



## Salud

**El Programa Médico Obligatorio no puede ser considerado como un “tope excluyente” de toda otra prestación, sino de una “base o piso prestacional” el que puede y debe ser extendido a casos concretos que exijan prestaciones que no estén específicamente contempladas en el PMO y que puedan afectar la vida y la salud de las personas.**

### **R. A. A. c/ Administración provincial del seguro de salud (Apross) s/ Amparo**

En la ciudad de Córdoba a los veintiséis días del mes de febrero del año dos mil trece, se reúnen en audiencia pública los señores Vocales de la Excm. Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Tercera Nominación Dres. Guillermo E. Barrera Buteler, Julio L. Fontaine y Beatriz Mansilla de Mosquera, con el objeto de dictar sentencia definitiva en estos autos caratulados: "R. A. A. C/ ADMINISTRACION PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD (APROSS)-AMPARO -(EXPTE. N°xxxxxxx)", venidos del Juzgado de Primera Instancia y 6° Nominación Civil y Comercial, en virtud del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada a fs. 388/393 contra la Sentencia N°294 de fecha 28/08/12 (fs. 207/234).

El Tribunal sienta las siguientes cuestiones a resolver:

Primera: ¿Es procedente el recurso de apelación interpuesto por A.P.R.O.S.S.?

Segunda: ¿Qué pronunciamiento corresponde emitir?

Conforme lo dispuesto previamente por el Sr. Presidente y de acuerdo al sorteo que en este acto se realiza los señores Vocales emitirán sus votos en el siguiente orden: Dres. Guillermo E. Barrera Buteler, Julio L. Fontaine y Beatriz Mansilla de Mosquera.

A LA PRIMERA CUESTION:

EL SEÑOR VOCAL DOCTOR GUILLERMO E. BARRERA BUTELER DIJO:



1. Mediante Sentencia Nro. 294 del 28 de agosto de 2012, la Sra. Juez de primera grado admitió la demanda instaurada por el actor y, en consecuencia, resolvió: “1. Ordenar a Apros, proceda en el plazo de cinco días de dictada esta resolución, a otorgar cobertura integral del 100% del tratamiento clínico, farmacológicos, kinesiológicos y psicológicos, que irroge la esclerosis múltiple que padece el actor, dentro del marco de la ley 24.901. 2. Imponer las costas a la demandada vencida, atento el principio objetivo de la derrota (art. 130 del C.P.C.). 3. Regular los honorarios de los Dres. J. H. G., F. J. B. y J. C. I., en conjunto y proporción de ley en la suma de pesos .....(\$.... jus), con más la suma de pesos .....s(\$...) en concepto de IVA a favor del Dr. J. H. G.. 4. No regular honorarios en esta oportunidad a la Dra. M. del C. P. en función de lo dispuesto por el art. 26 de la ley 9459. 5. Regular los honorarios de la perito médica oficial Dra. M. A. V., en la suma de pesos ..... (\$... Jus), los que serán a cargo del condenado en costas.” (fs. 234/vta).

2. Dicho pronunciamiento fue apelado por la demandada a fs. 388/393, con base en los agravios que seguidamente se exponen y analizan, tras un esfuerzo superador dada la dificultad que ofrece el escrito en cuestión para precisar su contenido, por la profusión y reiteración de argumentos que realiza la apelante y que, en algunos casos, no () pasan de ser una mera manifestación de desacuerdo con los criterios asumidos por la sentenciante, y en otros, permiten evidenciar una clara confusión provocada –quizás- por la lectura descontextualizada e impropia que relata de ellos.

2.1. De algunos párrafos del escrito que fundamenta la apelación puedo inferir una crítica de la apelante por no haberse agotado la vía administrativa en forma previa a la presentación de la acción de amparo, lo que importaría poner en cuestión la admisibilidad de la vía escogida y, en consecuencia, el análisis de los argumentos recursivos deben comenzar por este punto.

