

Guidelines

1) Salud Pública en general. ¿Cuál es la posición del Estado ante esta necesidad? ¿Se considera un derecho fundamental?

En primer lugar, corresponde establecer qué es la salud. La Organización Mundial de la Salud, la define como el estado de bienestar físico, mental y social y no meramente como la ausencia de enfermedad. La salud entonces es el estado en que el ser humano ejerce normalmente todas sus funciones. La Salud Pública Argentina busca la protección de cada persona (considerada en forma colectiva y con el fin de preservar a tal supremo estado funcional), asegurando la atención integral de la salud de las personas y de las familias, es decir, la salud de la población.

Para alcanzarla, el Estado, que es el encargado de llevar adelante la tarea, desarrolla distintas actividades, dentro de las cuales es posible destacar las siguientes actividades: promoción de la adopción de estilos de vida saludables, prevención y finalmente, restauración en caso de pérdida de la misma.

Conforme el esquema adoptado por nuestro país, el accionar del Estado se debe orientar a optimizar la salud pública, evitando cualquier peligro que pueda atentar a la salud humana, previniendo sus enfermedades.

Ante esta necesidad, el Estado propone su intervención mediante los sistemas de salud, cuyo objetivo principal es el mejoramiento de la salud, cuya finalidad es acortar distancias entre los estados de salud de los individuos y de los conjuntos poblacionales. Entre los diversos modos de inmiscuirse, se incluye la provisión de suficiente información tanto a los individuos como a los sistemas de salud, la regulación, la formulación de políticas de control, el desarrollo de recursos, la provisión de servicios, e imprescindiblemente, el sustento económico por parte del Estado, para llevar a cabo estas acciones.

En consecuencia, nos encontramos con un compromiso estatal amplio con la salud, que no siempre se traslada a la realidad, ya que es fundamental y esencialmente programático.

Sumando a lo expuesto anteriormente, la ciudadanía reclama del Estado participación activa en los temas de políticas sociales, en particular sanitarias, con medidas tendientes a asegurar el goce de los mismos servicios de salud por parte de quienes no tienen dinero para alcanzarlo por sí mismos. Y, a su vez, el marco normativo asegura un alto nivel de compromiso con la salud pública.

En primer lugar, de la comprensión de la salud como un servicio esencial del Estado cuando los particulares no lo pudiesen alcanzar por sí mismos, con carácter subsidiario y primario. En segundo lugar, también de la inclusión de la salud como un derecho humano fundamental, lo cual se establece en la Constitución Nacional (“CN”) y en los tratados con su jerarquía. La CN no se refiere directamente a la salud ya que se la considera como un valor incorporado, se la presupone como un derecho fundamental y básico, sobre el cual se desarrollan otros. En tal sentido se manifiestan los Arts. 41¹ y 42² de dicho ordenamiento, que cobran importancia al tomar a la salud como un valor tácito y precondicional. Es primordial destacar, que el derecho a la salud esta comprendido dentro del derecho a la vida, y que éste configura uno de los denominados “Derechos Implícitos”, comprendidos en el art. 33³ de la CN.

¹ Art. 41. - Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras; y tienen el deber de preservarlo. El daño ambiental generará prioritariamente la obligación de recomponer, según lo establezca la ley. Las autoridades proveerán a la protección de este derecho, a la utilización racional de los recursos naturales, a la preservación del patrimonio natural y cultural y de la diversidad biológica, y a la información y educación ambientales. Corresponde a la Nación dictar las normas que contengan los presupuestos mínimos de protección, y a las provincias, las necesarias para complementarlas, sin que aquéllas alteren las jurisdicciones locales. Se prohíbe el ingreso al territorio nacional de residuos actual o potencialmente peligrosos, y de los radiactivos.

² Art. 42. - Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control.

³ Art. 33. - Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución, no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados; pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno.

A su vez, el art. 75 inc. 22⁴ otorga jerarquía constitucional a distintos tratados internacionales que tratan sobre los derechos humanos, en los cuales la salud ha sido reconocida como derecho fundamental. Dichos tratados son los siguientes: La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño. Además, el inc. 23⁵ del mismo artículo, señala la necesidad de promover medidas de acción positivas que garanticen el goce y ejercicio de los derechos que reconocen tanto la propia CN, como los diferentes instrumentos internacionales. Es a partir de la reforma constitucional de 1994, que el derecho a la salud se encuentra expresamente reconocido con jerarquía constitucional en el citado Art. 75 inc. 22. En este sentido, en Art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad. El Art. 25⁶ de la Declaración Universal de Derechos Humanos dispone que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. El Art. 12⁷ del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estableció que entre las medidas que los estados partes deberían adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, deberían figurar la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Por último, resulta claro que el Derecho a la Salud es considerado como un derecho fundamental y esto significa que debe ser innato, universal, imprescriptible, irrenunciable e interdependiente.

En consecuencia, el Estado intervencionista considera a la salud como un derecho fundamental, ha creado herramientas jurídicas para garantizar una salud integral a todos los ciudadanos pero al confrontar el marco jurídico con la realidad, todavía hay un enorme trabajo por realizar.

⁴ Art. 75. - Corresponde al Congreso: [...] 22. Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede. Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos. Sólo podrán ser denunciados, en su caso, por el Poder Ejecutivo nacional, previa aprobación de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara. Los demás tratados y convenciones sobre derechos humanos, luego de ser aprobados por el Congreso, requerirán del voto de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara para gozar de la jerarquía constitucional.

⁵ Art. 75. - Corresponde al Congreso: [...] 23. Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia.

⁶ Art. 25: 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

⁷ Art. 12: 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad

2) Sistemas de Salud: cómo están compuestos? (Público, Obras Sociales, Privado, otros) ¿Qué requisitos hay que cumplir para acceder a la atención en el sistema público?

Como venimos explicando, la política del Estado en materia de Derecho a la Salud, es intervencionista. La forma en que lo hace es, siguiendo el principio de subsidiariedad y de solidaridad, ofertando atención médica gratuita.

El sistema de salud de la Republica Argentina, se compone por tres subsistemas: uno publico, otro correspondiente a las Obras Sociales⁸ y finalmente, uno privado, el de las empresas de Medicinas Prepagas⁹.

