

Suprema Corte:

-I-

La Sala “E”, de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, confirmó la resolución del la juez de grado de fs. 299/232, que había admitido la demanda de amparo y, en consecuencia, 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 (v. fs. 278/281).

Para así decidir, señaló que la ley 24.754 prescribe que las empresas o entidades que prestan servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.445 y sus respectivas reglamentaciones. Por otra parte –prosiguió- la ley 24.431, establece un régimen de protección integral de las personas discapacitadas, y la ley 24.901, instituye un sistema de prestaciones básicas de atención a favor de estas personas, disponiendo que las obras sociales tendrán a su cargo con carácter obligatorio la cobertura total de las prestaciones enunciadas en la ley.

Destacó que, en el caso, no está discutido que el menor, que ahora tiene 17 años, padezca de una parálisis cerebral severa, la que está debidamente acreditada con el certificado de fs. 30/31, expedido de conformidad con lo dispuesto por el artículo 3° de la ley 22.431. Puntualizó que se encuentra explicado en la causa que la afección que reviste el menor se expresa como cuadripresia espástica, retraso global del neurodesarrollo y epilepsia. Tras referirse a diversas constancias de autos, expresó que la demandada no pudo pretender que la parte acudiera a otra

vía cuando ya había agotado la instancia administrativa con resultado negativo y la urgencia del requerimiento así lo amerita..

Coincidió con la juez de grado en que las prestaciones requeridas se encuentran contempladas en los artículos 15, 18, 19, 27 y concordantes de la ley 24.901. Dijo que, asimismo, la ley 25.404, de protección y garantías para personas que padezcan epilepsia, prescribe que las prestaciones médico asistenciales a que hace referencia quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio del Ministerio de Salud.

Juzgó que si la demandada aceptó la aplicación de la ley 24.754, no puede alegar que la ley 24.901 no le es aplicable, y ello por cuanto las prestaciones que reconoce el Programa Mínimo Obligatorio no constituye un elenco cerrado e insusceptible de ser modificado con el tiempo en beneficio de los afiliados. Sostuvo que la interpretación que propugna la demandada importaría en los hechos excluir aquellos que precisamente optaron por adherir a un sistema con la expectativa de contar con la mejor y más amplia cobertura a la que sus posibilidades económicas les permita acceder.

-II-

Contra este pronunciamiento la parte demandada interpuso el recurso extraordinario de fs. 284/302 vta., cuya denegatoria de fs. 314, motiva la presente queja.

Tacha de arbitraria a la sentencia y reprocha, en primer lugar, que no se tuvieron en cuenta las cláusulas contenidas en el contrato celebrado entre las partes, ni las disposiciones que contienen el Reglamento General y el plan al que se afiliaron los amparistas. En especial –prosigue- omitió analizar la incorporación al Reglamento General del CEMIC de prestaciones dispuestas por el Programa

Médico Obligatorio aplicable a las entidades de medicina prepaga, aprobado por Resolución 247/96 del Ministerio de Salud. Expone que tampoco consideró que la ley 24.754, no menciona a las leyes 22.431, 24.901 y 25.404, ni otorgó facultad alguna al Ministerio de Salud ni a la Superintendencia de Servicios de Salud para crear, ampliar, modificar o incorporar en el futuro prestaciones médicas obligatorias para las entidades de medicina prepaga, ni las designó como autoridades de aplicación de dicha ley, ni las facultó para ejercer el control de su cumplimiento por parte de éstas. Esta es la razón por la cual todas las resoluciones y normas que se dictaron con posterioridad a la ley 24.754 para las Obras Sociales no le resultan aplicables.

Sostiene que esta ley no se refiere a las prestaciones sociales (como pañales y sillas de ruedas), con lo cual es evidente que la Alzada realizó una actividad legislativa vedada a los jueces por la Constitución Nacional.

Reitera que el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Servicios de Salud, no constituyen autoridades de aplicación de la ley 24.754, y alega que, para el caso hipotético que así se entendiere, deberá considerarse lo prescripto por el punto 7.5 del Anexo I del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), resolución N° 201/2002 del Ministerio de Salud, que reemplaza –según la recurrente- a la Resolución N° 939/00. La citada disposición establece que tendrán cobertura del 100% con financiamiento del Fondo Solidario de Redistribución los Programas Especiales de la Administración de Programas Especiales (APE) y los programas comprendidos en leyes de protección de grupos vulnerables (el subrayado es de la recurrente). De ello infiere que resulta injusto obligar a las entidades de medicina prepaga a otorgar por sí solas una cobertura que hoy sólo prestan Obras Sociales con subsidios estatales, a los que CEMIC no puede acceder.

Con respecto a los fundamentos del fallo en torno a lo dispuesto por la Constitución Nacional y en tratados internacionales en cuanto a la vida y la salud, afirma que es el Estado el único obligado a preservar la salud de la población y adoptar las medidas necesarias tendientes a ello, y que el incumplimiento de deberes a su cargo, no puede ser fuente de obligaciones civiles para los particulares.

-III-

Cabe tener presente, en primer lugar, que en virtud de la ley 24.754, cuya constitucionalidad no ataca la recurrente, las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, prestaciones entre las que se encuentran las establecidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Dicho PMO fue aprobado mediante la Resolución General 247/96 del Ministerio de Salud (e incorporado al Reglamento General del CEMIC, según lo reconoce la apelante), entendiéndose por tal, el régimen de Asistencia Obligatoria para todas las Obras Sociales del sistema de las Leyes 23.660 y 23.661.

Precisamente esta última ley, en su artículo 28, establece que los agentes de seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la autoridad de aplicación establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo a lo normado por la Secretaría de Salud de la Nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, *“dentro de las cuales deberán incluirse todas aquellas que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas”*. En este marco, resulta inaceptable la impugnación de la recurrente en orden a desconocer la facultad del Ministerio de Salud y Acción Social para disponer prestaciones

médicas obligatorias, del mismo modo que deviene inconducente la circunstancia de que las prestaciones en cuestión fueran impuestas con posterioridad a la asimilación de las entidades de medicina prepaga a las obras sociales.

Corresponde señalar, además, que el artículo 2° de la ley 24.901, prescribe que las obras sociales, comprendiendo en tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1° de la ley 23.660, tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas discapacitadas afiliadas a las mismas. Al tener presente que el inciso “h”, del artículo 1°, de la ley 23.660, menciona a “toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido en la presente ley”, y que la ley 24.754 impone a las entidades de medicina prepaga cubrir las mismas prestaciones obligatorias que las obras sociales, no cabe sino concluir que estas entidades deben cubrir todas las prestaciones de la ley 24.901.

