


**SALA ELECTORAL y de COMP.ORIGINARIA -
TRIBUNAL SUPERIOR**

Protocolo de Autos

Nº Resolución: 23

Año: 2018 Tomo: 1 Folio: 160-165

EXPEDIENTE: 2976016 -  - KOLTUM, MAURICIO DANIEL C/ ADMINISTRACION PROVINCIAL DE
SEGURO DE SALUD (APROSS) - AMPARO (LEY 4915)

AUTO NUMERO: 23. CORDOBA, 14/05/2018.

Y VISTOS: Estos autos caratulados: “**KOLTUM, MAURICIO DANIEL C/
ADMINISTRACIÓN PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD (APROSS) –
AMPARO (Ley 4915) - RECURSO DE APELACION**” (EXPTE. 2976016), de los que
resulta lo siguiente:

1. En los términos de los artículos 336 y 337 del Código Procesal Civil y Comercial de Córdoba (CPCC), la parte actora formuló un pedido de aclaratoria respecto de la sentencia dictada por este Tribunal Superior de Justicia (TSJ, fs. 821/835), ocasión en la que efectuó reserva de formular un recurso extraordinario federal en la hipótesis de un pronunciamiento adverso a lo solicitado.

En su presentación (fs. 840/844), requirió que sean aclaradas dos cuestiones y especificó el sentido en el que deberían ser concretadas dichas precisiones, con miras a lo cual ha esgrimido lo siguiente:

a) La primera puntualización gira en torno al apartado *d*, del punto 10, de la sentencia, en el que se estableció que, en el caso de que la Administración Provincial de Seguro de Salud (APROSS) no brindara la cobertura consistente en una casa de medio camino, tendrá que “*acordar con el paciente (Sr. Koltum) la prestación o prestaciones asimilables que, en función del SAID, más se aproximen a lo que su cuadro clínico demanda por vía de reintegro (...)*”. Allí también se fijó que, “[e]n esta hipótesis, el monto que se acuerde por dicha prestación, en ningún caso podrá ser inferior a lo que las partes ya han consensuado con anterioridad en virtud del convenio homologado judicialmente (el equivalente a un hogar permanente),

siempre buscando la salida que más se ajuste a la prestación recomendada (casa de medio camino)”.

Actualmente, para la cobertura de la prestación ordenada, la APROSS reintegra la suma de 18.000 pesos, monto que el Sanatorio Morra cobra por un hogar u hospital de día y ese es el punto dado como referencia en la sentencia pronunciada el 7 de abril de 2017 por la Cámara Contencioso Administrativa de Primera Nominación. Por dicho monto, el Sr. Koltum recibe un tratamiento parcial (solo asiste cuatro días a la semana a la casa de medio camino Caleidoscopio), debido a que su esposo carece de recursos para pagar los 13.600 pesos restantes para alcanzar el costo de la cuota completa en dicha entidad, que hasta el mes de abril de 2017 ascendía a 31.600 pesos (actualmente es superior a 35.150 pesos). En definitiva, la diferencia o brecha entre lo que reconoce la APROSS y la cuota que cobra Caleidoscopio es de 13.600 pesos, tomando como parámetro las cifras vigentes en abril de 2017 (f. 841).

En la sentencia pronunciada por el TSJ (punto 10, apartado *d*), para determinar el monto de la prestación en cabeza de la APROSS, se ordena tomar como referencia lo que la obra social reconoce por un “hogar permanente”. No obstante, en la Resolución n.º 0225/17, de la APROSS (se acompaña copia), en la que se actualizan los aranceles del Sistema de Atención Integral de Discapacidad (SAID), figuran tres tipos: el “hogar permanente C”, por 12.918 pesos; el “hogar permanente c/Ctro. de día C”, por 17.474 pesos, y el “hogar permanente C con C.E.T.”, por 19.631 pesos (f. 841).

De ello se desprende que, de los tres, el único valor que se aproxima al que actualmente permite que el Sr. Koltum reciba cuatro días en la casa de medio camino Caleidoscopio es el de 19.631 pesos. Como consecuencia, sería un despropósito que el TSJ ordenara la cobertura por cualquiera de los otros dos montos, toda vez que el afiliado directamente no podría recibir su tratamiento por carecer de recursos para solventar la diferencia de costos existente (f. 841 vta.).