El mencionado sector público, se desarrolla suministrando, mediante los distintos hospitales, centros y salas de salud -públicos- una atención médica gratuita que se sostiene a través del sistema impositivo. En teoría, debería proporcionar atención gratuita a toda la población pero actualmente solo apunta a los sectores sociales más bajos.

En consecuencia, en la Argentina hay atención gratuita por dos razones que actúan conjuntamente y que se corresponden perfectamente. Por un lado, tenemos la necesidad funcional que impone nuestro sistema y, por el otro, el principio de subsidiariedad, propio de la doctrina social de la Iglesia Católica.

El principio de subsidiariedad, recientemente aludido, fue incorporado como criterio de justicia en la jurisprudencia a mitad del siglo XX. Su fin específico es la delimitación particular de competencias sociales. De este modo, el principio estipula que el Estado debe hacer lo que no puedan alcanzar las instituciones intermedias –las obras sociales y de medicina prepaga, entre ellas asociaciones y fundaciones.- pero su actuar no debe terminar absolviendo a las mismas. El principio se aplica simultáneamente entre el Estado, las instituciones intermedias y los individuos.

El estado debe asegurar un paralelismo nacional de salud entre aquellos que pueden proporcionarse atención médica a través del sector privado, y aquellos que no pueden hacerlo.

Para acceder a la atención gratuita, el paciente se debe presentar a cualquier hospital, centro o sala de salud habilitado. Una vez verificado que no tiene obra social, que no trabaja en relación de dependencia y que no se encuentra amparado por ningún beneficio previsional, se procede a su atención. Igualmente, en casos excepcionales de urgencia absoluta, el mejor camino para acceder a ella es mediante el reclamo judicial del amparo.

3) Derechos del niño:Cuál es la definición Constitucional de “niñez”, en tu país. Existe una resolución especial para delimitar la edad hasta la cual un niño enfermo de cáncer deba ser tratado como paciente pediátrico? En la práctica, hasta qué edad son tratados en los servicios de oncología pediátricos

Se considera jurídicamente infantil lo que atañe a los niños, que según la Convención de los derechos del niño y la reserva interpretativa de Argentina (Ley N° 23.849) “se entiende por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los dieciocho años de edad.”

En el aspecto de salud, en lo que hace a la cobertura, se amplía hasta los 21 años ya que, al estar bajo tutela paterna, se hallan incluidos en las obras sociales de sus tutores.

4) Existe un Programa en tu país que cubra integralmente, entre otras patologías, el cáncer. ¿Cuál es su alcance? (Diagnóstico, tratamiento, paliativos, rehabilitación, etc) Qué requisitos debe cumplir para recibir estos beneficios? (nivel de ingresos, otras coberturas, etc) Tiene alcance nacional?

El PMO creado por la Resolución del Ministerio de Salud N°939/00 es el Programa de Salud de cumplimiento obligatorio para todos los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud (Obras Sociales Ley N° 23.660 y 23.661) y aquellos que en el futuro adhieran al mismo. Se desarrolla sobre la base de las

⁸ FALTA DEFINICIÓN

⁹ Ley N° 1.517. Artículo 3°.- Definición. A los efectos de la presente Ley, son consideradas Entidades [...] de Medicina Prepaga las sociedades comerciales de cualquier naturaleza, las sociedades cooperativas y mutuales, los hospitales privados, las fundaciones, las asociaciones y colegios de profesionales, las obras sociales cuando ofrezcan planes a adherentes voluntarios y los comerciantes debidamente matriculados que suscriban un contrato con el objetivo de brindar servicios de prestaciones de salud o establecer las condiciones en que se prestarán los servicios conforme a un Plan aprobado, asumiendo el riesgo económico y la obligación asistencial como contrapartida de un pago periódico de monto determinado a cargo del beneficiario, durante el período de tiempo establecido en el contrato.

estrategias de atención primaria de la Salud, privilegiando las acciones de prevención. Son las prestaciones médicas a que tiene derecho todo beneficiario de la Seguridad Social, privilegiando la prevención y promoción de la salud y el libre acceso, solidario e igualitario a las prestaciones de salud. Es un instrumento que permite controlar las prestaciones a que están obligadas las Obras Sociales, haciéndolas más eficaces desde el punto de vista prestacional y administrativo.

Se encuentra alcanzado por lo establecido en las Leyes 24.455 y 24.901, en los Decretos 1.424/97 y 1.193/98 y en las Resoluciones de Ministerio de Salud y Acción Social 625/97, 301/99, 542/99 y 791/99.

Los Agentes del Seguro (agentes pagadores de las prestaciones) deberán garantizar a sus beneficiarios mediante servicios propios o contratados el acceso oportuno, libre e igualitario a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Los beneficiarios tendrán derecho a la totalidad de las prestaciones detalladas en el Catálogo de Prestaciones del PMO establecidas en la Resolución N°939/00. No están incluidas en la cobertura las prestaciones efectuadas fuera del país.

Si la prestación que el paciente necesita está dentro del PMO debe exigirla de su obra social y no puede exigírsela al Estado. Si no está incluida en el PMO puede reclamársela al Estado. El Estado no tiene PMO, el Estado tiene una obligación excepcional y residual: debe cubrir todo lo que no estén obligados a cubrir otros.

A continuación se especifica únicamente prestaciones incluidas en el PMO relativos a la **oncología**:

- **Cobertura**: Los programas de enfermedades oncológicas incluyen los programas de prevención de los cánceres femeninos, mama y cuello uterino y de diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas sin cargo alguno para el beneficiario de acuerdo a los medios de diagnóstico y terapéuticas reconocidas en ambulatorio e internación por la autoridad de aplicación. Asimismo se cubrirán solamente medicamentos aprobados por protocolos Nacionales, y no se cubrirá medicación incluida en protocolos experimentales en período de prueba. Se excluyen también las denominadas Terapias Alternativas.

- **Medicamentos**: En medicación de baja incidencia y alto costo, se otorgará la cobertura al 100%, dado que el abono de porcentajes por parte de los afiliados de ingresos salariales comunes resulta imposible. Los siguientes ejemplos serán cubiertos al 100% por la propia Obra Social: (i) Inmunosupresores, (ii) Eritropoyetina, y (iii) Interferón. La medicación NO oncológica, de uso en protocolos oncológicos, tendrá la misma cobertura que la medicación ambulatoria, a excepción del ondasetrón en el tratamiento de los vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes (cisplatino, carboplatino, ciclofosfamida, ifosfamida, dactinomicina D, dacarbazina, doxorubicina, idarrubicina, epirubicina, estreptozotocina, citarabina).