Cabe agregar, a todo evento, la Resolución 939/00 del Ministerio de Salud (del mismo carácter que la 247/96 cuyos beneficios, como se ha visto, la apelante reconoce haber incorporado al Reglamento General de la Institución), en su Anexo I, bajo los subtítulos “Programa Médico Obligatorio” – “Definición”, estableció que: *“Es el Programa de Salud de cumplimiento obligatorio para todos los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y aquellos que en el futuro adhieran al mismo. Se desarrolla sobre la base de estrategias de Atención Primaria de la Salud, privilegiando las acciones de prevención. Se encuentra alcanzado por lo establecido en las leyes 24.455 y 24.901, en los Decretos 1424/97 y 1193/98 y en las Resoluciones MSYAS 625/97, 301/99, 542/99 y 791/99...”* No dejo de advertir que la Resolución 201/2002 del Ministerio aludido, en su artículo 5°, suspendió los efectos de la resolución 939/00, mas ello no altera el aspecto conceptual del

Programa Médico Obligatorio definido en esa norma y transcripto precedentemente. En efecto, en los considerandos de la citada Resolución 201/2002, segundo párrafo, se expresa que el decreto 486/2002 (que declaró la Emergencia Sanitaria en todo el país) faculta al Ministerio de Salud para definir en un plazo de treinta días, en el marco del Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) aprobado por resolución 939/2000 del citado Ministerio y sus modificaciones, las prestaciones básicas esenciales que comprende la emergencia sanitaria. Y más adelante, en el Anexo II, de la Resolución 201/2000, bajo el título “Catálogo de Prestaciones”, en el último párrafo se establece que *“La prácticas aquí normatizadas son aquellas que fueron definidas en la resolución 939/2000 MS y fueron evaluadas por el Equipo de Evaluación de Tecnología Sanitaria que sobre la base de la metodología de Medicina Basada en la Evidencia ha analizado la literatura nacional e internacional, comparando con Agencias de Evaluación de Tecnología y las políticas de cobertura de otros países del mundo(...).* (los subrayados me pertenecen).

En conclusión, sobre la base del plexo normativo precedentemente examinado, no cabe sino razonar que las personas afectadas con discapacidad se encuentran incluidas en las prestaciones básicas de habilitación y rehabilitación incorporadas por el Programa Médico Obligatorio, cuyas prestaciones resultan imperativas para las entidades de medicina prepaga.

Con relación a los agravios relativos a la omisión de tener en cuenta las cláusulas contractuales, y a que las entidades de medicina prepaga deben cubrir las prestaciones médicas, y no las sociales, procede recordar que el Tribunal tiene establecido que, si bien la actividad que asumen las empresas de medicina prepaga presenta rasgos mercantiles (arts. 7 y 8, inc. 5 del Código de Comercio), en tanto ellas tienden a proteger las garantías a la vida, salud, seguridad e integridad de las

personas, adquieren también un compromiso social con sus usuarios, que obsta a que puedan desconocer un contrato, o, como ocurre en el sub-lite, invocar sus cláusulas para apartarse de obligaciones impuestas por la ley (v. doctrina de Fallos:325:676), so consecuencia de contrariar su propio objeto que debe efectivamente asegurar a los beneficiarios las coberturas tanto pactadas como legalmente establecidas (v. doctrina de Fallos: 324:677). Ha dicho, asimismo, que la ley 24.754 representa un instrumento al que recurre el derecho a fin de equilibrar la medicina y la economía, puesto que pondera los delicados intereses en juego, integridad psicofísica, salud y vida de las personas, así como también que más allá de su constitución como empresas los entes de medicina prepaga tienen a su cargo una trascendental función social que está por encima de toda cuestión comercial (v. doctrina de Fallos: 324:754, voto del Dr. Adolfo Roberto Vázquez).

Finalmente, en cuanto a la aseveración de la apelante en el sentido de que el Estado es el único obligado a preservar la salud de la población y adoptar las medidas tendientes a ello, no puede escapar a este examen, en primer término, que la protección y la asistencia integral a la discapacidad constituye una política pública de nuestro país; y, en segundo, que lo decidido en el sub lite compromete el “interés superior” de un menor, cuya tutela encarece, elevándolo al rango de principio, la Convención Sobre los Derechos del Niño (v. Fallos: 318:1269; 322:2701; 323:854, 2021; 2388; 3229; 324:122, 908, 1672) de jerarquía constitucional con arreglo al artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional (v. Fallos: 318:1269; 319:3370; 320:1292; 322:328; 323:854; 325.292). A este respecto, conviene recordar que los menores, máxime en circunstancias en que se encuentra comprometida su salud y normal desarrollo, a más de la especial atención que necesitan de quienes están directamente obligados a su cuidado, requieren también la de los jueces y de la sociedad toda. De allí que la consideración primordial del interés del niño viene, por

una parte, tanto a orientar como a condicionar la decisión de los jueces llamados al juzgamiento en estos casos (v. doctrina de Fallos: 322:2701 y 324:122, entre otros), y por otra, no admite que pueda ser dejada de lado por una entidad de medicina prepaga, so pretexto de atenerse estrictamente a cláusulas contractuales y sostener que el Estado es el único obligado a resguardar la salud de la población. Ello es así, pues, ante la iniciativa personal del particular que se abona a un sistema de medicina prepaga o afilia a una obra social, le corresponde al Estado no satisfacer la prestación en forma directa, sino vigilar y controlar que las prestadoras cumplan su obligación (v. doctrina de Fallos: 324:754, voto del Dr. Adolfo Roberto Vázquez). Asimismo, a partir de lo dicho 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.

Por ello, y demás razones expuestas al dictaminar en el día de la fecha in re: A. 804, L. XLI, Recurso de hecho deducido por Giselle M. Arvilly por sí y por su hija menor Julieta Crupnik en los autos “Arvilly, Giselle Marina c/ Swiss Medical S.A.”, opino que debe desestimarse la presente queja.

Buenos Aires 14 de febrero de 2006.

MARTA A. BEIRO DE GONÇALVEZ

Es copia

Buenos Aires, 28 de agosto de 2007

Vistos los autos: "Recurso de hecho deducido por la demandada en la causa Cambiaso Péres de Nealón, Celia María Ana y otros c/ Centro de Educación Médica e Investigaciones Médicas", para decidir sobre su procedencia.

Considerando:

1°) Que contra la sentencia de la Sala E de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil que, al confirmar la de primera instancia, declaró admisible la acción de amparo y, asimismo, condenó al Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC) a otorgar al menor Pedro Nealón, en su condición de afiliado, sin topes ni límites, la medicación psiquiátrica solicitada en autos, 120 pañales descartables mensuales, y una silla de ruedas con arnés de tronco, apoya pies y sostén cefálico, con chasis ultraliviano y plegable, la demandada interpuso el recurso extraordinario cuya denegación dio lugar a la presente queja.

2°) Que respecto de los agravios relativos a la admisibilidad de la acción de amparo, el recurso extraordinario es inadmisibile (art. 280 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación).

3°) Que una conclusión opuesta se impone en cuanto la recurrente cuestiona los alcances de sus obligaciones legales respecto de las personas con discapacidad, pues ello pone en juego la inteligencia y aplicación de normas de carácter federal, en las que aquélla sustenta los derechos que, según lo entiende, le fueron desconocidos (art. 14.3 de la ley 48).

Cabe recordar, con todo, que en el tratamiento de las cuestiones federales, la Corte no se encuentra limitada por las argumentaciones de las partes ni por las del *a quo*, sino que le incumbe efectuar una declaración sobre el punto (Fallos: 308:647; 312:2254; 323:1406 y 325:860, entre muchos

otros).

4°) Que, en tal sentido, el art. 1 de la ley 24.754 establece que *"las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias' dispuestas para las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455 y sus respectivas reglamentaciones"*.

A su turno, el art. 28 de la citada ley 23.661, inserto en el Capítulo VI "De las prestaciones del seguro", dispone que *"los agentes del seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ANSSAL establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo a lo normado por la Secretaría de Salud de la Nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, dentro de las cuales deberán incluirse todas aquellas que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas. Asimismo, deberán asegurar la cobertura de medicamentos que las aludidas prestaciones requieran"*.

