



NEUQUEN, 23 de Febrero del año 2022

Y VISTOS:

En acuerdo estos autos caratulados: "**ONGARO JORGE EDUARDO C/ INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUEN (ISSN) S/ ACCIÓN DE AMPARO**" (**JNQLA6 EXP 100540/2020**) venidos en apelación a esta **Sala I** integrada por **Cecilia PAMPHILE** y **Jorge PASCUARELLI**, con la presencia del Secretario actuante, **Mario J. ALARCON**, y de acuerdo al orden de votación sorteado **Cecilia PAMPHILE** dijo:

1. En hojas 206 y ss. la actora denuncia el incumplimiento de la sentencia recaída en la causa.

Indica que se ha efectuado una errónea interpretación de sus términos, puesto que se recorta indebidamente el periodo de cobertura y se subordina su cumplimiento a determinadas exigencias, que no se corresponden con la sentencia dictada en la causa.

Sostiene que pese a indicarse que se da cumplimiento con el mandato judicial, luego se lo condiciona, en tanto:

a) Se concede a partir del mes de abril de 2021 y hasta el mes de diciembre de 2021, siendo que debía acordarse la prestación desde la interposición del amparo, esto, diciembre de 2020.

b) Se supedita el cumplimiento del pago, a una serie de recaudos: solicitud de cobertura, informes médicos, indicación médica, última factura y, finalmente

c) Se dispone que 20 días hábiles, previos al vencimiento de la cobertura, debe iniciar los trámites de renovación de la cobertura con la correspondiente documentación.

Expone que, días antes del dictado de la disposición 821/21, el ISSN dictó la disposición 743/2021, para lo cual, contó con toda la documentación.

Por lo demás, dice que la sentencia dictada determina que el tratamiento debe ser cubierto integralmente, mientras



sea brindado a la menor, lo que impide que el instituto exija documentación complementaria.

Indica que, para probar la continuidad, lo único necesario es la presentación de la factura emitida por dicho Centro, desde donde entiende que es innecesaria la presentación de otras solicitudes, prescripciones médicas o informes.

Practica luego, planilla de liquidación de los importes adeudados y solicita se intime al ISSN a su depósito.

Sustanciada la presentación, el ISSN contesta. Señala que corrigió la fecha de vigencia y que las exigencias solicitadas tienen que ver con su derecho de auditoría y control.

Agrega que la Obra social ya se encuentra abocada a realizar el pago de las diferencias debidas desde diciembre 2020, sin necesidad de que el afiliado deba realizar trámite alguno, por cuanto la auditoría ya tiene la documentación y los trámites electrónicos pertinentes para efectuarlo.

Descarta que se trate de exigencias arbitrarias y sostiene que la metodología ha sido consentida durante los últimos años, por lo que mal puede cuestionarse en esta instancia.

Agrega que esto permite garantizar las facultades de auditoría y control que detenta, lo que la autoriza a establecer tanto plazos administrativos de vigencia, como así también, el cumplimiento de requisitos para la renovación de cada prestación.

1.1. La magistrada considera que, con relación al periodo de vigencia, con el dictado de la Resolución 1406/21 se ha corregido el error y, por lo tanto, al haberse concedido la cobertura desde el mes de diciembre de 2020, es innecesario que se expida.

Luego, desestima el planteo relativo al cumplimiento de recaudos previos. Dice, concretamente:



"En cuanto al segundo eje de análisis, siendo que la Excma. Cámara de Apelaciones condenó a ISSN a satisfacer el tratamiento de "manera integral" no precisando si debía omitirse el cumplimiento del procedimiento administrativo de la obra social, deberá estarse la parte actora beneficiaria a dicho trámite para la continuidad de la cobertura.

Esto es así debido a que los requisitos exigidos por la resolución N° 821/21 art. 3 para la cobertura del tratamiento surge que el instituto tiene un reglamento aplicable para el procedimiento de reintegros no automáticos y el mismo como expresión de la actividad administrativa goza de los caracteres ejecutividad, legitimidad, ejecutoriedad y estabilidad...".

Por consiguiente, declara abstracto el tratamiento del punto referido a la vigencia de la cobertura y rechaza el planteo de la parte actora, en cuanto a la omisión del cumplimiento del trámite propuesto por ISSN, aprobado y vigente, según disposición 400/00.

Es contra esta resolución que apela la parte actora, conforme los agravios expresados en hojas 270 y ss.