Para acceder a la provisión de los medicamentos nombrados (que no podrán ser dispensados en farmacias en forma directa) el beneficiario deberá presentar la Historia Clínica¹⁰, el protocolo de tratamiento incluyendo dosis diaria y el tiempo estimado del mismo.

- **Prótesis y ortesis**: Las Obras Sociales brindarán el 100% de cobertura en las prótesis e implantes de colocación interna permanente.

5) Existe un organismo oficial que provea drogas? Es gratuito?Cuál es su alcance? (citostáticos, coadyuvantes, antibióticos) Cómo se accede a sus servicios? ¿Se aplica sólo a ciertos tipos de cáncer infantil? ¿Dónde está ubicado? ¿Existen Bancos en otras localidades?

El Banco Nacional de Drogas se creó para entregar drogas, entre otras, Oncológicas o Citostáticas a pacientes sin cobertura social. Forma parte de uno de los diversos programas que se promueven, junto con la atención médica gratuita, a pacientes que no se hallen trabajando en relación de dependencia ya que se entiende que ese sector, el de los trabajadores en relación de dependencia, se encuentra cubierto por las Obras Sociales. No se hace distinción en cuanto a tipos de cáncer, con lo cual se debe interpretar que se aplica a todo tipo de cáncer, sea adulto o infantil.

La función del Banco Nacional de Drogas consiste en la entrega de Drogas Oncológicas o Citostáticas a pacientes sin cobertura social. Los requisitos que deben cumplir los pacientes para acceder a estas drogas son los siguientes: (i) Ser atendido en un Hospital Público por un especialista en oncología, oncohematología u oncopediatria, (ii) No poseer cobertura social, y (iii) No contar con recursos económicos para solventar el tratamiento. La documentación que se debe presentar para acceder a las drogas es la siguiente: (i) Prescripción

¹⁰ Definición: La historia clínica es la constancia escrita de todos los exámenes médicos y estudios realizados, como asimismo de todo lo efectuado en el transcurso de la enfermedad y de los tratamientos llevados a cabo. (<http://www.conmed.com.ar>)

de las drogas, (ii) Encuesta social del Hospital Público donde se asiste, y (iii) Constancia de no-cobertura otorgada por el ANSES. Sin estos requisitos, el paciente no podrá acceder a dichas drogas.

El Banco Nacional de Drogas está ubicado en Ramón Carrillo 489 2° piso, Ciudad de Buenos Aires. El horario de atención al público es de 8:00 hs a 12:00 hs.

El Banco de Drogas de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra sito en Av. Paseo Colón 568, y es una de las entidades que se ocupa de la oncología y la entrega de fármacos de manera gratuita y donde se provee de información al respecto. La Defensoría de la Salud es otra de dichas entidades estatales, y las solicitudes se hacen por teléfono al (0054- 11) 4941-9829.

Existen filiales del Banco Nacional de Drogas en el interior de la República Argentina. Las mismas son las siguientes:

FILIAL	RESPONSABLE	PERSONAL	DIRECCION	TELEFONO
CATAMARCA	Dra. E. Figueroa	Administrativo 1	A. Illia 360	03833-437659/61
CORDOBA	Dra. R. Dinoto	Administrativo 1	Rosario de S. Fe 374	0351-4230071
CORRIENTES	Dr. C. Scharousky	Administrativo 1	Necochea 1050	03783-421225
CHACO	Dra. M. Sanchez Negrete	Administrativo 1	9 de Julio 1100	03722-442399
CHUBUT	Dra. Ríos Part	Administrativo 1	H. Yrigoyen 950	02974-442235
FORMOSA	Dra. S. Acevedo	Administrativo 1	Salta y Mitre	03717-426194
JUJUY	Dra. S. Perez	Administrativo 1	J. Hernández 2624	0388-4221291
MENDOZA	Dr. R. Bianchi	Administrativo 1	Moreno 1178	0261-4239972
MISIONES	Dr. A. Malla	Administrativo 1	López Torres 1167	03752-447779
NEUQUEN	Dr. Oscar Humar	Administrativo 1	Talero y Bs. As. s/n°	0299-4490849
ENTRE RIOS	Dra. B. De Cozzi	Administrativo 1	Pte. Perón 450	0343-4233707
SALTA	Dr. C. Terrazas	Administrativo 1	Tobias y Boedo	0387-4360360
SAN JUAN	Dra. Pérez	Administrativo 1	Lib. San Martín 5499	0264-4330880
SAN LUIS	Dra. Rodríguez Franco	Administrativo 1	Caídos en Malvinas 110	02652-425025
LA RIOJA	Dr. L. Kaen	Administrativo 1	24 de Septiembre	03822-427010/392
SGO. DEL ESTERO	Dra. G. Maidana	Administrativo 1	AV. Belgrano 2273	0385-4222440
SANTA CRUZ	Dr. O. Navarro	Administrativo 1	Ramón Cajal y San Martín	02966-425411
SANTA FE	Dra. Medina	Administrativo 1	Alem 1450	0341-4408360
RIO NEGRO	Dr. T. Cimerilli	Administrativo 1	Av. Roca 2121	02941-4431513
TUCUMAN	Dr. L. Silberman	Administrativo 1	Av. Mate de Luna 1550	0381-4320776

6) Enfermedad catastrófica. En su país: ¿El cáncer es considerado en la legislación o en la práctica como enfermedad catastrófica? ¿Qué definición ofrece la Organización Panamericana de la Salud [falta]? En la Ley? Creación del APE

No hay una definición estricta, pero en la literatura internacional se pueden encontrar una variedad de criterios e interpretaciones. Desde un punto de vista médico, el concepto se asocia al riesgo inminente de pérdida de vida o pérdidas irreparables en la integridad física. Desde el punto de vista financiero, el concepto es más llano, y apunta a las enfermedades cuyo tratamiento requiere grandes sumas de dinero. Alrededor de esta noción se generaron los desarrollos, y no pocas controversias, pero el consenso se fue cerrando alrededor de dos conceptos: a) el muy alto costo; y b) la certidumbre que, una vez ocurrida la enfermedad, el paciente demanda recursos superiores al promedio.