5°) Que las dos normas transcriptas esclarecen la presente cuestión. En efecto, la demandada reconoce que se encuentra compelida a satisfacer las prestaciones obligatorias previstas en el Programa Médico Obligatorio. Empero, sostiene que por dicho programa sólo debe entenderse el aprobado por la resolución 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social, vigente al momento de la sanción de la ley 24.754, en 1996, y no sus modificaciones posteriores. Sin embargo, resulta claro que el recordado art. 28 de la ley 23.661 descalifica esta defensa, toda vez que previó *expressis verbis* que el programa de prestaciones obligatorias se "actualizará periódicamente".

Esta modalidad, por lo demás, encuentra explicación,

entre muchas otras razones, en que el sistema de la ley 23.661 tiene como "...objetivo fundamental 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" (art. 2), con lo cual, en buena medida, este cuerpo legal, al que remite la ley 24.754, se comunica con los derechos de toda persona "al disfrute del más alto nivel posible de salud..." y "...a una mejora continua de las condiciones de existencia...", enunciados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (arts. 12.1 y 11.1), en vigor desde 1986 (ley 23.313), y que cuenta con jerarquía constitucional a partir de 1994 (Constitución Nacional, art. 75.22).

6°) Que esta actualización de las prestaciones obligatorias para las obras sociales y que, por intermedio de la ley 24.754, alcanza a las entidades de medicina prepaga, no por haber sido confiada por el legislador al impulso de la autoridad de aplicación excluye la que aquél mismo pueda producir. Esto es lo ocurrido, precisamente, con la ley 24.901 que establece el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, y, a la par, retoma, en orden a estas últimas, lo preceptuado en el transcripto art. 28. Luego, la ley 24.901, al no introducir salvedad alguna que la separe del marco de ley 24.754, debe ser interpretada en el sentido que, en cuanto determina prestaciones del carácter aludido respecto de las obras sociales, comprende a las mentadas entidades a la luz del concepto amplio "médico asistencial" a que se refiere el art. 1° de la ley 24.754. La interpretación armónica del plexo normativo enunciado es la que mejor representa la voluntad del legislador respecto a la protección del derecho a

la salud, conforme lo dispuesto por el art. 75 incs. 22 y 23 de la Constitución Nacional.

7°) Que en el presente juicio de amparo al igual que fue destacado en el precedente de Fallos: 324:677, la parte actora, situada como consumidora en una posición de subordinación estructural y urgida ciertamente de tutela, acude por esta vía sumaria ante los tribunales de justicia postulando, en definitiva, que so pretexto de un argumento de autonomía contractual, la demandada le ha negado la cobertura médico asistencial requerida. Y reclama, por este medio, la protección de su derecho a la salud anudados a situaciones de subordinación negocial determinadas tanto por el hecho de la "adhesión" como del "consumo".

Esta última circunstancia —la adhesión a cláusulas predispuestas de una empresa y la existencia de un servicio prestado para un consumidor final— indica que debe darse tanto a la ley cuya interpretación se discute como al contrato que vincula a las partes, entre todos los sentidos posibles, el que favorezca al consumidor de conformidad con el art. 42 de la Constitución Nacional y los arts. 3 y 37 de la ley 24.240 de Defensa del Consumidor (v. Fallos: 324:677).

8°) Que, en suma, para lo que interesa a la solución del aspecto *sub examine*, cabe concluir en que, por imperio del art. 1 de la ley 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 art. 28 de la ley 23.661. Y también, en lo que atañe a las personas con discapacidad, todas las que requiera su rehabilitación (art. 28 cit.), así como,

en la medida en que conciernan al campo médico asistencial enunciado en el art. 1 de la ley 24.754, las demás previstas en la ley 24.901. Todo ello, sin perjuicio de la obligación de asegurar la cobertura de medicamentos que requieran las prestaciones obligatorias, contemplada en la última parte del reiteradamente citado art. 28.

9°) Que, en este orden de ideas, es oportuno recordar que les corresponde a las mencionadas empresas o entidades "efectivamente asegurar a los beneficiarios las coberturas tanto pactadas como legalmente establecidas (v. art. 1, ley 24.754)", máxime cuando no debe olvidarse que si bien la actividad que asumen pueda representar determinados rasgos mercantiles "en tanto ellas tienden a proteger las garantías constitucionales a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas (v. arts. 3, Declaración Universal de Derechos Humanos; 4 y 5, Convención Americana sobre Derechos Humanos y 42 y 75, inc. 22, de la Ley Fundamental), también adquieren un compromiso social con sus usuarios", que obsta a que puedan desconocer un contrato, o, como ocurre en el *sub-lite*, invocar sus cláusulas para apartarse de obligaciones impuestas por la ley (v. doctrina de Fallos: 324:677), so consecuencia de contrariar su propio objeto que debe efectivamente asegurar a los beneficiarios las coberturas tanto pactadas como legalmente establecidas (v. doctrina de Fallos: 324: 677). Ha dicho, asimismo, que la ley 24.754 representa un instrumento al que recurre el derecho a fin de equilibrar la medicina y la economía, puesto que pondera los delicados intereses en juego, integridad psicofísica, salud y vida de las personas, así como también que más allá de su constitución como empresas los entes de medicina prepaga tienen a su cargo una trascendental función social que está por encima de toda cuestión comercial ("Sartori" Fallos: 328:4747, disidencia de los jueces Fayt y

Maqueda).

10) Que, resuelta la cuestión federal en juego, cabe señalar que la determinación de si las prestaciones reclamadas en el presente caso se adecuan al marco legal indicado, es tema de hecho y prueba relativo a la relación entre aquéllas y las circunstancias que rodean a la persona con discapacidad reclamante, que ha sido juzgado en términos no susceptibles del calificativo de arbitrarios, lo cual pone a la cuestión fuera de los alcances de esta instancia extraordinaria.

Por ello, y lo concordemente dictaminado por la señora Procuradora Fiscal subrogante, se hace lugar parcialmente a la queja y al recurso extraordinario, y se confirma la sentencia apelada con los alcances indicados, con costas (art. 68 del código citado). Devuélvase el depósito (fs. 1), agréguese la queja al principal, hágase saber y, oportunamente, remítase.

RICARDO LUIS LORENZETTI (en disidencia)- ELENA I. HIGHTON de NOLASCO (en disidencia)- CARLOS S. FAYT - ENRIQUE SANTIAGO PETRACCHI (según su voto)- JUAN CARLOS MAQUEDA - E. RAUL ZAFFARONI (según su voto)- CARMEN M. ARGIBAY(en disidencia).

ES COPIA

VO-//-

-//--TO DE LOS SEÑORES MINISTROS DOCTORES DON ENRIQUE SANTIAGO
PETRACCHI Y DON E. RAÚL ZAFFARONI

Considerando:

1°) Que contra la sentencia de la Sala E de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil que, al confirmar la de primera instancia, declaró admisible la acción de amparo y, asimismo, condenó al Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC) a otorgar al menor Pedro Nealón, en su condición de afiliado, sin topes ni límites, la medicación psiquiátrica solicitada en autos, 120 pañales descartables mensuales, y una silla de ruedas con arnés de tronco, apoya pies y sostén cefálico, con chasis ultraliviano y plegable, la demandada interpuso el recurso extraordinario cuya denegación dio lugar a la presente queja.

2°) Que respecto de los agravios relativos a la admisibilidad de la acción de amparo, el recurso extraordinario es inadmisibile (art. 280 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación).

3°) Que una conclusión opuesta se impone en cuanto la recurrente cuestiona los alcances de sus obligaciones legales respecto de las personas con discapacidad, pues ello pone en juego la inteligencia y aplicación de normas de carácter federal, en las que aquélla sustenta los derechos que, según lo entiende, le fueron desconocidos (art. 14.3 de la ley 48).