2. Ahora, al expresar sus críticas, la actora sostiene que la magistrada no aprehende el alcance de su planteo.

La crítica reside, según se aprecia de la lectura de los agravios, en el hecho de que esta Cámara ha ordenado que se cubra el tratamiento en forma integral, mientras ello sea necesario, de acuerdo a criterios médicos, lo que no podría ser cuestionado por el Instituto; de allí, que no pueda limitar la vigencia a un año, tal como lo ha hecho (hasta diciembre de 2021).

También expresa que las exigencias son burocráticas y que no deben confundirse los trámites para acordar la cobertura, con los que se exigen para efectuar el reintegro.

2.1. El Instituto contesta y expone:



"...cabe destacar V.E., que mi mandante se encuentra otorgando a la menor, la cobertura integral e interdisciplinaria tal como lo indican sus médicos tratantes, conforme lo ordenado por sentencia, en base a normas que se encuentran plenamente vigentes, a los valores que corresponden como los demás afiliados a la Obra Social.

Nótese V.E. el absoluto desconocimiento de la parte actora, que se agravia con lo resuelto por la Juez de grado, atento que considera ha "confundido" los reclamos, considerando que además mi mandante pretende otorgar una "cobertura subordinada a exigencias arbitrarias" estableciendo supuestas "exigencias burocráticas innecesarias"...".

Agrega que la duración de la cobertura -que oscila entre 6 meses y un año- "se establece según la prestación dado que en el transcurso de esos periodos, la situación de salud, tratamiento, evolución de la patología del afiliado/a beneficiario puede variar, y con ello las prestaciones que pueda requerir. Por tales motivos, se efectúan renovaciones de la prestación por iguales periodos previa presentación de evaluación médica, donde la auditoria médica de mi mandante pueda valorar medicamente la prestación a otorgar y si han existido modificaciones en el tratamiento...".

Dice además: "Que esto bajo ningún concepto puede ser considerado como un desconocimiento por parte de mi mandante de lo ordenado por sentencia judicial, más aún cuando contrariamente a lo manifestado por la contraria, mi mandante efectivamente se encuentra cumpliendo con lo dispuesto por sentencia, tal como se ha acreditado en autos.

Que la contraria expresa "el ISSN no puede imponer un límite temporal a la vigencia de la cobertura totalmente arbitrario por cuanto no guarda relación con la evolución del tratamiento integral que debe recibir V.." Bajo esta misma línea de pensamiento que expone, el actor no puede pretender que se imponga a mi mandante una cobertura sin vigencia, tope



o límite alguno, más aun considerando que por lógica- las condiciones en el tratamiento integral de la menor a través del tiempo, pueden modificarse e ir variando...”.

3. Me he permitido efectuar una detallada descripción de las posturas de ambas partes, para poder comprender en qué consiste la conflictiva y poder dictar un pronunciamiento útil que evite la reiteración de controversias. Fundamentalmente por cuanto, siendo que la condena supone la cobertura de un tratamiento que, por definición, se prolongará en el tiempo, es necesario dar claridad para evitar una judicialización constante de la ejecución de lo decidido.

Con este cometido, dictaré este pronunciamiento.

3.1. Lo que fue planteado en esta causa y fue materia de decisión -en aspectos que no podrían quedar sujetos a la revisión o modificación por parte del Instituto demandado- es lo siguiente:

- a) Que la adolescente requiere un tratamiento;
- b) Que ese tratamiento es llevado a cabo en la ciudad de Córdoba por un centro no prestador, pero que le procura un tratamiento acorde a la patología que tiene;
- c) Que debe continuar el tratamiento en dicha institución y que su costo debe ser cubierto en su totalidad (100%) por el Instituto demandado, conforme un sistema de reintegro.

El Instituto, al dictar la primer disposición administrativa, en cumplimiento del pronunciamiento dictado, acuerda la prestación por el periodo de ocho meses, a partir del mes de abril de 2021.

Es decir que -más allá de la posibilidad de fijar un plazo de duración limitante, aspecto sobre el que volveré más adelante- consideró que la cobertura acordada en los términos del pronunciamiento dictado se extendía por nueve meses: desde el mes de abril de 2021 hasta el mes de diciembre de 2021.



Advierto aquí que -contrariamente a lo alegado al responder los agravios- no se acordó por los plazos que se dicen de práctica: no se hizo por seis meses, ni por un año (luego, al retrotraer los efectos al mes de diciembre de 2020, implícitamente habría fijado una vigencia por un año).

Ahora, tratándose del cumplimiento de la sentencia recaída en esta causa, es claro que, dada esta particularidad, ninguna otra documentación debía acompañar la parte actora para que se acordara la cobertura: La pertinencia, necesidad y alcance de la práctica fue valorado en la sentencia.