Conforme lo he expresado en anteriores pronunciamientos, coincido con lo resuelto en la sentencia cuestionada porque el art. 43 C.N. excluye por completo la necesidad de agotar previamente la vía administrativa como condición de admisibilidad del amparo, porque no contempla vías previas y únicamente requiere la inexistencia de “otro medio judicial más idóneo”. Es verdad que la idoneidad de las vías alternativas no debe juzgarse únicamente desde la



perspectiva de la celeridad, sino que ésta debe conjugarse y complementarse con la seguridad jurídica y la amplitud al derecho de defensa, pero la naturaleza del derecho que se procura tutelar en el caso concreto hace que aquí adquiera una dimensión especial la celeridad, como único medio de asegurar la tutela judicial efectiva (art. 25, C.A.D.H.).— La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha señalado al amparo como la vía más idónea para reclamar el cumplimiento de prestaciones relativas a la salud, en tanto su objeto es “la preservación de la vigencia de los derechos tutelados por la Ley Fundamental (Conf. El art. 43 de la Constitución Nacional y la doctrina de Fallos: 259:196;; 263:296; 267:165, entre otros y Fallos: 324:3601)” (CSJN, O.59.XXXVIII. Originario, “O., S. B. c/Buenos Aires, Provincia de y otros s/amparo”), siendo el procedimiento judicial más simple y breve para tutelar real y verdaderamente tales derechos (Fallos: 321:2823; 325:292 y sus citas). Y en igual sentido, se ha expedido nuestro Excmo. Tribunal Superior de Justicia local, in re: “L. R. y Cía S.R.L. c. Municipalidad de Bell Ville – Acción de amparo – Apelación – Directo” (Sent. Nro. 135, 24.10.2000).

A este respecto, debo destacar que en sede administrativa la demandada ha explicitado de manera contundente su negativa a dar la cobertura integral en el instituto R. B. ante la petición expresa del Sr. R., posición en la que persiste en esta sede judicial. Por lo tanto, remitir a los amparistas a un trámite administrativo que ab initio se sabe inconducente, es una solución que en general no se compeadece con las exigencias de un adecuado servicio de justicia y con mayor razón en una acción de amparo en la que se pone en juego el derecho a la salud y a la vida misma del amparista (art. 59 Const. Pcial y art. 75 inc. 23 de la C.N.), porque en tales circunstancias es manifiesta la urgencia de satisfacer los requerimientos brindando una tutela judicial efectiva a los derechos fundamentales amenazados (TSJ; Auto Nro. 331, 2009, "Arguello, Marcelo Fabián Y Otro C/ Instituto Provincial de Atención Medica De La Provincia De Córdoba (Ipam) –Amparo Cuerpo (Civil) de Apelación (Expte. N° 1677394/36)".//-

2.2.Las críticas que se refieren concretamente a cuál es la legislación aplicable al caso (nacional o provincial) y a la naturaleza jurídica de A.P.R.O.S.S., esto es, si se trata o no de una obra social, considero que resultan irrelevantes en el caso de autos. En efecto, analizadas las leyes nacionales reseñadas por la primer judicante y la normativa interna de A.P.R.O.S.S., no advierto en esencia



contraposición respecto al alcance de la protección que debe otorgar la demandada con relación a la patología que afecta al Sr. R., dolencia que debe ser tutelada de modo integral, tanto para las normas nacionales como para las locales. Esta conclusión es confirmada por los propios dichos de la demandada y por las constancias adjuntadas a la presente causa (fs. 189).

Es que en realidad considero que el problema surge ante el pedido de autorización del Sr. R. de ser atendido en un centro médico distinto a los incluidos en la nómina de prestatarios con los que la demandada tiene convenio. Pues bien, el art. 14, inc. k, de la ley de creación de APROSS (Ley 9277) prevé que esta institución no otorgará cobertura asistencial ni reconocerá reintegro de gastos cuando se trate de prestaciones y/o servicios realizados por profesionales y/o instituciones no contratadas por APROSS, en cuyo caso, el Directorio podrá reglamentar supuestos excepcionales de reconocimiento parcial o total de tales gastos.

Si bien no surge de manera expresa, resulta claro que es en función de esta prerrogativa que la APROSS resolvió autorizar la atención del paciente por una institución que no pertenece a su cartilla de prestadores (R. B.), pero asumiendo una cobertura limitada al 30% del tratamiento presupuestado, lo que motivó el presente amparo.-

Siendo ello así, a mi modo de ver, no se trata de resolver si corresponde o no aplicar la normativa nacional mencionada al caso de autos. Antes bien, considero que el meollo de la cuestión se sitúa en dilucidar si la resolución dictada en ejercicio de la atribución que confiere el art. 14, inc. k, de la ley de creación del APROSS y normativa concordante, que dio motivo a esta presentación, resulta razonable y, en consecuencia, puede pasar con éxito el test de constitucionalidad o, si por el contrario, nos encontramos ante una inconstitucionalidad por omisión (Bidart Campos, Germán J., "Las omisiones inconstitucionales en la novísima Constitución de la Provincia de Río Negro", E.D. 129-149), en el caso concreto de autos, por no autorizar la cobertura integral del tratamiento presupuestado por ante la clínica R. B..