Un tercer rasgo sería la frecuencia. Se suele asociar a las enfermedades muy costosas, -casi como un atenuante a su alto costo-, con el atributo de ser de baja probabilidad. Por eso algunos le llaman también de "*alto costo y baja incidencia*". Si bien esto es cierto hasta ahora, las tendencias poblacionales, epidemiológicas y tecnológicas están haciendo que enfermedades que pueden ser consideradas no catastróficas generen un nivel de gasto tan alto, que pasan a ser "financieramente" catastróficas y frecuentes. Las enfermedades que conforman este grupo constituyen un entramado complejo y heterogéneo. En algunos casos, son enfermedades cuyo patrón de gasto responde a un monto muy elevado al principio (la intervención) y luego un flujo menor pero cierto y prolongado en el tiempo. Los ejemplos más conocidos son los trasplantes de órganos y las cirugías de alta complejidad. En otros casos, se trata de enfermedades cuyo patrón no responde a un fuerte gasto por única vez sino que requiere un flujo sostenido y repetido para toda la vida, que está consistentemente por encima del promedio de gasto de una persona sana. Los ejemplos más conocidos son el **cáncer**, el sida, las discapacidades producidas por accidentes cerebrovasculares, las enfermedades mentales crónicas, el mal de Parkinson, malformaciones o mutaciones, parálisis prolongadas. En ambos casos, -nótese-, el punto es que, además de que las enfermedades demandan muchos recursos, quién las sufre tiene la certeza de que los demandará en un nivel por encima del promedio durante toda su vida.

En consecuencia, el cáncer es una enfermedad catastrófica.

7) Existe en el país un Programa que atienda la demanda respecto a Medicación de Baja Incidencia y Alto Costo? Alcances y requisitos.¿Qué requisitos debe cumplir el paciente para entrar en el programa?

La Administración de Programas Especiales (en adelante "APE") [se ampliará la información sobre el APE], administra un sistema de reasignación de recursos solidarios entre los agentes del Seguro de Salud, para atender las denominadas enfermedades catastróficas, es decir aquellas enfermedades de baja incidencia, que requieren tratamientos de alto costo y/o de prolongada cobertura en el tiempo, que ponen en riesgo vital y/o funcional al paciente y cuyo tratamiento, por lo general de alta complejidad, requiere de infraestructura, y/o equipamiento, y/o recurso humano especializado.

En Argentina, excepto algunas experiencias privadas, sólo las Obras Sociales nacionales, mediante los recursos del Fondo Solidario de Redistribución y la administración de la APE, cuentan con un sistema de "seguro" para este tipo de enfermedades, que cubre a 11,6 millones de beneficiarios.

Sin embargo, su diseño y forma de operación hace que la cobertura efectiva sea muy insuficiente. El mecanismo de la APE funciona como una entidad que se financia con parte de los aportes y contribuciones salariales que se destinan a las obras sociales (10, 15 ó 20%, según nivel de ingreso del cotizante). Está pensado para atenuar el sobre costo de la amplitud que tiene el PMO y así facilitar su cumplimiento por parte de las obras sociales. Sin embargo, el mecanismo es rudimentario y cumple muy débilmente este objetivo. Los rasgos más importantes son que:

- a) es un esquema de reconocimiento de gastos que opera bajo la lógica de subsidios discrecionales;
- b) funciona sólo para algunas prestaciones catastróficas y por montos parciales;
- c) cuando la APE agota sus recursos, el dispositivo deja de funcionar; es decir, funciona como un mero paliativo a las obligaciones de las obras sociales; y

d) la operatoria gira alrededor de una combinación de modalidades de reembolsos, franquicias, topes y módulos que hacen que la cobertura efectiva sea baja

8) Discapacidad. De acuerdo a la ley de discapacidad, ¿Cuándo se considera que los Pacientes pueden ser considerados discapacitados? ¿Existe la discapacidad transitoria? ¿i.e. derechos le otorga la ley de discapacidad?

Según la Ley N° 22.431 se considera discapacitada: “toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.”

El cáncer es una alteración física prolongada que en los niños, por la edad, implica desventajas para la integración familiar, social y educacional.

Por lo tanto, los enfermos oncológicos deben ser considerados discapacitados y no incapaces. La ley no dice que la discapacidad deba ser permanente. Puede ser prolongada, como en este caso, es decir, transitoria.

Las leyes de discapacidad aseguran derechos para optimizar la integración y el acceso a todos los servicios, no sólo de salud sino también de vivienda, educación, transporte, alimentación, etc.

El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios:

- a) Rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada.
- b) Formación laboral o profesional.
- c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual.
- d) Régimenes diferenciales de seguridad social.
- e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios previstos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común.
- f) Orientación o promoción individual, familiar y social

9) Derechos de rehabilitación. ¿La atención médica incluye la rehabilitación? ¿Qué aspectos de la rehabilitación incluye: médica, social?

La atención médica incluye a la rehabilitación siendo que la rehabilitación es el único tratamiento posible a la salud de quien tiene una afección prolongada o incurable.

La Ley N° 22.269 de Obras Sociales establece que los entes de obra social deberán garantizar a todos sus beneficiarios el otorgamiento de prestaciones médico-asistenciales básicas, lo que incluye a la rehabilitación conforme a las prioridades fijadas por la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

El PMO establece que los Agentes del Seguro darán cobertura al 100% en los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial, con el siguiente alcance:

- Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses.
- Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses.
- Accidente Cerebrovascular: hasta tres meses, prorrogable por la Auditoria del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.
- Post-operatorio de traumatología: hasta 30 días, prorrogable por la Auditoria del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

A su vez, la Ley 24.901 de Sistema de Prestaciones Básicas en Habilidad y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad, se instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección. Su objeto es brindar una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos. Según la citada ley, se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario, tienen por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que una persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean estas de origen congénito o adquirido (traumáticas, neurológicas,

reumáticas, infecciosas, mixtas o de otra índole), utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios.

En todos los casos se deberá brindar cobertura integral en rehabilitación, cualquiera fuere el tipo y grado de discapacidad, con los recursos humanos, metodologías y técnicas que fuere menester, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera.

10) Obras sociales. ¿Cuáles son sus obligaciones? ¿Varían las obligaciones por provincia? Analizar jurisprudencia. ¿Están permitidos los coseguros?