Cabe aclarar que Caleidoscopio aceptó brindarle cuatro días al Sr. Koltum a la espera de la

resolución de este TSJ, pero no será posible continuar con lo prescripto si no se asegura a dicha institución que la suma por abonar permitirá cubrir –al menos- cuatro días o más. Esto, teniendo en cuenta que los 19.631 pesos representan el 62 % del costo de la cuota de Caleidoscopio según los valores vigentes en abril de 2017 y el 55 % de la tarifa actual. Si el TSJ no aclara que la APROSS deberá reintegrar el monto equivalente a un “hogar permanente C con C.E.T.” (actualmente asciende a 19.631 pesos) o *“el valor que corresponda en el futuro”* por dicho ítem, la sentencia dictada por el Alto Cuerpo será de las que *“‘dicen’ proteger al amparista con discapacidad, pero que en la realidad lo deja ‘sin la cobertura que necesita para rehabilitarse’”* (f. 842); en otras palabras, será una *“sentencia ‘vacía’ de contenido, que declama ciertos principios protectorios pero que no otorga los mecanismos para que al menos parcialmente se puedan ejecutar dichos principios”* (f. 842 vta.).

Si la aclaración no va en el sentido en el que se la solicita se corren dos riesgos: que Caleidoscopio se niegue a continuar con la atención por una cuota de 12.918 pesos (hogar permanente C), que representa tan solo el 40 % del valor de la cuota del mes de abril de 2017 (31.600 pesos) y el 36 % de la cuota actual (35.150 pesos), o que el Sr. Koltum reciba un tratamiento por solo dos días a la semana, ya que con la suma de 12.918 pesos únicamente podrían costearse dos días y fracción. Por esta salida no se cumplirá el objetivo que tuvo el fallo, *“de protección al amparista discapacitado”*, en función de que la propia sentencia reconoce expresamente que el Sr. Koltum *“necesita de la prestación ‘casa de medio camino’ para rehabilitarse”* (f. 842 vta.).

b) La segunda aclaración peticionada también se refiere al punto 10, apartado *d*, de la sentencia, en la medida en que estableció que, si la APROSS no brindara la cobertura demandada (casa de medio camino), tendrá que acordar con el paciente *“la prestación o prestaciones asimilables que, en función del SAID, más se aproximen a lo que su cuadro clínico demanda, por vía de reintegro, sin dilaciones ni obstáculos extras de ningún tipo, que pudieran agravar las condiciones de ‘accesibilidad a la salud’ que, en el caso de las*

personas con discapacidad, deben ser facilitadas por mandato constitucional (apartado “b” del Preámbulo y art. 3, inciso “f”, entre otros, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que goza de jerarquía constitucional en la Argentina en virtud de la Ley n.º 27044)”.

Para que no se torne ilusorio lo consignado en la sentencia y para que el reintegro pueda concretarse sin dilaciones ni obstáculos, el TSJ debe aclarar en qué plazo tendrá que efectuarse el reintegro, para lo cual se solicita que se precise que ello deberá concretarse dentro de los diez días posteriores a la presentación en la APROSS de la factura donde consta que se ha abonado la cuota en la casa de medio camino Caleidoscopio (f. 843).

2. Posteriormente, la parte actora se presentó y ratificó los fundamentos de la aclaratoria deducida. Pero precisó que, debido a un error de impresión, había acompañado una resolución anterior de la APROSS y no el anexo de la n.º 3417/17, del que se presenta una copia, en el que figuran los siguientes valores actualizados: “hogar permanente C”, 14.210 pesos; “hogar permanente c/Ctro. de día C”, 19.221 pesos, y “hogar permanente C con C.E.T.”, 21.594 pesos. Como consecuencia, en virtud de la documental acompañada, pidió que se aclare que la APROSS deberá reintegrar el monto equivalente a un “hogar permanente c/Ctro. de día C”; esto es, 21.594 pesos o “*el valor que corresponda en el futuro*” por dicho concepto.

3. Atento al estado procesal de la causa, el recurso planteado por la parte actora quedó en condiciones de ser resuelto (f. 875).