Ello me lleva necesariamente a analizar el marco jurídico regulatorio del sistema de salud argentino.

2.3. El derecho a la salud se encuentra reconocido en los tratados internacionales con rango



constitucional (art. 75, inc. 22, de la C.N.), conforme lo ha explicitado esta Cámara al resolver la medida cautelar relativa a los presentes actuados, refiriendo a un precedente similar al de autos en el que la Corte Suprema de Justicia de la Nación hizo lugar a la acción entablada, señalando que el derecho a la vida, íntimamente vinculado al derecho a gozar de salud “...es el primer derecho natural de la persona humana preexistente a toda legislación positiva que resulta garantizado por la Constitución Nacional (Fallos: 302:1284; 310:112 y 323:1339) y se encuentra reconocido en los tratados internacionales con rango constitucional (art. 75, inc. 22), entre ellos, el art. 12, inc. c del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; inc. 1, arts. 4 y 5 de la Convención sobre Derechos Humanos -Pacto de San José de Costa Rica- e inc. 1, del art. 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Fallos: 323:1339)” (CSJN, in re: "Asociación de Esclerosis Múltiple de Salta c/ Ministerio de Salud - Estado Nacional s. acción de amparo-medida cautelar", A. 891. XXXVIII -18/12/2003; y en igual sentido, in re: "Asociación Benghalensis c/ Estado Nacional -M.S. y A.S. s/ amparo ley 16.986", Resolución del 01/06/2000. Fallos 323:1323). Ese derecho también se encuentra reconocido por la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (arts. 7 y 11), la Convención Americana de Derechos Humanos (art. 4), la Convención sobre los derechos del Niño (arts. 3, 6, 23, 24, 25, 26 y 29), y la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 25); razón por la cual -continúa ilustrando el máximo cuerpo de justicia- nos encontramos ante “... un derecho implícito, ya que el ejercicio de los derechos reconocidos expresamente requiere necesariamente de él y, a su vez, el derecho a la salud, especialmente cuando se trata de enfermedades graves está íntimamente relacionado con el primero y con el principio de autonomía personal, toda vez que un individuo gravemente enfermo no está en condiciones de optar libremente por su propio plan de vida.” (del precedente citado).

Este derecho, a su vez, encuentra protección expresa en nuestra carta fundamental a partir de su incorporación al art. 42, en el año 1994. Y en idéntica línea, nuestra Constitución Provincial, incluso con antelación, lo consagra expresamente, considerando a la salud como un bien natural y social que genera en los habitantes de la Provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social, y coloca en cabeza del Estado Provincial el deber de garantizarlo mediante acciones y prestaciones; agregando a ello que el sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, e incluye el control de los riesgos biológicos sociales y ambientales de



todas las personas, desde su concepción (art. 59).

Según el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes (NINDS) de E.E.U.U., la esclerosis múltiple es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso caracterizada por la destrucción de la sustancia blanca que recubre los nervios (mielina), que es sustituida por placas de tejido conjuntivo, de tipo cicatricial, afectando la sensibilidad, el movimiento, la coordinación, y los órganos de los sentidos; produce vértigo y problemas en el control de esfínteres, con tendencia a remitir espontáneamente y a cursar con gravedad aumentada a cada nueva aparición ([http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/esclerosis\\_multiple.htm#esclerosis](http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/esclerosis_multiple.htm#esclerosis), consultado el día 21.12.2012). A partir de esta noción, ocioso es señalar que engasta en la protección jurídica antes reseñada desde que su existencia importa una clara merma a la autonomía personal del individuo afectado.