Cabe recordar, con todo, que en el tratamiento de las cuestiones federales, la Corte no se encuentra limitada por las argumentaciones de las partes ni por las del *a quo*, sino que le incumbe efectuar una declaración sobre el punto (Fallos: 308:647; 312:2254; 323:1406 y 325:860, entre muchos otros).

4°) Que, en tal sentido, el art. 1 de la ley 24.754

establece que *"las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455 y sus respectivas reglamentaciones"*.

A su turno, el art. 28 de la citada ley 23.661, inserto en el Capítulo VI "De las prestaciones del seguro", dispone que *"los agentes del seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ANSSAL establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo a lo normado por la Secretaría de Salud de la Nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, dentro de las cuales deberán incluirse todas aquellas que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas. Asimismo, deberán asegurar la cobertura de medicamentos que las aludidas prestaciones requieran"*.

5°) Que las dos normas transcriptas esclarecen la presente cuestión. En efecto, la demandada reconoce que se encuentra compelida a satisfacer las prestaciones obligatorias previstas en el Programa Médico Obligatorio. Empero, sostiene que por dicho programa sólo debe entenderse el aprobado por la resolución 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social, vigente al momento de la sanción de la ley 24.754, en 1996, y no sus modificaciones posteriores. Sin embargo, resulta claro que el recordado art. 28 de la ley 23.661 descalifica esta defensa, toda vez que previó *expressis verbis* que el programa de prestaciones obligatorias se "actualizará periódicamente".

Esta modalidad, por lo demás, encuentra explicación, entre muchas otras razones, en que el sistema de la ley 23.661 tiene como "...objetivo fundamental 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" (art. 2), con lo cual, en buena medida, este cuerpo legal, al que remite la ley 24.754, se comunica con los derechos de toda persona "al disfrute del más alto nivel posible de salud..." y "...a una mejora continua de las condiciones de existencia...", enunciados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (arts. 12.1 y 11.1), en vigor desde 1986 (ley 23.313), y que cuenta con jerarquía constitucional a partir de 1994 (Constitución Nacional, art. 75.22).

6°) Que esta actualización de las prestaciones obligatorias para las obras sociales y que, por intermedio de la ley 24.754, alcanza a las entidades de medicina prepaga, no por haber sido confiada por el legislador al impulso de la autoridad de aplicación, excluye la que aquél mismo pueda producir. Esto es lo ocurrido, precisamente, con la ley 24.901 que establece el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, y, a la par, retoma, en orden a estas últimas, lo preceptuado en el transcripto art. 28. Luego, la ley 24.901, al no introducir salvedad alguna que la separe del marco de la ley 24.754, debe ser interpretada en el sentido que, en cuanto determina prestaciones del carácter aludido respecto de las obras sociales, comprende a las mentadas entidades en la medida, por cierto, en que dichas prestaciones se vinculen con la cobertura médico asistencial que mienta el art. 1 de la ley 24.754. Conviene acentuar esta última precisión, dado que ha sido sólo en dicho campo, esto es, en el de las prestaciones médico asistenciales, en el que el legislador ha previsto proyectar las que resulten obligatorias

para las obras sociales a las entidades de medicina prepaga.

7°) Que, en suma, para lo que interesa a la solución del aspecto *sub examine*, cabe concluir en que, por imperio del art. 1 de la ley 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 art. 28 de la ley 23.661. Y también, en lo que atañe a las personas con discapacidad, todas las que requiera su rehabilitación (art. 28 cit.), así como, en la medida en que conciernan al campo médico asistencial enunciado en el art. 1 de la ley 24.754, las demás previstas en la ley 24.901. Todo ello, sin perjuicio de la obligación de asegurar la cobertura de medicamentos que requieran las prestaciones obligatorias, contemplada en la última parte del reiteradamente citado art. 28.

8°) Que, en este orden de ideas, es oportuno recordar que les corresponde a las mencionadas empresas o entidades "efectivamente asegurar a los beneficiarios las coberturas tanto pactadas como legalmente establecidas (v. art. 1, ley 24.754)", máxime cuando no debe olvidarse que si bien la actividad que asumen pueda presentar determinados rasgos mercantiles, "en tanto ellas tienden a proteger las garantías constitucionales a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas (v. arts. 3, Declaración Universal de Derechos Humanos; 4 y 5, Convención Americana sobre Derechos Humanos y 42 y 75, inc. 22, de la Ley Fundamental), también adquieren un compromiso social con sus usuarios" ("Etcheverry, Roberto Eduardo" Fallos: 324:677).

9°) Que, resuelta la cuestión federal en juego, cabe

señalar que la determinación de si las prestaciones reclamadas en el presente caso se adecuan al marco legal indicado, es tema de hecho y prueba relativo a la relación entre aquéllas y las circunstancias que rodean a la persona con discapacidad reclamante, que ha sido juzgado en términos no susceptibles del calificativo de arbitrarios, lo cual pone a la cuestión fuera de los alcances de esta instancia extraordinaria.

Por ello, y lo concordemente dictaminado por la señora Procuradora Fiscal subrogante, se hace lugar parcialmente a la queja y al recurso extraordinario, y se confirma la sentencia apelada con los alcances indicados, con costas (art. 68 del código citado). Devuélvase el depósito (fs. 1), agréguese la queja al principal, hágase saber y, oportunamente, remítase.

ENRIQUE SANTIAGO PETRACCHI - E. RAUL ZAFFARONI -

ES COPIA

DISI-//-

-//-DENCIA DE LA SEÑORA VICEPRESIDENTA DOCTORA DOÑA ELENA I.
HIGHTON de NOLASCO Y DE LA SEÑORA MINISTRA DOCTORA DOÑA
CARMEN M. ARGIBAY

Considerando:

1º) Pedro Nealón es un joven de veinte años que padece una encefalopatía crónica no evolutiva, es decir, parálisis cerebral. Cuenta con el correspondiente Certificado de Discapacidad permanente, emitido por la Secretaría de Salud, en los términos del art. 3º de la ley 22.341, con fecha 15 de febrero de 1993 (fojas 31).

La enfermedad que padece Pedro Nealón requiere múltiples prestaciones asistenciales. Entre ellas, son relevantes para el presente caso las siguientes: 1) Oxcarbacepina (Trileptal), 600 mg.; 2) Omeprasec, 20 mg.; 3) silla postural adaptable; 4) pañales descartables, 120 por mes.

Sus padres están afiliados a uno de los programas médicos que ofrece CEMIC, que recibe el nombre de "sistema cerrado". De las cuatro necesidades antes enunciadas, CEMIC cubrió, hasta la iniciación de la demanda, el cuarenta por ciento de los medicamentos señalados con los números 1 y 2.

Hacia el año 2002, según dice la demanda, los padres de Pedro tomaron conciencia de la obligación legal que pesaba sobre CEMIC y, resultándoles imposible afrontar los gastos, decidieron intimar a la prestadora para que financie el cien por ciento de las cuatro prestaciones (fojas 40 vta.). Así lo plasmaron en la nota que dirigieron a CEMIC, fechada el 21 de agosto de 2002. El reclamo se apoyó en que el art. 1º de la ley 24.754 determinaba sin más la obligación de la empresa de cubrir las prestaciones por discapacidad descriptas en la ley 24.901. (Nota glosada a fojas 32 y transcripta a fojas 41 y carta documento de fojas 36).

