXXVIII, Originario “Paulini, Héctor Daniel y otros c. Buenos Aires, Provincia de y otro s/ amparo”, del 12 de agosto de 2003, in re, I. 100, L. XXXIX, Originario “Iarussi, Hugo Alberto y otros c. Buenos Aires, Provincia de otros s/ amparo”, sentencia del 19 de agosto de 2004, in re, C. 1807, L. XL, “Camiletti, Alfredo José y Otro c. Santiago del Estero, Provincia de y otros Estado Nacional s/ acción de amparo”, entre otras).

Por todo lo expuesto y toda vez que la competencia originaria de la Corte, por su raigambre constitucional, es de naturaleza restrictiva e insusceptible de ampliarse ni de restringirse (Fallos: 312:640; 318:1361; 322:813) opino que el proceso resulta ajeno a esta instancia. - Mayo 23 de 2006. - Laura M. Monti.”.

Doctrina de la C.S.J.N.:

“... Considerando: 1º) Que en cuanto a los antecedentes del caso, a la naturaleza de la cuestión planteada entre el Juzgado de Garantías N° 4 del Departamento Judicial de San Isidro, Provincia de Buenos Aires y el Juzgado Federal N° 2 de San Martín, y al objeto de la pretensión promovida, corresponde remitir al relato efectuado en el punto I del dic-

tamen de la señora Procuradora Fiscal, el que cabe tener por reproducido a fin de evitar reiteraciones innecesarias.

Sobre esa base, la competencia originaria que el juzgado federal pretende atribuir al Tribunal únicamente se funda en la condición de las partes del proceso, pues al ser demandados el Estado Nacional y una provincia esta jurisdicción reglada por el art. 117 de la Constitución Nacional sería, según se invoca, el único modo de conciliar el privilegio del primero al fuero federal y la prerrogativa reconocida a las segundas de ser sometidas, en el ámbito de los tribunales de la Nación, sólo a la instancia originaria de esta Corte.

2º) Que en el pronunciamiento dictado el pasado 20 de junio de 2006 en la causa M.1569.XL “Mendoza, Beatriz Silvia y otros c. Estado Nacional y otros s/ daños y perjuicios (daños derivados de la contaminación ambiental del río Matanza - Riachuelo)”, cuyos desarrollos argumentativos efectuados en los considerandos 11 a 16 se dan por reproducidos, esta Corte ha abandonado el supuesto de competencia originaria que había reconocido a partir del precedente “Celina Centurión de Vedoya” de Fallos: 305:441, retornando de este modo a su tradicional doctrina con arreglo a la cual si ninguna de las partes que pretenden litigar, o son llamadas a intervenir ante sus estrados, es aforada de modo autónomo, la acumulación subjetiva de pretensiones no es un instrumento apto para sostener una competencia restringida y de excepción, que en ningún caso hubiera correspondido de haberse introducido individualmente cada una de las pretensiones.

3º) Que con esta comprensión, no se verifica en este proceso ninguno de los supuestos de la competencia originaria de este Tribunal reglada en el art. 117 de la Constitución Nacional y en el art. 24, inc. 1º, del decreto-ley 1285/58.

Ello es así, pues al ventilarse en el sub lite un asunto que, como la tutela del derecho a la salud, no postula de modo exclusivo una materia federal sino concurrente con el derecho público local según lo ha considerado y definido el Tribunal en dos casos substancialmente análogos (causas P. 943.XLI “Peralta, María Florencia c./ Buenos Aires, Provincia de s/ amparo” y L.253.XLII “Luzuriaga, Lisandro Marcelo c. Tierra del Fuego, Provincia de s/ amparo”, sentencias del 7 de julio de 2005 y del 20 de junio de 2006, respectivamente), la acumulación de pretensiones no justifica esta competencia en tanto el privilegio federal de la

Nación permite que sea demandada ante los tribunales inferiores de la Nación, y la Provincia de Buenos Aires no es aforada ante esta Corte para cuestiones de la naturaleza indicada.

De ahí, pues, que para situaciones como la que dio lugar a estas actuaciones cabe remitir a la precisa conclusión enfatizada en el considerando 16 del pronunciamiento al cual se reenvía, en el sentido de que esta clase de pretensiones deben promoverse en las jurisdicciones respectivas que correspondiesen según la persona que, en uno u otro caso, se optare por demandar: ante la justicia federal de serlo el Estado Nacional, o ante los tribunales locales en caso de emplazarse a la provincia.