Y CONSIDERANDO

I. CONTORNOS DE LA ACLARATORIA EN EL CASO CONCRETO

De acuerdo con nuestro ordenamiento procesal civil (art. 336), la aclaratoria está concebida como un medio para corregir cualquier error material de la sentencia dictada, aclarar algún concepto oscuro o suplir cualquier omisión. Como puede advertirse, el tribunal al que se le formulara el pedido no puede revisar sustancialmente la decisión emitida, sino simplemente despejar aquello que pudiera convertirse en un obstáculo o que pudiera afectar la plena

comprensión de lo resuelto en el momento de la ejecución.

Con independencia de que las dos aclaratorias solicitadas por la parte actora serán desarrolladas en forma particular, en los términos en que fueron planteadas, ambas –al parecer- se encontrarían genéricamente englobadas en la segunda y tercera hipótesis que prevé el mencionado artículo 336 del CPCC. Esto, en la medida en que no se pide que se subsane un error material, pero sí que, por una parte, se precisen los alcances de la prestación a cargo de la APROSS en la hipótesis de que esta no contara con convenios con instituciones que dispusieran de la modalidad terapéutica denominada “casa de medio camino”, que es la que ha sido diagnosticada para el afiliado Koltum. En segundo lugar, la pretensión se orienta a que se supla una presunta omisión y que, por ende, se determine en qué plazo la obra social deberá reintegrar al Sr. Koltum lo que este abonara a la casa de medio camino a la que concurre.

Como consecuencia, ahora abordaremos cada una de las cuestiones respecto de las cuales la actora ha formulado el pedido de aclaratoria.

a. Modalidad de la prestación a cargo de la APROSS

La solución ordenada por la sentencia en el apartado 10 (fs. 830/832 vta.), en función de los derechos en juego, prevé dos grandes posibilidades. La primera, desplegada entre los apartados *a* y *c*, es que, en virtud del cuadro clínico que presenta el afiliado Koltum, la prescripción médica es que debe asistir a una casa de medio camino. Como consecuencia, por tratarse de una prestación prevista por la propia Ley n.º 9848 y demás normativa relacionada, la APROSS debe brindarla, razón por la cual el afiliado tendría que poder contar, en la cartilla de prestadores, con uno –al menos- que ofreciera esta modalidad terapéutica. Al mismo tiempo, en este caso concreto y excepcional, si ese prestador fuera con el que el afiliado hubiera tenido con anterioridad una experiencia traumática, la obra social debería reconocerle el monto que paga por dicho prestador para que el afiliado pudiera concurrir a otra entidad.

La segunda solución, desarrollada en el apartado *d*, cubre la hipótesis de que la APROSS no

brindara la cobertura en cuestión. En este caso, la obra social tendrá que acordar con el paciente la prestación o las prestaciones asimilables que, en función del SAID, más se aproximaran a lo que su cuadro clínico demanda, por vía de reintegro, sin dilaciones ni obstáculos extras de ningún tipo. El monto que se consensuara no podrá ser inferior al que las partes ya han acordado con anterioridad en virtud del convenio homologado judicialmente (el equivalente a un hogar permanente), siempre buscando la alternativa que más se ajuste a la prestación recomendada (casa de medio camino).

La primera aclaratoria solicitada versa, precisamente, sobre el punto 10, apartado *d*. Esto, en la medida en que, según la actora, al no contar la APROSS –en su cartilla- con prestadores que brinden casas de medio camino, la prestación que se debe acordar tiene que tomar como referencia lo que la obra social reconoce por la modalidad “hogar permanente”, que marca el piso que no se puede perforar. Ahora bien, teniendo en cuenta que, en el listado de aranceles del sistema de atención de la discapacidad (SAID), figuran tres tipos, con tres valores diferentes (“hogar permanente C”, por 14.210 pesos; “hogar permanente c/Ctro. de día C”, por 19.221 pesos, y “hogar permanente C con C.E.T.”, por 21.594 pesos), la actora solicita que se aclare que la prestación a cargo de la APROSS, mientras no cuente con prestadores que ofrezcan casas de medio camino, es la tercera (“hogar permanente C con C.E.T.”); esto es, 21.959 pesos o el valor que la obra social reconozca en el futuro por este ítem. Hasta aquí lo peticionado.