Artículo. 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 planes de cobertura médico-asistencial las mismas "prestaciones obligatorias" dispuestas para las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455, y sus respectivas reglamentaciones.
[Ley 24.754, promulgada de hecho el 23 de Diciembre de 1996].

La pretensión de los Nealón fue resistida por CEMIC. En la respuesta a la carta documento que recibiera envió otra (fojas 37) en los siguientes términos: 1) La ley 24.754 obligó a las empresas de medicina prepaga a incluir las prestaciones que a la fecha de su sanción estaban incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), aprobado por la Resolución 247/96. La ley 24.901 es posterior (BO 5/12/97). 2) La ley 24.901 está dirigida al Estado y a las Obras Sociales, pero no a las empresas privadas. 3) La ley 24.901 (a diferencia de la 24.754) no sólo establece obligaciones médico asistenciales, sino otras prestaciones no médicas ("sociales"). 4) El PMO aplicable a las empresas de medicina prepaga no incluye la cobertura de ayuda técnica, pañales ni gastos educativos, aunque sí el 40% de los medicamentos.

La controversia que tuvo lugar en el proceso judicial de amparo (fs. 40 y sgtes.) se construyó sobre las mismas bases. A los argumentos ya expuestos en las cartas documento, basados en las leyes 24.754 y 24.901, se añadió la invocación de lo previsto en la ley 25.404 (BO 3/4/2001). Esta última ley establece un sistema especial de protección de las personas que padecen epilepsia. Fueron citados sus arts. 4º y 6º:

ARTICULO 4º - El paciente epiléptico tiene derecho a recibir asistencia médica integral y oportuna.

ARTICULO 6º - Las prestaciones médico-asistenciales a que hace referencia la presente ley quedan incorporadas de pleno derecho al

Programa Médico Obligatorio aprobado por resolución Nº 939/00 del Ministerio de Salud, sin perjuicio de aplicar, cuando correspondiere, lo dispuesto por las leyes Nº 22.431 y Nº 24.901 y sus normas reglamentarias y complementarias.

Inmediatamente después, la jueza de primera instancia dictó una medida cautelar mediante la cual ordenó la inmediata entrega de las cuatro prestaciones solicitadas en la demanda (los dos medicamentos, los pañales y la silla) "hasta tanto haya recaído sentencia firme" (fojas 51).

La sentencia de primera instancia hizo lugar a la acción de amparo y ordenó a CEMIC proporcionar el financiamiento total de las prestaciones que solicitaba la parte actora. La Sala "E" de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil rechazó el recurso de apelación interpuesto por la demandada y confirmó la sentencia sobre la base del siguiente argumento: si la demandada, por vía de la ley 24.754, acepta la aplicación de la ley 23.661 que establece la asistencia integral a las personas discapacitadas, no puede alegar que la ley 24.901 no le es aplicable, puesto que esta última no es más que una adaptación de la ley 23.661 al cambio constante y natural de la medicina y de la noción de "calidad de vida".

El recurso extraordinario interpuesto contra dicho fallo y posterior queja de la parte demandada se apoya en dos líneas de argumentación. Por un lado, sostiene que la ley 24.901 no es aplicable a las empresas de medicina privada porque dicha ley no se refiere específicamente a las prestaciones médico - asistenciales que son objeto de la ley 24.754 (que extendió a la medicina privada las prestaciones obligatorias establecidas para las obras sociales). Por otra parte, menciona que las empresas de medicina privada no fueron mencionadas por la ley entre los sujetos obligados.

2º) A nuestro modo de ver, el recurso extraordinario

es procedente y debe dar lugar a un fallo de esta Corte, puesto que la parte demandada ha fundado su derecho en una interpretación de la legislación federal, de acuerdo con la cual la ley 24.901 no genera obligaciones a cargo de las empresas de medicina privada, y la sentencia dictada, como hemos referido, ha sido contraria tanto a esa interpretación de la ley como al derecho que en ella apoyara la recurrente (art. 14.3 de la ley 48).

Debe dejarse aclarado que no se trata el caso de una controversia sobre el alcance del contrato celebrado entre las partes, sino de otra acerca de la procedencia de extender las obligaciones legales contempladas en la ley 24.901, para incluirlas entre las prestaciones que deben asegurar las empresas de medicina privada a sus beneficiarios.

3°) Sobre el fondo de la cuestión planteada hemos llegado a la conclusión de que corresponde resolver en sentido favorable a la parte recurrente, puesto que la legislación federal que utiliza el fallo apelado no tiene el alcance que se le ha dado.

El primer obstáculo que encuentra una tesis como la acogida en la sentencia apelada es que la sanción de la ley 24.901 no estuvo dirigida a regular el funcionamiento de las empresas de medicina privada, en particular los contratos de seguro médico que celebran para la cobertura de prestaciones médicas. Tal discernimiento se impone luego de comprobar que ni en el texto de la ley, ni en las deliberaciones que precedieron a su sanción hay referencia o mención alguna a: las empresas de medicina prepaga; las personas aseguradas mediante contratos de seguro médico privado; las fuentes de recursos que las empresas privadas estarían autorizadas a utilizar para financiar el cumplimiento de la ley; la inclusión de las prestaciones descriptas en el régimen de la ley dentro de las

prestaciones médico asistenciales que fueron objeto de la ley 24.754; cualquier referencia a la misma ley 24.754, al Programa Médico Obligatorio o a cualquiera de las reglamentaciones vinculadas con él.

Otro indicio de que las empresas de medicina prepaga están fuera del campo que el Congreso cubrió con la ley 24.901, es su fallido intento de incluirlas posteriormente mediante el proyecto de ley 25.683, vetado por el Presidente mediante el Decreto 2684/2002. El proyecto aprobado por las Cámaras, extendía el régimen de la ley 24.901 con el fin de abarcar a nuevos sujetos obligados, entre ellos las empresas de medicina prepaga y cualquier otro organismo que ofrezca cobertura social (así surge al menos de algunos dictámenes de comisión; Cámara de Diputados de la Nación, Sesiones Ordinarias 2001, Orden del Día N° 3530). El fundamento exclusivo del veto dispuesto por el Presidente fue que, pese a "la noble finalidad de la norma, respecto de las entidades que busca incorporar, no resulta, con claridad, del articulado del Proyecto de Ley, cuáles serían las alcanzadas ni cómo se financiarían las prestaciones". El Congreso no insistió en su proyecto, en los términos del art. 83 de la Constitución Nacional.

En resumidas cuentas, ni el debate legislativo ni su producto, la ley 24.901, han tratado de las empresas de medicina prepaga ni de las prestaciones médico asistenciales que ellas deben proporcionar a sus asegurados en cumplimiento de los contratos respectivos o de la ley 24.754. Más aún, la ley 24.901 no se concentra exclusiva ni principalmente en prestaciones que podrían clasificarse con propiedad como de carácter médico.