Esta dolencia hace que el accionante quede encuadrado en la categoría de discapacitado, según lo certifica a fs. 69 el Ministerio de Salud de la Provincia y, en consecuencia, resulte beneficiario del mandato que el art. 75, inc. 23, de la CN hace al Estado de "(...) promover medidas de acción positiva que garanticen (...) el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de (...) las personas con discapacidad.". En consecuencia, en el caso de autos, no puedo dejar de considerar el compromiso asumido por el Estado Argentino en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y aprobada por la ley 26.378, de asegurar "... el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. ..." y proporcionar "... los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores." (art. 25).

Esta norma tiene jerarquía superior a las leyes, según lo establecido por el art. 75, inc. 22, de la CN, e impone al Estado el deber de garantizar con medidas de acción positiva los derechos



fundamentales del amparista (art. 75 inc. 23 de la CN).

Ahora bien, en orden a la protección efectiva del derecho a la salud, es claro que si bien se trata de un derecho constitucional operativo y, como tal, tiene “vocación de efectividad”, nos encontramos ante una “operatividad derivada”, porque consagra obligaciones de hacer a cargo del Estado (CSJN, 24.04.2012, “Recurso de hecho in re: Q.C.S.Y. c/Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/Amparo”). En efecto, para su efectivización el Estado debe organizar su propio sistema de salud y, precisamente en este contexto, se inserta la A.P.R.O.S.S. como entidad autárquica del Estado provincial, cuya función es la de organizar y administrar un sistema de seguro de atención médica para los habitantes de la provincia de Córdoba, con el fin de brindar la mayor cobertura y la excelencia en la administración de la atención médica de la salud de la población, mediante coberturas que se obtienen del aporte solidario de todos sus afiliados, mejorando día a día las coberturas asistenciales y eliminando el pago de plus adicionales (<http://www.apross.gov.ar/institucional.asp>, consultado el 13.12.2012). Afín con la temática analizada y para cumplir tal cometido, el Decreto Nro. 2259/72 y la Resolución Nro. 105/2005 (que establece su propio sistema de atención integral de discapacitados -S.A.I.D.- Nomenclador de prestaciones – prestaciones educativas – Aprobación), determinan el sistema general de cobertura prestacional a la cual tienen derecho los afiliados de APROSS, quienes cuentan con las prestaciones que obligatoriamente se brindan de acuerdo con un modelo de atención médica que esta institución establece, en el que se encuentra enunciado un listado de prestadores con los que esta institución ha firmado convenios.

Pero estas prestaciones y lista de prestadores no pueden agotar la gama, si en los casos concretos se logra probar que el afiliado enfermo presenta un cuadro de gravedad y precisa un tratamiento específico que no se encuentra dentro del espectro de las prestaciones o prestadores contemplados. Acerca del alcance de las coberturas pre-establecidas, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha entendido que “... la limitación en la cobertura debe ser entendida como un “piso prestacional”, por lo que no puede, como principio, derivar en una afectación del derecho a la vida y a la salud de las personas que tiene jerarquía constitucional...” (Fallos 323:1339). Y en igual sentido, aunque con relación al programa médico obligatorio, la jurisprudencia nacional ha señalado que “El sólo hecho de no encontrarse incluido el tratamiento referido dentro de los que



está obligado a cubrir la Obra Social no obsta que se ordene su cobertura, en atención a la especial situación que se valore en la causa y en cumplimiento de las normas internacionales precitadas. En tal sentido, cabe puntualizar que no es óbice para viabilizar (su) operatividad, el hecho de que dicha prestación no esté contemplada en el 'vademécum' del Programa Médico Obligatorio, puesto que el mismo no puede ser considerado como un "tope excluyente" de toda otra prestación, sino de una "base o piso prestacional" el que puede y debe ser extendido a casos concretos que exijan prestaciones que no estén específicamente contempladas en el PMO y que puedan afectar la vida y la salud de las personas" (Cámara Federal de Córdoba, 9 de Mayo de 2012, autos caratulados: "G, N R c/ Galeno Argentina S. A. y otro – Amparo"). En tal sentido, también se ha resuelto que "(...) el propio Estado Nacional ha caracterizado el programa implementado diciendo: a) constituye un piso básico de prestaciones; b) es mutable y se nutre de las nuevas técnicas y c) tiene un fin integral que supera el mero sufragio económico de la práctica médica". (C.C.C., Sala III, Lomas de Zamora, 26/05/2009, Sent. N° 79, Causa N° 642, "Di Giacomo, J. Manuel c/ Medicus S.A. – Amparo).