Entrando al fondo de la cuestión, corresponde subrayar que el pedido de esta aclaratoria no puede prosperar, al menos en los términos en que fue planteado. Esto, porque no media ninguna oscuridad que deba ser clarificada. Si se advierte bien, el precepto en cuestión consta de dos proposiciones. La primera es que lo que las partes deben acordar es *“la prestación o prestaciones asimilables que, en función del SAID, más se aproximen a lo que su cuadro clínico demanda (el del Sr. Koltum), por vía de reintegro”* (fs. 832). Como puede apreciarse, la imposición que pesa sobre la obra social radica en una o más prestaciones –y por eso el

sustantivo en plural-, siempre tomando como eje la especial condición del paciente; esto es, una persona con discapacidad, que merece un trato adecuado a esa particular circunstancia y a la que, por esa razón, no se le pueden agravar “*las condiciones de ‘accesibilidad a la salud’*” por mandato constitucional, de conformidad con el “*apartado ‘b’ del Preámbulo y el art. 3, inciso ‘f’, entre otros, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que goza de jerarquía constitucional en la Argentina en virtud de la Ley n.º 27044*”, según se preció en la sentencia (f. 832).

De la sentencia se desprende con total nitidez, sin que merezca ninguna aclaración, que el punto de soporte o apoyo no es una simple ecuación numérica, sino el cuadro clínico del Sr. Koltum, al que hay que asegurarle una casa de medio camino o, en su defecto, “*la prestación o prestaciones asimilables que, en función del SAID, más se aproximen*” a lo que el afiliado demanda por prescripción médica del profesional que lo trata y del Comité Consultivo y Operativo de Prácticas Médico-Sanitarias y Bioéticas del Poder Judicial (COPRAMESAB), como se destaca en la propia sentencia (en el punto 10, apartado *a*). Esto implica que la fórmula que se propicia bien puede requerir una combinación de prestaciones que, aunque necesariamente deban traducirse en montos, lo relevante es lo que cualitativamente pudieran cubrir en función de aquello que necesita –en términos clínicos- el afiliado con discapacidad. Solo resta agregar que el punto 10, apartado *d*, de la sentencia pronunciada por este Alto Cuerpo consta de una segunda proposición, según la cual el monto que se acuerde, en ningún caso, “*podrá ser inferior a lo que las partes ya han consensuado con anterioridad en virtud del convenio homologado judicialmente (el equivalente a un hogar permanente), siempre buscando la salida que más se ajuste a la prestación recomendada (casa de medio camino), cuya cobertura constituye una obligación legal (Ley n.º 9848) que pesa sobre la obra social* (f. 832). En este tramo se fija cuál es el límite cuantitativo (el piso) que la prestación a cargo de la APROSS no podrá rebajar ni diezmar en ningún caso.

La conclusión es que el mencionado punto 10, apartado *d*, de la sentencia, contiene una

fórmula lo suficientemente clara al haber demarcado con amplitud, en lo cuantitativo, cuál es la base que no se puede perforar, pero por arriba de este piso las partes pueden acordar la prestación o las prestaciones que, desde lo cualitativo, más se asimilen a lo que demanda el cuadro clínico del afiliado (casa de medio camino), mandato que –cual reaseguro- figura en las dos proposiciones de que consta el apartado en cuestión. Al mismo tiempo, como pauta interpretativa genérica, también se menciona expresamente que el deber de buscar la salida que “*más se ajuste a la prestación recomendada*” constituye una obligación legal de la APROSS, que debe cumplir sin obstáculos que agraven “*las condiciones de accesibilidad a la salud*” de una persona con discapacidad, que goza de especial protección constitucional-convencional.

Por ende, este TSJ no puede –como pretende la parte actora- determinar a cuánto debe ascender concretamente el reintegro que tendrá que desembolsar la obra social al afiliado, porque esto compete a las partes a partir de los indubitables y precisos parámetros cuantitativos y cualitativos desarrollados en la sentencia.

b. Término para el cumplimiento de la obligación legal

Respecto de la segunda aclaratoria, se pide que este Alto Cuerpo precise que la APROSS deberá reintegrar al afiliado -lo que este hubiera abonado a la casa de medio camino a la que concurre- dentro de los diez días posteriores a la presentación de la factura que acreditara dicho pago.