El sistema de obras sociales se rige por lo establecido en la Ley 22.269, su reglamentación y demás normas que la complementen, siendo su objetivo garantizar la prestación de servicios médico-asistenciales conducentes a conservar o restablecer la salud de los beneficiarios de dicho sistema, y otras prestaciones de carácter social, sobre la base del principio de solidaridad y procurando el mejor nivel de atención médica y el máximo aprovechamiento de los recursos.

Los entes de obra social deberán garantizar a todos sus beneficiarios el otorgamiento de prestaciones médico-asistenciales básicas. Dentro del concepto de prestaciones médico-asistenciales básicas incluyen las que requiera la rehabilitación de las personas discapacitadas con el alcance que la reglamentación establezca. (cfr. La ya citada Ley N° 22.431).

De acuerdo con su capacidad económico-financiera, los entes de obra social deben otorgar subsidios por fallecimiento y otras prestaciones de carácter social, con sujeción a las normas y prioridades que establezca la autoridad de aplicación.

Como techo constitucional del problema, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (“CSJN”) ha repetido en muchos pronunciamientos que “el derecho a la salud, máxime cuando se trata de enfermedades graves, se encuentra íntimamente relacionado con el derecho a la vida” destacando “la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga” (*Orlando c. Provincia de Buenos Aires; Sánchez c. Estado Nacional, Fallos; Floreancig c. Nación Argentina*). Dijo también que “la protección de la salud no sólo es un deber estatal impostergable, sino que exige una inversión prioritaria” (*Barria c. Provincia del Chubut y Estado Nacional*).

Asimismo, la CSJN en los casos “*Campodónico de Beviacqua c. Ministerio de Salud y Acción Social*” y “*Monteserín, Marcelino c. Estado Nacional*” ha reconocido que a partir de los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional se “ha reafirmado en recientes pronunciamientos el derecho a la preservación de la salud –comprendido dentro del derecho a la vida– y ha destacado la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas”.

Es deber de toda autoridad pública garantizar el derecho a la preservación de la salud con acciones positivas, derecho que fuera reconocido por la normativa en el orden Nacional –art. 42, 43 y 75 inc “22” de la CN. No se puede soslayar el reconocimiento que los pactos internacionales realizan con cláusulas específicas que resguardan la vida y la salud (Arts I y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, del art. 25 inc. 1° la Declaración Universal de Derechos Humanos, de los art. 4° inc. 1° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos –Pacto de San José de Costa Rica–, del art. 24 inc. 1° del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y del art. 12 incisos 1° y 2° apart. c), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), vinculados con la asistencia y cuidados especiales que le deben asegurar. Es por esto que las obras sociales no pueden sustraerse de su obligación de garantizar a todos sus beneficiarios el otorgamiento de prestaciones médico-asistenciales básicas.

En relación con las empresas de medicina prepaga, la discusión se ha centrado en la amplitud del PMO originariamente establecido por la ley 24.455 para las obras sociales regidas por las leyes 23.660 y 23.661 y extendido luego a dichas empresas por medio de la ley 24.754. Dado que éstas suscriben con sus asociados un contrato que establece y tipifica sus prestaciones, han sostenido que las ampliaciones del PMO no les resultan obligatorias. La Corte ha rechazado este planteo estableciendo 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” (*“Cambiaso Pérez de Nealon c. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC)”*).

Obviamente entonces, estas mismas obligaciones se extienden a las obras sociales y así lo ha impuesto la Corte en una acción contra el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) (*“Reynoso c. I.N.S.S.J.P.”*) en la cual, incluso, se ampliaron las prestaciones básicas que contemplan los anexos del PMO, bien que se trataba de un caso límite, tal como expresamente se deja aclarado. También se encuentran alcanzadas por la obligación de otorgar una amplia cobertura los órganos del Estado Nacional que brindan prestaciones de salud. Así en *“Martín c. Dirección General de Bienestar Social de la Fuerza Aérea”* se resolvió que la demandada, pese a no estar adherida expresamente al sistema de las leyes N° 23.660, N° 23.661 y N° 24.901, debía hacerse cargo del tratamiento integral de una menor discapacitada.

Se entiende por coseguro (o porcentaje a su cargo) lo que el beneficiario haya abonado a otro sistema de salud, obligatorio o no, en los diferentes servicios que el mismo le brinde. Los coseguros se permiten siempre que no impidan en la práctica el acceso a la prestación.

En todos los casos serán abonados al prestador y en el momento de recibir la prestación.

Según el PMO, los pacientes que padezcan enfermedades oncológicas están exceptuados del pago de coseguros en todos los rubros y para todas las prestaciones relacionadas con el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de su enfermedad de base una vez diagnosticada. También están exceptuadas del pago de coseguros las personas con discapacidad de acuerdo con lo estipulado en la Ley 24.901 y su Decreto Reglamentario.

11) Sangre gratuita y segura. ¿Hay provisión de sangre gratuita y segura? ¿Qué regula la Ley de Donación de Sangre? ¿Existen Bancos de Sangre?

En Argentina existe la Ley N° 22.990 de Sangre que establece que la autoridad de aplicación y las autoridades jurisdiccionales adoptarán las medidas que garanticen a los habitantes en su jurisdicción el acceso a la sangre humana, componentes y derivados en forma, calidad y cantidad suficiente, disponiendo a la vez, la formación de las reservas que estimen necesarias; asumiendo las citadas autoridades y las correspondientes de los establecimientos u organizaciones comprendidos, la responsabilidad de la preservación de la salud de los donantes y protección de los receptores.