Lo expuesto, claramente debe hacerse extensivo a los casos en que los profesionales de la salud recomienden iniciar o continuar un tratamiento médico en una institución determinada que no se encuentra incluida en la lista de los prestadores que han suscripto convenio con la administración, tal y como sucede en el caso concreto de autos (Vide.: fs. 161/164).//-

Por lo tanto, habré de verificar si en el caso traído a decisión, el ejercicio que han hecho las autoridades de A.P.R.O.S.S. de la potestad discrecional que otorga el art. 14, inc. k, de la ley 9277, afecta o no el derecho a la salud del afiliado amparista, en cuanto sólo cubre parcialmente el tratamiento recomendado por los médicos en la clínica R. B.; conclusión ésta que surgirá del análisis que seguidamente efectuaré de las probanzas arrimadas a autos.

2.4. En este acápite valoraré también la procedencia (o no) del agravio que se dirige a cuestionar la merituación que la Iudex a quo acerca ha efectuado de la prueba producida en autos.

La Sra. juez de sentencia ha merituado en primer lugar los certificados médicos obrantes a fs. 11/12, que determinan la necesidad del amparista de contar con un tratamiento de rehabilitación



continua y eficiente, que se desarrolla en la Clínica R. B., Tanti - Córdoba, lo que ha sido corroborado por el informe pericial obrante a fs. 158/164, según el cual, por el tipo de esclerosis múltiple que padece y describe, el paciente debe continuar el tratamiento de neurorehabilitación, kinésica, permanente, fonoaudiológica, terapia ocupacional, tratamiento psicológico intensivo, en la institución donde ya viene siendo atendido y contenido (Vide.: fs. 161 y 163). Añade a su valoración, la actitud asumida por las partes, indicando que mientras la A.P.R.O.S.S. sólo se ha limitado a mantener la postura sustentada previo al inicio de la acción, sin haber alcanzado algún elemento adicional, el amparista ha proporcionado informes médicos que han explicitado en este breve proceso (los que han sido corroborados por la prueba pericial médica) los fundamentos por los que considera que debe otorgarse cobertura del 100%, de acuerdo a la incapacidad que padece el actor. Finalmente, concluye en que la documentación aportada (la cual no ha sido negada por la demandada) ha sido contundente para demostrar, en este caso puntual, el estado de incapacidad del amparista y la necesidad de cobertura del tratamiento clínico, farmacológicos, kinesiológicos y psicológicos, que irroge el tratamiento de esclerosis múltiple al 100%.

Por su parte, la queja de la apelante se circunscribe a señalar que la iudex a quo no evaluó seriamente los antecedentes que obran en la causa y, mucho menos, los glosados por su parte, ya que sólo se ha limitado a hacer referencia al libelo inicial y la documental acompañada por la contraria en dicha oportunidad, siendo que –afirma- resulta inexorable la evaluación, no sólo de las manifestaciones vertidas por su parte en el informe del art. 8 donde expone el cuadro normativo al que ella y sus afiliados se encuentran obligados (plexo normativo que ni siquiera fue requerido ni tampoco declarado inconstitucional –conservando su plena vigencia-), sino también que la A.P.R.O.S.S. ofrece cobertura integral para las prestaciones requeridas por el afiliado, lo que le fue informado y puesto de manifiesto por el perito de control propuesto por su parte a fs. 190 donde informa que considera que el afiliado debe continuar con el actual tratamiento de rehabilitación y que para ello A.P.R.O.S.S. posee prestadores que se encuentran en las mismas condiciones que la Clínica R. B. para brindar esas prestaciones. A tal efecto –afirma- adjuntó el listado correspondiente a fs. 189, sin que haya sido impugnado por la contraria pese a tener conocimiento de estas actuaciones y operando ya la preclusión procesal.

Pero esta queja, en mi criterio, no puede ser atendida porque, mal que le pese a la apelante, el



simple listado confeccionado y adjuntado por su parte haciendo saber de la existencia de prestadores de A.P.R.O.S.S., con la afirmación unilateral –ya que el perito de parte no deja de tener ese carácter- de que se encontrarían en iguales condiciones y prestarían idéntica atención al paciente, no tiene idoneidad suficiente para generar convicción en contra, desvirtuando los diversos elementos probatorios adjuntados por la parte actora, de los que surge que ésta precisa la atención médica que está recibiendo y que ella debe continuar efectuándose en la institución en que se encuentra.