En efecto, la ley 24.901 crea el "Sistema de pres-

taciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad". El art. 1° describe tales prestaciones como "acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral de sus necesidades y requerimientos". Los arts. 2° y 4° señalan a las obras sociales y a los organismos del Estado, respectivamente, como los sujetos obligados a proporcionar la cobertura de las prestaciones. El art. 7° establece las fuentes de financiamiento del sistema, según se trate de beneficiarios del Sistema Nacional de Salud (obras sociales), jubilados, beneficiarios de la ley de accidentes de trabajo y personas sin recursos. Las prestaciones cubren un espectro bastante amplio, puesto que están orientadas no tanto a los problemas médicos, sino a la calidad de vida en general de las personas con discapacidad. La ley clasifica las prestaciones en: preventivas (art. 14), de rehabilitación (art. 15), terapéuticas educativas (art. 16), educativas (art. 17) y asistenciales (art. 18). A ello se suman una lista de "servicios específicos", tales como estimulación temprana (art. 20), educación inicial (art. 21), educación general básica (art. 22), formación laboral (art. 23), centros de día (art. 24), centros educativos terapéuticos (art. 25), rehabilitación psicofísica y motora (arts. 26 y 27). Además crea la ley los denominados "sistemas alternativos al grupo familiar" para los casos en que el discapacitado no pudiese permanecer con su familia de origen (arts. 29 a 32). Por último, la ley contiene una lista de "prestaciones complementarias" que incluyen: ayuda económica (art. 33), orientación especializada a domicilio para mejorar su autovalimiento (art. 34), iniciación laboral (art. 36), atención psiquiátrica (art. 37), medicamentos importados (art. 38), atención por especialistas externos, financiamiento de estudios no alcan-

zados por la cobertura, diagnóstico a familiares en caso de trastornos genéticos (art. 39).

4º) Sin perjuicio de que, según lo expuesto, la inclusión de los contratos privados de seguro médico en la ley 24.901 no formó parte —explícita o implícitamente— de la decisión legislativa, cabe examinar si es correcto, como se hace en la sentencia apelada, atribuir ese efecto a la ley 24.754 o, dicho de otro modo, sostener que la aplicabilidad de la ley 24.901 se sigue necesariamente de la ley 24.754. Aquí es donde la interpretación seguida por la Cámara de Apelaciones merece, a nuestro entender, una segunda objeción.

Debe recordarse que el art. 1º de la ley 24.754 otorgó un plazo de noventa días, contados a partir de la promulgación de la ley, para que las empresas de medicina prepaga cubrieran en sus planes médico - asistenciales las prestaciones obligatorias, que eran tales para las obras sociales de acuerdo con las leyes 23.660, 23.661 y 24.455. No tenía ningún sentido otorgar ese plazo de noventa días, ni mencionar la normativa de la que surgen las nuevas prestaciones obligatorias, si la idea era disponer que toda obligación que en el futuro se impusiese a las obras sociales se tradujese automáticamente y sin necesidad de declaración expresa en una obligación de las prestadoras privadas.

En efecto, si bien el Congreso cuenta con atribuciones para extender el alcance de las prestaciones mínimas que deben garantizar las empresas de medicina prepaga, ello es perfectamente compatible con la afirmación de que también tiene atribuciones para no hacerlo, o para establecer reglas aplicables solamente a las obras sociales. Por lo visto en el considerando anterior, este último ha sido el caso de la ley 24.901.

5º) Como ha quedado dicho, la ausencia de toda re-

ferencia a las empresas de medicina prepaga en el texto de la ley 24.901 o en la deliberación que precedió a su sanción no es una omisión accidental, sino el fruto de una decisión legislativa que lisa y llanamente no estuvo dirigida a ellas.

Es también indicativo de esta voluntad que, al incluirse en el Senado una minuciosa discriminación de los recursos que cada uno de los agentes alcanzados por la ley deberían afectar al cumplimiento de las prestaciones, se justificó esa modificación del proyecto aprobado por la Cámara de Diputados en la conveniencia de evitar que las obras sociales ajusten su ecuación económico financiera tomando recursos destinados a sostener otras prestaciones que ya ofrecían a sus afiliados. Ninguna consideración se hizo sobre un similar impacto en el caso de las empresas privadas. En este sentido, el miembro informante del proyecto de revisión, el senador Martínez Almudevar, expresó:

"Sí nos ha parecido imprescindible modificar un artículo de la propuesta de la Cámara de Diputados. Es el referido a la cuestión del financiamiento de las prestaciones. De este modo evitamos que la norma se convierta en una mera expresión de buenas intenciones.

"También hemos querido cuidar —y hemos tenido en cuenta— que los costos de estas prestaciones no den como resultado un desfinanciamiento del Sistema de Obras Sociales".

Más adelante, al referirse a las obligaciones a cargo de los organismos del Estado, expresó:

"De más está decir que entre los fondos que contempla el presupuesto nacional están los establecidos por la ley 24.452, más conocida como ley del cheque, para cuya administración el Poder Ejecutivo Nacional ya ha dispuesto la integración de una comisión administradora".

(Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de la Nación, Reunión 71°, 3 de septiembre de 1997, págs. 4614/4615).

6º) Es en función de todo lo expuesto hasta aquí que debe decidir esta Corte si las empresas de medicina privada habrán de ser alcanzadas por las obligaciones que la ley 24.901 pone en cabeza de las obras sociales y los organismos gubernamentales.

Hemos señalado particularmente el contexto normativo en el que se inserta la presente decisión y las consecuencias que pueden seguirse, puesto que ello pone en duda si un fallo como el dictado por la Cámara de Apelaciones se apoya en una regulación que el Congreso ha estimado conveniente y buena para la salud pública o si, en cambio, viene a suplir su ausencia. En efecto, si no ha habido decisión legislativa o ejecutiva dirigida a extender las obligaciones de la ley 24.901 a todo un sector del sistema —en este caso las empresas de medicina prepaga— tampoco puede afirmarse que haya habido por parte de alguna de las otras dos ramas del gobierno un examen sobre los beneficios que se derivarían de dicha medida para la salud de las personas que, de uno u otro modo, resultarán afectadas. Sin embargo, esta circunstancia es a nuestro entender crucial: cuando los jueces hacemos apreciaciones generales sobre la aplicación y alcance de las leyes, no podemos desentendernos de que decisiones como la tomada en autos avanzan más allá de la medicina individual y se internan en el terreno de la salud pública.

En este sentido, si se observa el proceso legislativo previo y posterior a su sanción, el hecho de que la ley 24.901 no se encuentre dirigida a los contratos de seguro médico ofrecidos por las empresas de medicina prepaga puede corresponder a que el Congreso omitió todo examen al respecto, o incluso a un juicio de los legisladores sobre su inconveniencia. Por lo tanto, extender judicialmente la aplicación

de la ley 24.901 a estos contratos, implicaría que el Tribunal ha llegado, contrariamente, a la opinión de que dicha extensión es beneficiosa para la salud pública, sea para suplir la omisión del Congreso, sea para revertir su juicio negativo.

Ahora bien, en ésta como en otras materias la intervención del Estado conlleva un examen que cabe presumir serio y responsable, de los beneficios esperados para un determinado bien o derecho y de los costos que para ese mismo bien o derecho, o incluso para otros, se seguirá de la ejecución del programa público en cuestión. En nuestra opinión, si el Tribunal resolviese ahora, por vía de una aplicación extensiva o analógica de los textos legales involucrados, ampliar el alcance de la ley 24.901 a los contratos de medicina prepaga, estaría tomando una delicada decisión concerniente a la salud pública, pese a que no se dispone en esta causa de elementos para juzgar plausiblemente sobre la conveniencia de una regulación semejante.

7°) Esta Corte en los más diversos temas y desde sus primeros tiempos ha otorgado la máxima deferencia a las apreciaciones sobre la bondad de las leyes que están implícitas en las decisiones del Congreso (Fallos: 10:427, 436; 21:27, 30; 22:450, 459; 199:483, 530; 207:238, 249; 210:211), incluso en materia penal y tratándose de leyes duras (Fallos: 306:655), debiéndoselas aplicar tal como fueron concebidas (Fallos: 258:20). Por otra parte, ha admitido el Tribunal efectuar una interpretación extensiva de las palabras de la ley cuando su alcance semántico es excesivamente estrecho y deja fuera casos que caen dentro de la finalidad a que responde la norma (Fallos: 182:486; 200:165; 327:4241). Consideramos que en ambos casos se trata de preservar la decisión del Congreso, sea porque el texto legal refleja claramente la

decisión legislativa, en el primer supuesto, sea porque la decisión es clara, pero el texto es oscuro, en el segundo.