El Registro de Servicios de Hemoterapia, integrante del Sistema Nacional de Sangre es la autoridad de aplicación, quien asumirá las responsabilidades y ejercerá las funciones siguientes:

1. Establecer las normas técnicas y administrativas que reglamenten la habilitación, funcionamiento, control, inspección y supervisión de los Servicios de Hemoterapia, Bancos de Sangre, y demás establecimientos comprendidos en este cuerpo legal, existentes o a crearse en el futuro.
2. Determinar las normas técnicas de seguridad a cumplir en las prácticas transfusionales en general.
3. Obtener toda información relacionada con la salud de donantes y receptores para la adopción de las medidas de prevención o corrección que sean necesarias.
4. Fijar las normas para el establecimiento y funcionamiento de las asociaciones de donantes de sangre como también para su fiscalización y control.
5. Promover campañas de motivación de los donantes de sangre.
6. Proponer al Poder Ejecutivo Nacional las medidas referentes a la importación y exportación de sangre, componentes y derivados.
7. Regular la habilitación, contralor e inspección de los establecimientos dedicados a la elaboración industrial de derivados, sueros hemoclasificadores o reactivos.
8. Establecer las normas que aseguren y garanticen el abastecimiento de materia prima a las plantas de hemoderivados.
9. Fijar las normas para el establecimiento y funcionamiento de un sistema de información, registro, catastro y estadística que comprenda a todos los niveles de dirección y ejecución del Sistema.
10. Reunir, ordenar y reservar la información ejecutiva, estadística y de catastro que le resulte necesaria a los fines de la dirección superior del Sistema.
11. Establecer los registros de operaciones y de anotaciones técnicas, administrativas y contables, que deberán cumplir todos los establecimientos o entes comprendidos en la materia de esta ley.
12. Proponer al Poder Ejecutivo Nacional las normas para afrontar las situaciones de emergencia o catástrofe jurisdiccionales o generales.
13. Coordinar su acción con las facultades médicas del país a fin de contribuir a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos.

14. Promover los planes y las acciones tendientes a la preservación y cuidado de la salud del personal afectado y relacionado con esta ley como también de la población en general.
15. Supervisar y evaluar los resultados del servicio y elevar a la autoridad de aplicación un informe anual.
16. Establecer las normas del régimen operativo de intercambio y cesión de sangre como también de su supervisión, control e inspección.
17. Promover la publicación de literatura específica conteniendo las normas y conocimientos necesarios para que todo profesional pueda desempeñarse en la emergencia, actualizándolo anualmente con los adelantos que en esta materia se hubieren producido.
18. Brindar apoyo técnico y/o económico, cuando a solicitud de las autoridades jurisdiccionales, se considere necesario y oportuno, para el mejor funcionamiento del Sistema Nacional de Sangre.

Los laboratorios productores de reactivos, elementos de diagnóstico o sueros hemoclasificadores que utilicen como materia prima sangre o componentes de origen humano para la elaboración de sus productos deberán ser estatales o privados sin fines de lucro. Asimismo, deberán contar con la autorización y habilitación de la autoridad de aplicación.

En caso de ser parte de una planta dedicada a la elaboración de otras especialidades medicinales deberá estar debidamente separada de la misma, estructural y funcionalmente.

El Banco de Sangre es el ente técnico-administrativo integrado a establecimientos asistenciales oficiales o a entidades oficiales o privadas sin fines de lucro. Tendrá las siguientes funciones:

- a) Estudio, examen clínico, selección, clasificación de donantes y extracción de sangre.
- b) Clasificación y control de sangre y sus componentes.
- c) Fraccionamiento de sangre para la obtención de componentes.
- d) Conservación de sangre y sus componentes para la provisión según las necesidades.
- e) Provisión de materia prima a las plantas de hemoderivados.

La sangre que se utilice para la elaboración de sus productos, les será provista exclusivamente a través de los bancos de sangre. Estos últimos oficiarán únicamente como elementos extractores y depositarios de la materia prima, hasta su remisión a los establecimientos elaboradores.

En todas las circunstancias la vinculación entre el Banco de Sangre y el establecimiento receptor de la materia prima, se hará efectiva a través de un convenio de partes, cuya validez estará condicionada a la aprobación de la autoridad de aplicación.

Los Bancos de Sangre sólo podrán relacionarse con las plantas de hemoderivados mediante mecanismos de trueque, y a los únicos fines de abastecerlas de materia prima. En tales casos la compensación sólo podrá consistir en productos elaborados exentos de valor comercial.

La elaboración industrial de hemoderivados, deberá ajustarse a las disposiciones legales aplicables a los medicamentos de uso y aplicación en medicina humana.

La autoridad de aplicación nacional coordinará con las autoridades jurisdiccionales, el emplazamiento territorial de las plantas de hemoderivados y teniendo como base a las necesidades de orden regional. Asimismo, la autoridad de aplicación establecerá los patrones nacionales que deberán ser tenidos en cuenta obligatoriamente como índice de referencia, para la habilitación y control permanente de los componentes y derivados que se elaboren a partir de la sangre humana. Dichos patrones deberán actualizarse conforme al progreso que se verifique científicamente en el orden internacional en esta materia.

Los excedentes de sangre humana o sus componentes, vencidos o no, que no sean utilizados por los Bancos de Sangre no podrán ser desechados y deberán ser obligatoriamente entregados a la planta de hemoderivados que disponga la autoridad de aplicación.

12) Plan Emergencia de Salud. ¿Existe algún plan de emergencia que limite las prestaciones que el Estado está obligado a dar en situaciones normales?

El Decreto del Ministerio de Salud 486/2002 en el cual se declara la Emergencia Sanitaria Nacional, a efectos de garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud, con fundamento en las bases que seguidamente se especifican: a) Restablecer el suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas con servicios de internación; b) Garantizar el suministro de medicamentos para tratamientos ambulatorios a pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad social; c) Garantizar el acceso a medicamentos e insumos esenciales para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas; d) Asegurar a los beneficiarios del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y del Sistema Nacional del Seguro de Salud el acceso a las prestaciones médicas esenciales.

En seguimiento a lo pautado en el Decreto Nacional De Necesidad y Urgencia Sobre Obras Sociales N° 446/2000, las Obras Sociales debieron crear un Programa Médico Obligatorio de Emergencia (en adelante “PMOE”) que se mantendrá mientras dure el estado de emergencia. Este programa contempla y está integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de enfermedades que deben ser garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud. “Agentes del Seguro de Salud” es el vocablo empleado por la normativa del sistema nacional del seguro de salud y la ley de obras sociales y se refiere a los pagadores de las prestaciones.

El PMOE fue implementado debido a que la situación sanitaria nacional no escapa a la profunda crisis económica y social por la que atraviesa nuestro país. La extrema gravedad con la cual se ha presentado este particular escenario para los actores del sector está llevando a un virtual colapso al sistema de salud, en especial para las obras sociales que son las que lo financian y para la sociedad en su conjunto. Existe una abrupta caída de los recursos financieros que ha motivado la ruptura de la cadena de pagos, con el consiguiente riesgo para los beneficiarios de no recibir las prestaciones básicas que garanticen el cuidado de su salud. En respuesta a ello el PMOE promueve las acciones destinadas a garantizar la accesibilidad a los servicios de salud, tendientes a recomponer el acceso a los medicamentos y a los insumos críticos para la atención médica.