Tampoco puede ser atendido el agravio que alude al error de la sentenciante en orden a la impugnación de la prueba aportada por la parte actora, porque los certificados médicos a los que ella refiere no pueden ser impugnados por la vía del art. 192 del C.P.C. y C. como pretende la apelante, por constituir –como ella misma indica- documentos de terceros o, lo que es igual, el testimonio escrito sobre el estado de salud del paciente emitido por quien tiene conocimientos específicos. Pero más allá de ello, considero decisivo el hecho de que las circunstancias de las que dan cuenta estos certificados fueron constatadas mediante la producción de prueba pericial debidamente diligenciada y adjuntada a autos, cuyo valor convictivo –reitero- no ha logrado ser desvirtuado con prueba suficiente en contrario.

A más de ello, en mi opinión, se han acreditado los dos extremos exigibles para la procedencia del amparo; estos son: el dato fáctico de la enfermedad del amparista, que afecta decididamente su autonomía personal y la idoneidad de la pretensión médica a la que se aspira. En efecto, justipreciada en conjunto la prueba aportada a la causa, arribo a la convicción de la efectiva existencia de la enfermedad que afecta al paciente, como así también, de su gravedad y de la aptitud del tratamiento requerido para subsanarla ante la clínica en la que está siendo atendido en la actualidad, siendo además nocivo por las características de la patología que afecta al paciente su traslado a otra institución en esta instancia (Vide.: informe de pericia oficial, fs. 161/164).

Se ha dicho ya que el derecho a la salud es, según la C.S.J.N., un derecho de operatividad derivada, en tanto requiere para su efectividad de la adopción de decisiones instrumentales de carácter discrecional (políticas, planes, programas, etc.). Tanto la Constitución Nacional como la Constitución Provincial han confiado a los poderes políticos la competencia para tomar esas



decisiones que exceden claramente el ámbito jurisdiccional, pero ellas y su aplicación efectiva se encuentran sujetas al control de razonabilidad por parte del Poder Judicial y “la razonabilidad significa ... que, sin perjuicio de las decisiones políticas discrecionales, los poderes deben atender a las garantías mínimas indispensables para que una persona sea considerada como tal en situaciones de extrema vulnerabilidad” (C.S.J.N., 24.04.2012, Recurso de hecho in re: Q. C. S. Y. c/Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/Amparo).

En este contexto, considero que no puede ponerse en duda que la dolencia que sufre el amparista lo coloca en situación de extrema vulnerabilidad. Además, es claro que la decisión de A.P.R.O.S.S. de cubrir sólo el 30% del tratamiento presupuestado no atiende las garantías mínimas indispensables, máxime si se tiene en cuenta el costo del tratamiento y los ingresos del amparista (fs. 278).

En este estado de cosas, el único modo en que la A.P.R.O.S.S. puede cumplir con la finalidad tenida en miras al tiempo de su creación y, con posterioridad, al dictar la Resolución 105/2005, es reconocer la cobertura del 100% que requiere el amparista conforme al presupuesto emitido por la clínica R. B..

A mayor abundamiento, considero apropiado al caso señalar que APROSS, en tanto entidad autárquica del Estado Provincial, ha asumido un verdadero compromiso social que importa garantizar en la toma de sus decisiones una adecuada e integral atención de las patologías que afectan el estado de salud de los afiliados y obstaculizan o impiden su desarrollo con autonomía, y procurar al paciente la cobertura total del tratamiento pertinente de modo de asegurar su rehabilitación o, al menos, proporcionarle condiciones dignas que le permitan un nivel aceptable de vida. Por lo tanto, mal pudo decidir la demandada otorgar una autorización para realizar el tratamiento pertinente ante una institución distinta a la de sus prestadores cubriendo sólo un porcentaje escaso (30%) bajo el pretexto de que ese es el monto de la prestación requerida “a valores A.P.R.O.S.S.” sin demostrar la razonabilidad de tales valores. Si la demandada –como afirma- entendía que idénticos tratamientos podían realizarse ante institutos con los que existían convenios, sin que exista menoscabo de la cobertura y, con ello, afectación o imposibilidad de acceder efectivamente a la prestación, debió haber rechazado de plano el pedido de cobertura por



una institución no comprendida en la nómina de prestadores, con aquel fundamento y adecuada acreditación.