Esta petición debe ser admitida parcialmente. En efecto, la sentencia (en el punto 10, apartado d), meridianamente, ordena que la obra social debe cumplir con la obligación legal que pesa sobre ella, “*por vía de reintegro, sin dilaciones ni obstáculos extras de ningún tipo*”, para no agravar “*las condiciones de ‘accesibilidad a la salud’*” de una persona con discapacidad (f. 832). Esto implica que el reembolso debe concretarse en el plazo más razonable posible, fundado en la especial protección y trato que, por su condición, merece un afiliado cuya situación se encuentra particularmente garantizada por tratados internacionales de derechos

humanos que gozan de jerarquía constitucional.

Como ya se ha dicho en la sentencia, en principio, por mandato legal, la obra social no reconoce reintegros de gastos “*por prestaciones y/o servicios realizados por profesionales y/o instituciones no contratadas por la APROSS*” (art. 14, inciso k, de la Ley n.º 9277). No obstante, la excepción procede dado que la obra social no cuenta entre su cartilla de prestaciones disponibles con la que demanda el afiliado Koltum (casa de medio camino). Esto es lo que, precisamente, ha obligado a que esta situación particular encuentre su debido remedio en la regla formulada en el punto 10, apartado d, que, como ya se ha señalado con anterioridad, cuenta con dos proposiciones y con una pauta interpretativa genérica, según la cual lo que las partes acuerden en términos de prestaciones debe ser lo que más se asimile o ajuste a lo que demanda el cuadro clínico del paciente, “*sin dilaciones ni obstáculos extras de ningún tipo que pudieran agravar las condiciones de ‘accesibilidad a la salud’*” de una persona discapacitada, especialmente protegida por el bloque de constitucionalidad y de convencionalidad federal vigente en el país.

Ahora bien, pese a la claridad del mandato de que la APROSS tiene que concretar el reintegro al afiliado sin dilaciones ni obstáculos, le asiste parcialmente razón al actor en el sentido de que debe estipularse un término para que la obra social cumpla. Se trata de una omisión que urge subsanar y que surge de la propia Ley n.º 4915. En efecto, el artículo 12 de dicha norma, al enumerar los requisitos de la sentencia que admitiera la acción de amparo, en el apartado c, ordena la fijación de un “*plazo para el cumplimiento de lo resuelto*”. Esta disposición, por cierto, no pierde su pertinencia por la circunstancia de que, en este caso, la demanda haya sido admitida parcialmente (f. 834 vta.).

En ese sentido se considera prudente establecer un término de 15 días (corridos) para que la APROSS reembolse al Sr. Koltum lo que este hubiera abonado a la casa de medio camino a la que concurre. Tal término deberá computarse a partir del momento en el que el afiliado presente la factura que acreditara dicho pago.

Dicho plazo resulta razonable para armonizar, por una parte, los urgentes derechos del accionante –en atención a su vulnerable situación- y, por otra parte, las prácticas y procedimientos internos a los que está sujeta la obra social para cumplir con una modalidad que no es la regla, sino la excepción: reembolsar a un afiliado por una prestación y/o servicio desplegado por una institución que no figura entre aquellas con la que APROSS ha celebrado un contrato. El término estipulado, lejos de lucir acuciante o exiguo, posibilitará que la parte demandada adopte los recaudos y previsiones necesarios para satisfacer –aunque de forma oblicua e indirecta- una obligación que, como ya se ha dicho, le impone la propia Ley n.º 9848, desde que esta reconoce a los pacientes la posibilidad de contar con la modalidad terapéutica conocida como casa de medio camino.

Por las razones expuestas,

SE RESUELVE:

Admitir parcialmente el pedido de la aclaratoria de la Sentencia n.º 4 (del año 2017) de este Tribunal Superior de Justicia, formulado por la parte actora, únicamente en lo referido a la fijación de un plazo para que la APROSS cumpla con su obligación y, por ende, se establece que dicha obra social deberá reintegrar al afiliado lo que este hubiera abonado a la casa de medio camino a la que concurre dentro de los quince (15) días corridos posteriores al de la presentación de la factura que acreditara dicho pago.

Protocolícese, hágase saber y dese copia.

TARDITTI, Aida Lucia Teresa
VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

SESIN, Domingo Juan
VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

RUBIO, Luis Enrique
VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

BLANC GERZICICH de ARABEL, Maria de las Mercedes
VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

CACERES de BOLLATI, María Marta
VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

LOPEZ PEÑA, Sebastián Cruz
VOCAL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

PALACIO de CAEIRO, Silvia Beatriz
VOCAL DE CAMARA