En el tema que nos ocupa, el texto de la ley 24.901 no se refiere a los contratos de medicina privada, ni dicha ausencia puede ser interpretada como una defectuosa expresión de la voluntad legislativa; tampoco se ha planteado que la ley 24.901 resulte por esta razón inconstitucional. No encontramos entonces ningún otro camino que concluir en la improcedencia, conforme con el derecho vigente, de condenar a las empresas de medicina prepaga a cumplir con la referida ley.

Por ello, y oída la señora Procuradora Fiscal, se hace lugar al recurso de queja, se declara procedente el recurso extraordinario y se revoca la sentencia apelada. Vuelvan los autos al tribunal de origen a fin de que, por medio de quien corresponda, proceda a dictar un nuevo fallo con arreglo a lo expresado. Reintégrese el depósito y agréguese la queja al principal. Notifíquese y remítase.

ELENA I. HIGHTON de NOLASCO - CARMEN M. ARGIBAY.

ES COPIA

DISI-//-

-//-DENCIA DEL SEÑOR PRESIDENTE DOCTOR DON RICARDO LUIS

LORENZETTI

Considerando:

1°) Que la Sala E de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, al confirmar la sentencia de primera instancia, declaró admisible la acción de amparo y condenó al "Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno" (CEMIC) a proveer al actor las prestaciones médicas que necesita y que no están cubiertas por el contrato celebrado con dicha entidad. Contra esta decisión, la demandada interpuso el recurso extraordinario cuya denegación dio lugar a la presente queja.

2°) Que el recurso extraordinario es formalmente admisible, toda vez que en el caso está en juego la inteligencia de las leyes 23.661 y 24.754 —y de las reglamentaciones dictadas en su consecuencia por el Ministerio de Salud— de carácter federal (Fallos: 312:985 y 326:3535, entre otros), y la decisión final del pleito ha sido adversa a los derechos que la apelante funda en ellas (art. 14, inc. 3, de la ley 48).

3°) Que el conflicto constitucional surge al contraponer el derecho de la actora a gozar de prestaciones de salud integrales y el de la demandada, que sostiene que se afectaría su posición contractual y el derecho de propiedad si se le ordenara cumplir obligaciones cuya causa no se halla en el contrato, sino en una ley posterior a su celebración, y cuyo cumplimiento afectaría el sistema de medicina prepaga.

Los hechos probados en la causa muestran claramente la referida controversia. En efecto, Pedro Nealón, de veinte años de edad, sufre una encefalopatía crónica no evolutiva (parálisis cerebral), cuyo tratamiento requiere tres prestaciones básicas: medicación antiepiléptica indicada en la de-

manda (Oxcarbacepina, Omerprasec), 120 pañales descartables por mes y una silla de ruedas con arnés de tronco, apoya pies y sostén cefálico, con chasis ultraliviano y plegable. Sus padres están afiliados a uno de los programas médicos que ofrece el CEMIC, denominado "sistema cerrado", que cubre aproximadamente un cuarenta por ciento de los medicamentos señalados. Ante la imposibilidad de afrontar los gastos necesarios para la atención de su hijo, los actores intimaron al CEMIC para que financie el cien por ciento de las prestaciones anteriormente mencionadas, con fundamento en las leyes 24.754 y 24.901, lo que fue rechazado por la demandada y admitido en sede judicial, tanto en primera como en segunda instancia. Cabe agregar que existe una medida cautelar decretada en la instancia de grado que ordenó el inmediato cumplimiento de las prestaciones solicitadas hasta que se dicte sentencia definitiva.

La decisión debe fundarse, entonces, en una razonable ponderación de los principios constitucionales en juego y en una adecuada consideración de las consecuencias económicas y sociales de la resolución que se adopte.

4°) Que corresponde afirmar claramente que los derechos vinculados al acceso a prestaciones de salud integrales no pueden ser meramente declarativos, porque su goce efectivo es lo que permite a una persona desplegar plenamente su valor eminente como agente moral autónomo, base de la dignidad humana que esta Corte debe proteger.

La protección de los ciudadanos es un asunto fundamental para el funcionamiento del estado de derecho, y ella está estrechamente relacionada con el goce de bienes primarios con un contenido mínimo. Llamar ciudadano a quien no tiene trabajo, vivienda o prestaciones básicas de salud constituye una afrenta, ya que quien se ve privado de ellos queda

excluido, condenado al ostracismo social.

Esta garantía incumbe al Estado, quien debe ocuparse de la efectividad de 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: 323: 3229).

La legislación infraconstitucional desarrolla esta garantía de contenido mínimo. El Sistema Nacional Integrado de Salud ha sido creado "a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país" (art. 1º, ley 23.661). Su objeto es "proveer prestaciones de salud tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud que respondan al mejor nivel de calidad disponible, y que garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo de nivel de prestación eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva" (art. 2, de la ley 23.661). Por otra parte, las leyes 24.754 y 24.901 tienen la misma finalidad y, para el caso que nos ocupa, la ley 25.404 establece en su art. 4 que "el paciente epiléptico tiene derecho a recibir asistencia médica integral y oportuna". Y, en virtud de lo dispuesto en el art. 6 de esta última ley, las prestaciones médico-asistenciales a las que se hace referencia en ella, quedan incorporadas al Programa Médico Obligatorio aprobado por la resolución 939/00 del Ministerio de Salud.

Una garantía consagrada en la Constitución y una legislación que promete una atención integral y oportuna deben ser interpretadas de modo que el resultado promueva el goce efectivo por parte de los ciudadanos. Toda otra interpretación transformaría al derecho en una parodia y quebraría la confianza que ellos deben tener en las leyes.

5°) Que, en el caso, se trata de determinar si la garantía descrita puede ser exigida a quien ha celebrado un contrato cuyas obligaciones recíprocas no la contemplan.

La regla general en los contratos es que no puede presumirse una obligación que no surja claramente de la voluntad de las partes, lo que no ocurre en el caso.

Esta regla debe ser reafirmada, toda vez que el contrato y la propiedad tienen protección constitucional en el derecho argentino y, en consecuencia, toda limitación que se disponga es de interpretación restrictiva. Esta tutela comprende diferentes derechos y libertades consagrados en la Constitución Nacional, como lo son la libertad de contratar, que es un aspecto de la autonomía personal a la que todo ciudadano tiene derecho (art. 19), la de configurar el contenido del contrato, que es un supuesto del derecho a ejercer una industria lícita (art. 14) y de la libertad económica dentro de las relaciones de competencia (art. 43). La libertad de contratar, de competir y de configurar el contenido de un contrato constituye una posición jurídica que esta Corte debe proteger como tribunal de las garantías constitucionales. Es en este sentido que debe ser interpretado el término "propiedad" desde la perspectiva constitucional (art. 17). Esta es la interpretación consolidada por los precedentes de este Tribunal al sostener "que el vocablo 'propiedad', empleado por la Constitución, comprende todos los intereses apreciables que un ser humano puede poseer fuera de sí mismo, fuera de su vida y de su libertad. Todo derecho que tenga un valor reconocido como tal por la ley, sea que se origine en las relaciones privadas sea que nazca de actos administrativos, integra el concepto constitucional de propiedad a condición de que su titular disponga de una acción contra cualquiera que intente interrumpirlo en el goce del mismo" (Fallos: 145: 307 y

172:21, disidencia del juez Repetto).