3.2. Luego, para obtener el reintegro, la parte actora (en este caso, el padre de la adolescente sujeta a tratamiento) debía presentar la factura emitida por la Institución no prestadora.

Lo que no resulta claro de los términos de las disposiciones (originaria 821/21 y corregida 1406/21), ni tampoco son del todo claras las partes en este aspecto, es si el requerimiento que se efectúa en el artículo 3° de la primera (821/21), ratificado por la segunda (1406/21) en su artículo 5°, se refiere a la documentación requerida para: a) obtener el reintegro, b) para tener por acordada la prestación o c) para obtener la "renovación o continuidad del tratamiento" vencido el término de vigencia fijado en esas disposiciones.

3.3. Como he dicho, es claro que no puede ser un requisito para acordar la cobertura: No sólo por cuanto tal disposición sería contraria a lo dispuesto en el artículo 1° y 2° de la Resolución 1406 (en cuanto ordena dar cumplimiento a la sentencia aquí recaída y reconocer la cobertura a partir del mes de diciembre de 2020); sino porque frente al pronunciamiento dictado en esta causa, ello sería improcedente (circunstancia, insisto, reconocida por el propio ISSN en el contenido de ambas resoluciones).



3.4. Tampoco podría requerirse el cumplimiento de estos recaudos para obtener el reintegro mensualmente.

Aquí cobra relevancia lo dictaminado por la Sra. Defensora de los Derechos de la Adolescente: *"...el Estado deberá ajustar los procedimientos para que los mismos sean ágiles y no se convierta en una denegación de tutela administrativa efectiva"*.

Es que, justificada la necesidad y adecuación del tratamiento y, aún sujetándonos a la vigencia de la cobertura acordada, no se presenta como razonable que, durante la vigencia que se estableciera administrativamente (ciñéndonos a los propios términos de las resoluciones: hasta diciembre de 2021) se exigiera una presentación mensual de la documentación detallada en el artículo 3 de la disposición 821/21 (ratificada por art. 5 de la 1406/21)

Pero, además, esto se contrapondría a los propios dichos de la demandada en esta causa, quien al contestar el planteo originario, indicó que la Obra social *"ya se encuentra abocada a realizar el pago de las diferencias debidas desde diciembre 2020, sin necesidad de que el afiliado deba realizar trámite alguno, por cuanto la auditoría ya tiene la documentación y los trámites electrónicos pertinentes para efectuarlo en el transcurso de este mes"* (ver hoja 241).

Para obtener el reintegro, entonces, la amparista sólo debe adjuntar la factura emitida por la entidad prestadora e indicar el CBU a sus efectos.

3.5. En este punto, vinculado a la razonabilidad de las exigencias y a la aplicación del reglamento para reintegros aprobado por disposición 400/00, debo señalar que los trámites allí previstos contemplan supuestos en los cuales, al momento de efectuar la solicitud de reintegro, la práctica se encuentra cumplida o consumida.

Se prevé el caso de: Consulta médica, prácticas médicas ambulatorias, tratamientos odontológicos, análisis de



laboratorio, gastos de medicamentos, gastos de internación finalizada, practicas o procedimientos no nomencrados; gastos por cristales aéreas o lentes especiales.

Pero, en este supuesto, lo autorizado (en rigor, luego de ordenado judicialmente) es la cobertura de un tratamiento, de duración en el tiempo, cuya necesidad y pertinencia ha quedado establecida.

Desde aquí que, más allá de las facultades de auditoría y control (aspecto que abordaré a continuación) se torna irrazonable solicitar mensualmente, la totalidad de la documentación que es, en rigor, sólo necesaria para autorizar el tratamiento y, en su caso, establecer el tiempo de vigencia.

4. Llegados a este punto, debo centrarme en la duración del tratamiento y en la eventual necesidad de obtener "una renovación" o "un acto administrativo periódico" para la continuidad de la prestación.

En este punto, creo conveniente dejar sentado, que, frente al dictado de la sentencia que ordena la cobertura integral al 100% del tratamiento, el Instituto demandado no requirió aclaración alguna en punto a sus condiciones de vigencia.

Es necesario señalar esto, porque sobre esta premisa y dadas las acotaciones efectuadas en punto a los supuestos previstos por el reglamento aprobado por disposición 400/00, el razonamiento empleado por la magistrada (que he transcripto en el inicio y a cuya lectura me remito) no es correcto y no se presenta como razón aceptable de decisión.

4.1. Ahora, lo cierto es que las sentencias deben ser interpretadas en su ejecución, teniendo en cuenta el contexto de decisión.