Por ello y habiendo dictaminado la señora Procuradora Fiscal, se resuelve: Declarar que la presente causa no corresponde a la competencia originaria de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Notifíquese, comuníquese al señor Procurador General, agréguese copia del pronunciamiento al que se reenvía y remítase al Juzgado Federal N° 2 de San Martín a fin de que se proceda según lo decidido en este pronunciamiento. Comuníquese al Juzgado de Garantías N° 4 del Departamento Judicial de San Isidro, Provincia de Buenos Aires, la decisión tomada con referencia a la causa N° 3151 de ese tribunal. - Enrique S. Petracchi. - Elena I. Highton de Nolasco. - Carlos S. Fayt. - Juan C. Maqueda. - Eugenio R. Zaffaroni. - Ricardo L. Lorenzetti. - Carmen M. Argibay...”.

AMPARO. MUTUAL. COBERTURA INTEGRAL DE LINFOMA NO HODGKIN. DEFENSA DE EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA Y NO INCLUSIÓN EN LA LEY 24.754

“Chamorro, Carlos c./ Sociedad Argentina de Autores y Compositores de Música”. C.S.J.N. 01/04/2008

Los autos tratan de una acción de amparo contra SADIC, en la que el actor reclamó se ordene a la mutual prestadora de la demandada, la cobertura integral de su patología Linfoma No Hodgkin (Cáncer), requiriéndose puntualmente, la asistencia médica que consiste en Movilización, Criopreservación y Transplante Autólogo de Stem Cell Periféricas. El amparo fue rechazado en primera instancia luego, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, Sala Segunda, lo admitió al concluir que la asociación mutual

demandada está obligada a cubrir la prestación requerida. Y en consecuencia, condenó a la demandada a solventar en forma integral la cobertura solicitada.

La vencida, dedujo Recurso Extraordinario afirmando no estar obligada a cubrir prestaciones no incluidas en su estatuto y en su reglamento. Concedido el recurso extraordinario, la Corte Suprema confirma la sentencia de la referida Cámara.

1. La Sala N° 2 de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, revocó la sentencia del juez de grado y condenó a la demandada SADAIC, a solventar en forma integral la cobertura solicitada. Fundó su resolución en que el régimen legal del artículo 1° de la ley 24.754 es de orden público y que la prestación médico obligatoria (PMO) que el mismo establece, comprende tanto a las obras sociales como a las prestadoras privadas de servicios médicos. En consecuencia, concluyó, que el contrato firmado por la partes no puede dejar sin efecto dicho régimen (art. 21 del Código Civil), que tiene carácter imperativo.

2. La demandada SADAIC se agravia de la sentencia aduciendo:

- Que tiene una mutual que se rige por ley de mutualidades 20.321, el Estatuto Social de SADAIC y por el Reglamento de Mutualidad. Expone que en dicho Reglamento, inscripto en el INAES (Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social), se establecen específicamente los beneficios que se acuerdan a sus socios por decisión de los mismos interesados. El reglamento expresamente excluye el servicio médico que demanda la actora.

- Que de ley de mutualidades, no surge su obligación de cubrir prestaciones no incluidas en su Estatuto y Reglamento.

- Que no participa del perfil de empresa prepaga.

- Que las mutuales asociadas al INAES, como la agraviada, no están inscriptas como Agentes del Seguro Nacional de Salud ante el ANSSAL, no tienen el correlativo beneficio que establece el propio sistema: un subsidio del Estado en cuanto a las prácticas de alto costo.

- Que la Mutual de SADAIC no se encuentra bajo la supervisión directa del Ministerio de Salud, sino que el órgano de control de su acción mutual es el INAES.

3. Corrida la vista del trámite de Recurso Extraordinario a la Sra. Procuradora Fiscal, la misma se pronuncia adentrándose en la cuestión de fondo. Considera que la mutual demandada reúne requisitos similares a los que tipifican a una empresa prepaga. “...*En tales condiciones, pese a su diversa naturaleza, reúne presupuestos muy similares a los que -siguiendo el criterio*

del Doctor Ricardo Luis Lorenzetti-tipifican a la medicina prepaga; esto es: que exista una empresa (o -puede añadirse, en mi opinión-una entidad) que se compromete a dar asistencia médica, por sí o por terceros; que la obligatoriedad de la prestación esté sujeta a la condición suspensiva de que se dé determinada enfermedad en el titular o el grupo de beneficiarios; y que exista el pago anticipado como modo sustantivo de financiación, aunque pueda ser complementado (autor citado, «La Empresa Médica», Edit. Rubinzal -Culzoni, Santa Fe, 1988, pág. 127, n° II-2, referido por el Dr. Félix A. Trigo Represas en el artículo antes aludido)...”. “...Atento a lo expuesto, es verosímil presumir que quien se asocia a esa mutual, lo hace con la legítima expectativa de que la misma debe cubrir las prestaciones del Programa Médico Obligatorio...”.