En cuanto a la cobertura, se debe brindar exclusivamente las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria nacional. Se privilegiarán las acciones en favor de la preservación de la salud antes de las acciones curativas y, por lo tanto, se reforzarán los programas de prevención. Se proveerán cuidados continuos a los beneficiarios dando prioridad a la atención a través del médico de familia para que sea éste quien acompañe en forma integral a los pacientes en el cuidado, la recuperación y la rehabilitación de su salud.

En lo relacionado a internación, se debe asegurar el 100% de la cobertura y se establece que podrá existir una reprogramación de las cirugías en las cuales no este en riesgo la vida del paciente. Además, se normatizó la utilización de aquellas prestaciones de alto costo con el objeto de garantizar una utilización racional, dado que la sobre-utilización provoca un fuerte impacto económico negativo en detrimento de prácticas y procedimientos de probada efectividad clínica ante iguales circunstancias.

El PMOE ha determinado un formulario terapéutico que incluye los medicamentos necesarios para atender la totalidad de los problemas de salud. Estos medicamentos serán recetados por principio activo o nombre genérico. Los medicamentos deben tener al menos una cobertura del 40 % del valor de referencia. En internación la cobertura de medicamentos es del 100%.

13) Derechos del niño hospitalizado. Adopción del principio.

Según el inc. 23 del art. 75 CN antes mencionado el niño en situación de desamparo (hospitalizado) debe recibir atención preferencial del Estado. Debe asegurársele una absoluta igualdad de derechos con sus congéneres no hospitalizados (alimentación, educación, vínculo familiar, entretenimiento, etc.).

14) Pacientes extranjeros. ¿Hay legislación que ampare a los extranjeros para que reciban el mismo tratamiento, en las mismas condiciones?

Según manifiesta el artículo 20¹¹ de la Constitución Nacional: “Los extranjeros gozan en el territorio de la Nación de todos los derechos civiles del ciudadano; pueden ejercer su industria, comercio y profesión; poseer bienes raíces, comprarlos y enajenarlos; navegar los ríos y costas; ejercer libremente su culto; testar y casarse conforme a las leyes. No están obligados a admitir la ciudadanía, ni a pagar contribuciones forzosas extraordinarias. Obtienen nacionalización residiendo dos años continuos en la Nación; pero la autoridad puede acortar este término a favor del que lo solicite, alegando y probando servicios a la República.”

Por lo expuesto, resulta evidente que los extranjeros tienen el amparo de nuestro ordenamiento fundamental y por tal motivo, tienen los mismos derechos civiles que los argentinos. En consecuencia, deben recibir el mismo tratamiento y en las mismas condiciones que los nacionales, cualquier diferencia existente tornaría ese accionar en inconstitucional.

15) Organismos de control. ¿Qué organismo se encarga de hacer cumplir lo dispuesto en las leyes? ¿Existen Organismos y/o mecanismos para reclamar incumplimientos? (Superintendencia de seguros de salud-Defensor del Pueblo-; Recursos de Amparo- Habeas-Corpus).

Los organismos de control de dichas leyes, son tanto el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y de la Superintendencia de Servicios de Salud, como el Poder Judicial. Este último, adquiere un rol de contralor, siempre que no se respete el derecho a la salud en general, configurado de modo implícito en la Constitución Nacional.

En nuestro país, tanto la Defensoría del Pueblo como la Superintendencia de Servicios de Salud tienen deberes de contralor. La primera respecto del Estado y la segunda respecto de las obras sociales.

En aspectos de salud la vía idónea es siempre la acción de amparo (art. 43 CN), en atención a la urgencia que siempre revisten estas situaciones.

La acción de Habeas Corpus en el ámbito de la salud no se utiliza más que para externar pacientes injustificadamente retenidos en instituciones sanitarias.

16) Medicamentos Genéricos. ¿Existe una normativa para la prescripción específica de medicamentos?

La Ley N° 25.649 de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico tiene por objeto la defensa del consumidor de medicamentos y drogas farmacéuticas y su utilización como medio de diagnóstico en tecnología biomédica y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana. Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración. La receta podrá indicar además del nombre genérico el nombre o marca comercial, pero en dicho supuesto el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades.

El farmacéutico, debidamente autorizado por la autoridad competente, es el único responsable y capacitado para la debida dispensa de especialidades farmacéuticas, como así también para su sustitución. En este último caso deberá suscribir la autorización de sustitución en la prescripción. La libertad de prescripción y de dispensa está garantizada por la elección del principio activo y no sobre especialidades de referencia o de marca.

A los fines de la ley citada se entiende por:

Medicamento: toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra;

Principio activo o monodroga: toda sustancia química o mezcla de sustancias relacionadas, de origen natural, biogénico, sintético o semisintético que, poseyendo un efecto farmacológico específico, se emplea en medicina humana;

Nombre genérico: denominación de un principio activo, monodroga, o de una asociación de principios activos a dosis fijas, adoptada por la autoridad sanitaria, o en su defecto la denominación común internacional de un principio activo o combinación de los mismos recomendada por la Organización Mundial de la Salud;

Especialidad medicinal: todo medicamento de composición cualitativa y cuantitativamente definida, declarada y verificable, de forma farmacéutica estable y de acción terapéutica comprobable debidamente autorizada por la autoridad sanitaria;

Especialidad medicinal genérica: especialidad medicinal identificada por el nombre genérico que corresponda a su composición;

Especialidad medicinal de referencia: es aquel medicamento debidamente habilitado como tal por la autoridad sanitaria nacional, cuya eficacia y seguridad terapéutica ha sido científicamente comprobada por su uso clínico y comercializado en el país por un laboratorio innovador. Cuando un producto que reúna estas características no se comercialice en el país, podrá utilizarse como especialidad medicinal de referencia a fin de comparar la especialidad medicinal genérica, aquella avalada por la Organización Mundial de la Salud por haberse comprobado su acción terapéutica mediante su liderazgo en el mercado farmacéutico internacional.