Lo que hemos decidido y ha pasado en autoridad de cosa juzgada, es que el tratamiento prestado por la Fundación Centro Aluba, en tanto sea necesario para lograr la



recuperación de V., debe ser cubierto integralmente (100%) por el ISSN.

Tenemos entonces, que si bien no se ha establecido un periodo de vigencia temporal, implícitamente, ha quedado sujeto a una condición, cual es, que el estado de salud de V. justifique la continuidad del tratamiento.

En esta línea, no se desconoce que es esperable que un tratamiento, pueda producir evoluciones favorables; según la evolución del paciente, será su duración y, en su caso, podrá modificarse o ponerse fin al mismo, acordándose un alta.

Desde esta perspectiva, no se presenta irrazonable que -anualmente- el Instituto demandado pueda requerir informes sobre el tratamiento y su evolución y, en ese contexto, ejerza sus facultades de auditoría y control.

Mas ello no determina que pueda, por sí y ante sí, dar por terminada la cobertura o modificarla, limitándola: La existencia de un pronunciamiento judicial del tenor del dictado en autos, impide tal accionar.

En otros términos, una interpretación razonable de lo decidido en la causa, abre la posibilidad de que el Instituto pueda requerir al afiliado que adjunte **-con una periodicidad razonable-** información acerca del tratamiento (Esta periodicidad, surgirá de los propios informes de seguimiento; por caso, si en base a los mismos, se establece un pronóstico de continuidad anual y, en base a ello, se acuerda una vigencia de cobertura anual, la documentación será exigible al finalizar ese año).

Pero, esta "vigencia administrativa" funcional al ejercicio de las facultades de auditoría y control, no afecta lo decidido judicialmente.

En otros términos, el ejercicio de las facultades de auditoría y control, no obstará a que continúe cubriendo el tratamiento en los términos fijados en la sentencia: Sólo en casos de entender que la continuidad no se encuentra



justificada en criterios médicos aceptables, el Instituto deberá efectuar el correspondiente planteo judicial, por vía incidental, a fin de que se determine el cese de la orden impartida, debiendo continuar con la prestación ordenada, hasta tanto medie una resolución judicial firme en sentido contrario.

Con ese alcance, establecida la exigencia en términos razonables, entiendo que el afiliado amparista deberá dar cumplimiento al requerimiento: Es esperable un obrar de colaboración y buena fe, en la conducta de ambas partes, recordando fundamentalmente, que en el caso, estamos frente a una prestación médica que es estrictamente necesaria para acompañar a una adolescente cuyo estado de salud se encuentra seriamente afectado.

4.2. Sobre estas premisas y para dar una concreta solución a este caso, entiendo que, de no haberse adjuntado una actualización de los informes médicos que den cuenta de la evolución y necesidad de la continuidad del tratamiento médico desde diciembre de 2021 a la fecha (se desconoce la situación administrativa actual), y de efectuarse tal requerimiento por parte del ISSN, deberá cumplimentarse, al sólo efecto de posibilitar el ejercicio de las facultades de auditoría y control.

Reitero, todo ello, sin perjuicio alguno para la continuidad de la cobertura ordenada judicialmente, la que sólo podrá interrumpirse o modificarse, previo planteo incidental.

Con este alcance entiendo que debe revocarse el pronunciamiento de grado, imponiendo las costas a cargo de la demandada en tanto que ha sido la opacidad de los términos de la resolución dictada, la que ha determinado la necesidad del amparista de efectuar los planteos judiciales. **MI VOTO.**

Jorge PASCUARELLI dijo:



Por compartir los fundamentos vertidos en el voto que antecede, adhiero al mismo expidiéndome de igual modo.

Por ello, esta **Sala I**

RESUELVE:

1. Hacer lugar al recurso de apelación interpuesto por la parte actora en hojas 270/272, con el alcance que surge de los considerandos, debiendo ajustarse la actuación de las partes a lo allí dispuesto.

2. Imponer las costas de ambas instancias a la parte demandada (art. 68 del CPCC).

3. Regular los honorarios de la letrada ..., como patrocinante del actor, por su intervención en el incidente suscitado, en la suma de \$19.722 (arts. 35 y 36, LA), y regular los honorarios de la misma letrada en igual carácter, por su intervención en la Alzada, en la suma de \$5.917 (art. 15, LA).

4. Regístrese, notifíquese electrónicamente y, oportunamente, vuelvan los autos a origen.

Dra. Cecilia PAMPHILE - Dr. Jorge D. PASCUARELLI

Dr. Mario J. ALARCON - SECRETARIO