Razona además, en que la práctica médica solicitada por la actora está incluida en el P.M.O. y no está expresamente excluida del Reglamento de la mutual de la demanda. Agrega, que actor se encontraba en alto riesgo por su enfermedad y que solicitó la práctica medica demandada como única alternativa para prolongar su vida. Que la alegación de la actora de que no contaba con recursos para llevar adelante la práctica médica y que esto no fue impugnado por la accionada.

Propone la admisión del recurso y la confirmación de la sentencia con fundamento en: “... que la no adhesión por parte de la demandada al sistema de las leyes 23.660, 23.661, no determina que le resulte ajena la carga de adoptar las medidas razonables a su alcance para lograr el acceso pleno del amparista, en este caso-a los beneficios de la seguridad social, con el alcance integral que estatuye la normativa tutelar sobre la materia (v. doctrina de Fallos: 327:2127, que remitió al dictamen de esta Procuración General, y sus citas. La aclaración entre guiones me pertenece). En este marco, cabe observar que la demandada, si bien invocó dogmáticamente que hacerse cargo de estas prestaciones provocarían su colapso o desequilibrio económico (v. fs. 223 vta.,249), no probó que tal desequilibrio haya acaecido, ni justificó con guarismos, demostraciones contables, balances, estadísticas, o cualquier medio de prueba a su alcance, de qué manera se produciría; así como tampoco alegó ni acreditó dificultades económicas para solventar concretamente la integridad de los gastos que requirió la prestación médica solicitada, y practicada en cumplimiento de la medida cautelar (v. fs. 134/145, 169/171)...”. “... Asimismo, a partir de lo expresado por V.E.,

particularmente, en Fallos: 321:1684 y 323:1339, ha quedado en claro el derecho a la preservación de la salud – comprendido dentro del derecho a la vida-y la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, pero que ello es sin perjuicio de las obligaciones que corresponden a las jurisdicciones locales, obras sociales y entidades de medicina prepaga sobre el tema. Declaró, además, que atañe a los jueces buscar soluciones que se avengan con la urgencia que conllevan las pretensiones, para lo cual deben encauzar los trámites por vías expeditivas y evitar que el rigor de las formas pueda conducir a la frustración de derechos que cuentan con tutela de orden constitucional (doctrina de Fallos:327:3127, antes citado)...”.

4. La Corte por mayoría, adhiere a los fundamentos de la Sra. Fiscal, declara procedente el Recurso extraordinario y confirma la sentencia apelada.

ACCIÓN DE AMPARO. COBERTURA DE PRÓTESIS. SENTENCIA ARBITRARIA.

“Vila, Fulgencia c./ Dirección de Bienestar de la Armada” C.S.J.N. 11/07/2006.

La actora promovió amparo contra la Dirección de Bienestar de la Armada (DIBA), solicitando que se le proveyera una prótesis para amputación de la rodilla izquierda. El juez de primera instancia hizo lugar al amparo.

Apelada la sentencia por la accionada, la Cámara Federal de Apelaciones de Mar del Plata, revocó parcialmente dicho pronunciamiento y admitió la demanda sólo hasta el cincuenta por ciento (50%) de lo solicitado.

La sentencia de la alzada se funda en que la demandada no es una obra social ni agente del seguro de salud, por lo cual no está alcanzada por las leyes 22.431 y 24.901, que contienen el sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad.

Contra la sentencia de Cámara, la amparista interpuso Recurso Extraordinario, que fue concedido.

La Corte Suprema, por mayoría, declara procedente el remedio federal y deja sin efecto el decisorio de la Cámara por arbitrariedad de sentencia:

Del Considerando Segundo: “...*Que los agravios del recurrente suscitan cuestión federal bastante para habilitar la vía intentada pues, aun-*

que remiten a la consideración de cuestiones de hecho y derecho procesal, tal circunstancia no es óbice para invalidar lo resuelto como en el caso, la cámara a quo omite toda referencia a actuaciones de la causa, susceptibles de privarla incluso de su competencia apelada para decidir, lo cual la descalifica como acto judicial válido de acuerdo a la conocida doctrina de este Tribunal en materia de sentencias arbitrarias....”.

Del Considerando Tercero: “... *Que, en efecto, la sentencia recurrida omite examinar si los términos de la presentación de fs. 88 y de la documentación allí agregada importaron el cumplimiento de la decisión del a quo que había admitido el amparo. Ello, por cuanto pese a que la demandada afirma tanto en ese escrito como en el de fs. 97 que las referidas actuaciones “sólo hace[n] al cumplimiento de la medida cautelar decretada en autos” (fs. 97 in fine), de las constancias de la causa no resulta que se haya dispuesto medida precautoria alguna (confr. fs. 56/57)...*”.