En el expendio de medicamentos, los establecimientos autorizados deberán informar al público todas las especialidades medicinales que contengan el mismo principio activo o combinación de ellos que la prescrita en la receta médica que se les exhiba y los distintos precios de esos productos. En caso de incumplimiento serán de aplicación las sanciones previstas por la ley 24.240, de defensa del consumidor.

El Poder Ejecutivo Nacional, a través del Ministerio de Salud, es el organismo encargado de controlar el cumplimiento de la ley. En este marco deberá especialmente diseñar campañas de difusión masiva respecto de los beneficios que reviste el uso de las denominaciones genéricas en las prescripciones médicas.

17) Cuidados Paliativos: A partir de la inclusión de los cuidados paliativos dentro del PMO, ¿cómo se implementa su aplicación en la tramitación y provisión de los recursos?

La Organización Mundial de la Salud (en adelante "OMS") define a los Cuidados Paliativos como: "... el cuidado activo y total de las enfermedades que **NO** tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias." El alivio del sufrimiento es el objetivo dominante de los cuidados paliativos, entre los cuales también se encuentran: alivio del dolor y otros síntomas, no alargar ni acortar la vida, dar apoyo psicológico, social y espiritual, reafirmar la importancia de la vida, considerar la muerte como algo normal, proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible, y dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

El objetivo médico primordial durante las etapas iniciales del cáncer es el de lograr la "cura o remisión", lo cual generalmente implica la prescripción de tratamientos muy agresivos pero que son encarados en forma muy optimista. Sin embargo, cuando dichas terapias dejan de ofrecer beneficios o cuando los efectos adversos superan a los propios beneficios, el objetivo de tratamiento cambia y el paciente y/o el médico rechazarán la terapia agresiva.

Uno de los momentos más difíciles en el cuidado del paciente oncológico ocurre durante esta transición del tratamiento tradicional al tratamiento paliativo. Cuando la cura ya no es posible y cuando la enfermedad provoca sufrimiento al paciente, la medicina moderna considera válido un cambio de objetivo a fin de alcanzar "un período terminal y deceso confortable y tranquilo".

En oncología, cuando un paciente con una neoplasia maligna ya no es susceptible de un enfoque terapéutico específico para su enfermedad, y la expectativa de vida es corta, se dice habitualmente que está en fase terminal.

El PMO incluye al cuidado paliativo y lo define como "la asistencia activa y total de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo".

El área asistencial de los Cuidados Paliativos incluye pacientes con **enfermedades oncológicas**, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades metabólicas y genéticas, potencialmente letales a corto o mediano plazos, que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa.

Estos cuidados tienen entre sus objetivos controlar los síntomas, entender y aliviar el sufrimiento por el cual pasan indefectiblemente los pacientes y sus familias. Los Agentes del Seguro deberán desarrollar programas que contemplen el derecho a una muerte digna, buscando la desinstitucionalización de estos pacientes cuando sea posible o su atención en centros que privilegien el cuidado, el confort y la contención del paciente y su familia.

El tratamiento del dolor u otros síntomas angustiantes tendrá cobertura del 100%.

18) Ensayos Clínicos: ¿Existe una normativa que regule la inclusión de pacientes oncopediátricos en ensayos clínicos? ¿Cómo es el procedimiento aplicativo del conocimiento informado?

El ensayo clínico es una evaluación experimental que mediante su aplicación a los seres humanos busca determinar en su resultado un cierto grado de eficacia y seguridad, con el fin de comprobar lo meramente experimentado y, posteriormente, tornarlo aplicable a esa causa específica.

Actualmente, no se conoce normativa exclusiva para llevar a cabo el ensayo sobre pacientes oncopediátricos. Igualmente, el consentimiento informado debe ser cumplido íntegramente respecto de los padres,

quienes deben consentirlo, firmando la comunicación recibida. También, deben ser informados los niños en los casos en que se encuentren en condiciones de comprender el tratamiento que se llevará a cabo. **Falta** actualizar

19) Acciones de Advocacy. Jurisprudencia. Que jurisprudencia relativa a situaciones de incumplimiento de servicios de salud, (privados, estatales o de Obras Sociales,) que se encuentren vinculadas con el criterio pro hominis, existe en relación con la problemática vinculada al cáncer infantil.

No existe jurisprudencia vinculada específicamente a la problemática del cáncer infantil. Sin embargo, los siguientes casos deben ser traídos a colación:

Con la Convencional Rosatti del 03/08/94, al incorporar los tratados con jerarquía constitucional podemos establecer que: “Si nos preguntáramos con qué amplitud o intensidad deben protegerse estos derechos, más allá de la literalidad expresa e inequívoca de los tratados incorporados en nuestra propuesta, el criterio debe ser el de pro hominem, tal como lo ha dicho el presidente de la comisión respectiva. Es decir que deben ser siempre interpretados en el sentido de permitir la mayor intensidad de tutela y de no negar la vigencia de otros derechos o una intensidad mayor de tutela que puedan brindar a esos mismos derechos los ordenamientos locales. Ello surge, por ejemplo, de los artículos 29, 30 y 31 del Pacto de San José de Costa Rica, que contienen normas interpretativas.”

En el fallo “Asociación Benghalensis y Otros c./ Ministerio de Salud y Acción Social-Estado Nacional s./ Amparo” del 01/06/ 2000, la asociación Bhengalensis y otras, en su carácter de entidades no gubernamentales que desarrollan actividades contra la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, promovieron acción de amparo a fin de que el Estado Nacional –Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación a cumplir con la asistencia, tratamiento y rehabilitación de los enfermos de SIDA. y, en especial, con el suministro de medicamentos.

En cuanto al fondo del asunto, la CSJN estableció que: “...el derecho a la salud, desde el punto de vista normativo, está reconocido en los tratados internacionales con rango constitucional.... El Estado tiene obligación de suministrar los reactivos y medicamentos necesarios para el diagnóstico de la enfermedad.” Es claro en cuanto que la Autoridad de Aplicación es el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, y sin perjuicio de que la ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias, el legislador nacional creó un régimen único que declaró de interés nacional y cuyo cumplimiento, en consecuencia, le corresponde al Estado Nacional. La responsabilidad del Estado, en su condición de Autoridad de aplicación que diseña el plan de distribución de medicamentos no se agota con las entregas, sino que debe velar por su correcto cumplimiento, asegurando la continuidad y regularidad el tratamiento médico.