En el *sub lite*, existe, además, otro centro de interés que debe ser tutelado: el de los demás participantes del sistema de medicina prepaga, quienes verían afectada su posición si la empresa debiera pagar por prestaciones no pactadas. Imponer obligaciones de este tipo afectaría la causa sistemática —es decir, el equilibrio económico que sustenta al sistema— fundada en la relación entre el aporte de muchas personas sanas frente al cálculo de probabilidades de que sólo algunas se enferman a un costo que puede difundirse razonablemente. La índole del sistema es la de un seguro, con una delimitación del riesgo que debe ser respetada, porque de lo contrario desaparecería totalmente.

6°) Que los principios constitucionales a partir de los cuales se puede afirmar que el actor tiene derecho a prestaciones integrales, a cargo del Estado y que no pueden imponerse a un contratante que no las ha previsto, son desarrollados de modo coherente por la legislación aplicable al caso.

El art. 1° de la ley 24.754 establece que "las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, conforme lo establecido en las leyes 23.660, 23.661 y 24.455 y sus respectivas reglamentaciones". Por su parte, el art. 28 de la ley 23.661 dispone que "los agentes del seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ANSSAL establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo con lo normado por la Secretaría de Salud de la Nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, dentro de las cuales deberán incluirse todas aquellas que requiera la rehabilitación de las

personas discapacitadas. Asimismo, deberán asegurar la cobertura de los medicamentos que las aludidas prestaciones requieran".

La demandada reconoce que se encuentra obligada a satisfacer las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio aprobado por la resolución 247/96 del Ministerio de Salud (es decir, las vigentes al tiempo de la sanción de la ley 24.754), pero no las contempladas en las modificaciones posteriores de ese programa. Sostiene que no se encuentra obligada a otorgar las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio aprobado por la resolución del Ministerio de Salud de la Nación 939/2000, cuyo anexo I alude expresamente a la ley 24.901, y cuyo cumplimiento se le reclama en autos. Señala que en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia aprobado por la resolución del Ministerio de Salud 201/2002, que suspendió los efectos de aquélla y dispuso que en un plazo de treinta días el ministerio definiría nuevamente las prestaciones a las que se refiere la resolución 939/2000, establece que los programas comprendidos en las leyes de protección de grupos vulnerables se financiarán en un 100% con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución a que se refiere el art. 7 de la ley 24.901.

Sobre el particular, el art. 7 de la ley 24.901, al establecer quiénes son los sujetos obligados a financiar las prestaciones a las que ella se refiere, no menciona a las empresas o servicios privados de medicina prepaga. Coincidentemente, el decreto 2684/2002 vetó el proyecto de ley sancionado bajo el número 25.683, en el que se proponían modificaciones a la ley 24.901 al incorporar como sujetos obligados para brindar las prestaciones previstas en dicha normativa a "todos aquellos agentes de salud que presten servicios médico asistenciales a sus afiliados"; el ejercicio del veto se fundó

en que en el referido proyecto de ley no constaba de qué modo se habrían de financiar las nuevas prestaciones que la norma ponía a cargo de los servicios privados. Asimismo, el art. 4 de la ley 24.901 establece que "las personas con discapacidad que carecieren de cobertura de **obra social** tendrán derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones básicas comprendidas en la presente norma, a través de los organismos dependientes del Estado".

Es decir que la legislación aplicable al momento de la petición es clara al no incluir en el programa médico obligatorio las prestaciones previstas en la ley 24.901, que son las que solicita el actor. Además, la ya mencionada resolución 939/2000, que las incluía, fue suspendida y luego derogada por las resoluciones 201/2002 y 1991/2005, respectivamente. De ese modo, en virtud de que los servicios de medicina prepaga se encuentran excluidos del alcance de la ley 24.901, los derechos de las personas menos favorecidas como ocurre en el caso, deben ser atendidos por el Fondo Solidario de Redistribución previsto en el art. 7 de la ley 24.901.

7°) Que, como conclusión, el caso está contemplado en una legislación consistente con los principios constitucionales según los cuales la demandada no está alcanzada subjetivamente por ninguna obligación de causa contractual o legal que obligue a satisfacer las prestaciones solicitadas. En cambio, es absolutamente claro que es el Estado quien debe dar satisfacción plena al derecho del actor a prestaciones constitucionales.

8°) Que resta examinar los efectos de la decisión sobre la situación del actor, que padece de parálisis cerebral y ha sido declarado discapacitado por la Secretaría de Salud, en los términos del art. 3 de la ley 22.341, con fecha 15 de

febrero de 1993 (fs. 31). El actor no puede quedar sin atención médica y es el Estado el que debería prestarla, aunque no ha sido demandado en la causa.

De lo dicho surge que una revocación de la sentencia produciría una inmediata cesación de la asistencia médica que actualmente recibe el actor y ese hecho constituirá una amenaza cierta de daño inminente a su salud e integridad física. Por lo tanto, deberá darse un plazo razonable, no menor a un año, para el cumplimiento de la revocación de la sentencia, durante el cual la empresa de medicina prepaga estará obligada a dar asistencia médica al paciente. Dicho plazo cierto podrá cesar antes si el Estado sustituye a la empresa en dicha prestación. Asimismo, los gastos derivados de la atención médica prestada sin causa contractual constituirán un crédito de la empresa contra el Estado que ésta, eventualmente, podrá recuperar.

9°) Que la solución dispuesta en el considerando anterior es concordante con un análisis consecuencialista y con la naturaleza del contrato celebrado.

El costo de los cuidados médicos solicitados puede ser soportado por el Estado o por la empresa de medicina privada, pero nunca por el enfermo. Este último no tiene ninguna posibilidad de absorber ese costo, y ello conduciría a una frustración de su derecho fundamental a las prestaciones adecuadas de salud. En cambio, la empresa puede absorber los gastos de modo transitorio, puede difundirlos convenientemente y, finalmente, puede recuperarlos de las finanzas públicas.

La imposición transitoria de cargas públicas es, en este caso, compatible con el contrato celebrado que se caracteriza porque su objeto y su causa están relacionados directamente con derechos fundamentales vinculados a la protección del estatuto de la persona. La conexión con el mentado esta-

tuto es evidente, ya que su inejecución total afectaría gravemente la integridad física del beneficiario. Si bien la lógica económica de los contratos admite que el incumplidor sea excluido del mercado, ello encuentra una barrera cuando se trata de las personas y sus derechos fundamentales.

Por ello, oído la señora Procuradora Fiscal subrogante, se resuelve: Declarar admisible la queja, hacer lugar al recurso extraordinario y dejar sin efecto la sentencia apelada, en los términos del considerando 8°. Costas por su orden, en atención al carácter novedoso de la cuestión planteada. Vuelvan los autos al tribunal de origen a fin de que, por medio de quien corresponda, se dicte un nuevo pronunciamiento con arreglo a lo dispuesto en el presente. Reintégrese el depósito y agréguese la queja al principal. Notifíquese y remítanse.

RICARDO LUIS LORENZETTI -

ES COPIA

Recurso de hecho interpuesto por **el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC)**, representado por **el Dr. Julio I. Frigerno**
Tribunal de origen: **Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala E**
Tribunales que intervinieron con anterioridad: **Juzgado Nacional en lo Civil N° 32**