La responsabilidad social asumida por la A.P.R.O.S.S. importa de su parte una actitud de apoyo a la realización de tratamientos integrales de salud, conforme lo exige su propia ley de creación y demás regulación interna cuya aplicación reclama la apelante al caso de autos; obligación ésta que asume mayor grado de exigibilidad cuando se trata de cuadros de gravedad en enfermedades de alto riesgo y de baja incidencia, como sucede en el caso de marras. Por tal motivo, no puede desentenderse de este compromiso sin transgredir aquella normativa y, más grave aún, dejar vacía de operatividad la normativa de rango constitucional a la que aquella reglamenta.

Dicho en otros términos, si conforme a su partida presupuestaría la demandada no podía efectuar la cobertura integral del tratamiento ante la Fundación R. B. –cuestión que no ha acreditado en esta causa-, y contaba según sus dichos con prestadores que podían realizarlo en idénticas condiciones –lo que tampoco ha acreditado-, debió rechazar en sede administrativa ese pedido del Sr. R. dándole la opción de recibirlo en otra institución de características similares con cobertura del cien por ciento, asegurando de este modo la cobertura integral del tratamiento.

Lo hasta aquí resuelto torna innecesario ingresar al análisis del agravio que dirige la apelante contra el carácter de obra social que le adjudica la primer judicante y que su parte niega.

5. Las costas deben imponerse a la demandada en virtud del principio objetivo de la derrota (art. 130 C.P.C.). Como consecuencia de ello, corresponde fijar el porcentaje para regular los honorarios, por las tareas en esta instancia, de los Dres. F. J. B., J. H. G. y J. C. I., en conjunto, en el 10% de cinco puntos sobre el mínimo que corresponda a la escala del art. 36 de la ley 9459 (arts. 26, 36, 39, 40 y 83, inc. 1º, L.A.).

Así voto.

EL SEÑOR VOCAL DOCTOR JULIO L. FONTAINE DIJO:



Adhiero al voto del Dr. Guillermo E. Barrera Buteler

LA SEÑORA VOCAL DOCTORA BEATRIZ MANSILLA DE MOSQUERA DIJO:

Adhiero a las conclusiones arribadas por el Sr. Vocal de primer voto.

A LA SEGUNDA CUESTION:

EL SEÑOR VOCAL DOCTOR GUILLERMO E. BARRERA BUTELER DIJO:

En mérito a lo antes expuesto y de obtener mayoría, propongo al acuerdo:

- I. Rechazar el recurso de apelación interpuesto por A.P.R.O.S.S. y, en consecuencia, Confirmar el resolutorio apelado en todo cuanto decide, con costas (art. 130 CPC y C)
  
- II. Fijar el porcentaje para regular los honorarios correspondientes a los Dres. F. J. B., J. H. G. y J. C. I., en conjunto, por las labores en esta instancia, en el 10% de cinco puntos sobre el mínimo que corresponda a la escala del art. 36 de la ley 9459 (arts. 26, 36, 39, 40 y 83, inc. 1º, L.A.)

EL SEÑOR VOCAL DOCTOR JULIO L. FONTAINE DIJO:

Adhiero al voto del Sr. Vocal preopinante.

LA SEÑORA VOCAL DOCTORA BEATRIZ MANSILLA DE MOSQUERA DIJO:

Adhiero a las conclusiones arribadas por el Sr. Vocal Dr. Guillermo E. Barrera Buteler.

Por el resultado de los votos que anteceden el Tribunal RESUELVE:

- I. Rechazar el recurso de apelación interpuesto por A.P.R.O.S.S. y, en consecuencia, confirmar el



resolutorio apelado en todo cuanto decide, con costas (art. 130 CPC y C).

II. Fijar el porcentaje para regular los honorarios correspondientes a los Dres. F. J. B., J. H. G. y J. C. I., en conjunto, por las labores en esta instancia, en el 10% de cinco puntos sobre el mínimo que corresponda a la escala del art. 36 de la ley 9459 (arts. 26, 36, 39, 40 y 83, inc. 1º, L.A.).

Protocolícese, hágase saber y bajen.

Fdo.: Guillermo E. Barrera Buteler - Julio L. Fontaine - Beatriz Mansilla de Mosquera