

Curso Anual de Auditoría Médica. Hospital Alemán
2014

Judicialización de la Salud
Prestaciones no incluidas en el PMO



Dra María Lorena Florio

INDICE

Introducción **Pag 3**

PMO. Su Historia. Algunas Críticas **Pag 5**

Derecho de la Salud en Argentina **Pag11**

Estructura y Organización de los Servicios de Salud. Nuevos Desafíos **Pag14**

Vías de la Judicialización **Pag15**

Consecuencias Negativas **Pag26**

Posibles Remedios. Algunas Propuestas **Pag28**

Conclusiones **Pag32**

Bibliografía **Pag33**

Introducción

La medicina ha experimentado en las últimas décadas un gran avance en materia tecnológico-científico, lo que ha llevado, entre otras cosas, a convertir en enfermedades crónicas a algunas que hasta hace poco tiempo eran mortales, al descubrimiento de los mecanismos moleculares que subyacen al desarrollo de los tumores y enfermedades degenerativas posibilitando la aparición de nuevos y más eficaces medicamentos, al avance de las técnicas de fertilización asistida y quirúrgicas, al tratamiento con células madre, etc. Todo ello le ha permitido al ser humano aumentar su expectativa de vida.

Además, la influencia de los medios masivos de comunicación y el auge de los derechos del paciente, entre ellos el derecho a la salud, el de los llamados “grupos de pacientes”, los conflictos de intereses entre los profesionales y las organizaciones, la llamada “medicina defensiva”, etc. han contribuido en mayor o menor medida a generar nuevos y desafiantes conflictos en materia de salud que requieren rápidas e innovadoras soluciones.

En el presente trabajo se pretenderá mostrar con mayor detalle uno de los más graves problemas que enfrentan hoy por hoy los Sistemas Sanitarios, cual es el de la Judicialización de la Salud en lo que respecta a las prestaciones médico-asistenciales incluidas y excluidas del Programa Médico Obligatorio (PMO).

Para esto se comenzará con describir las características del Programa, su historia desde sus inicios, y las críticas recibidas a lo largo de su desarrollo.

Luego se continuará con una breve descripción del desarrollo del Derecho de la Salud en la Argentina y los primeros conflictos relacionados con prestaciones asistenciales. Se analizará la importancia de la Reforma Constitucional de 1994 que colocó al Derecho a la Salud en rango de Derecho Humano fundamental al ser reconocido vía adopción de Tratados Internacionales y se abordará la importancia de una herramienta judicial rápida y expeditiva para interponer en los casos que el derecho se vea amenazado: el recurso de amparo.

A continuación se describirá someramente las características de nuestro Sistema Sanitario y veremos cómo su configuración es también motivo de reclamos por generar situaciones de inequidad y desigualdad en la distribución del recurso salud.

Se hará mención a numerosos fallos y se intentará establecer una pequeña estadística de la situación judicial en materia sanitaria. Se comentarán las consecuencias negativas de la judicialización y se propondrán posibles soluciones al conflicto buscando alternativas integrales y plausibles de ser llevadas a la práctica.

Por último y como síntesis de lo anteriormente expuesto se expondrán las conclusiones y se enumerará la bibliografía.

PMO. Su Historia. Algunas Críticas

El PMO nace con el Decreto 492/95. Este crea una Comisión Técnica que tiene como misión fundamental formular un programa médico asistencial, denominado PMO, el cual consiste en un régimen de asistencia obligatoria para todas las OO.SS del Sistema Nacional del Seguro de Salud (leyes 23.660 y 23.661) las cuales deben asegurar a sus beneficiarios mediante servicios propios o contratados, prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico-odontológico sin establecer períodos de carencia, ni coseguros o copagos fuera de lo expresamente indicado. (RES 247/96 MS y AS)

Un año más tarde, se sanciona la ley 24.475/96 (“ley Banzas”) que en su artículo 1º establece que: *“las empresas que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las OO.SS, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455 (...)”*

Es decir, el PMO constituye una canasta básica de prestaciones que las OO.SS y las EMP deben brindar obligatoriamente a sus beneficiarios y afiliados.

El PMO incluye fundamentalmente atención primaria, plan materno-infantil, atención del recién nacido, cobertura materna durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer año de vida luego del nacimiento, atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad, prevención del cáncer femenino, odontología preventiva, cobertura en enfermedades oncológicas, entre otras.

A partir de la citada resolución que le dio origen, el PMO ha sufrido numerosas incorporaciones y/o modificaciones. Las primeras incorporaron al mismo nuevas drogas o prestaciones (a modo de ejemplo la Res 301/99: cobertura 100% insulinas, 70% hipoglucemiantes orales, 400 tiras reactivas y la Res “Roche” 791/99: cobertura 100% piridostigmina -“Mestinón”- en el texto” para tratamiento de la Miastenia Gravis); pero la modificación integral se estableció mediante la Res 939/00 que entre otras cosas creó una Comisión Asesora.

Así, tras las muchas críticas recibidas, la Res 939/00 expresa entre sus considerandos que: *“la experiencia acumulada desde su implementación permite advertir la necesidad de efectuar correcciones y ajustar su contenido no solo orientado a dar mayores precisiones, sino también a señalar prioridades claras vinculadas con la prevención y la racional utilización de los recursos del sistema”* y que *“resulta necesario redefinir el modelo asistencial, detallar las acciones de prevención a llevar a cabo, precisar el menú de prestaciones incluidas y reformular el régimen de coseguros a cargo de los beneficiarios”* (considerandos 2 y 7); razón por la que se decide modificar integralmente el PMO con el objeto de definir con mayor claridad las prácticas incluidas, formulando un catálogo de prestaciones resultado de la revisión sistemática del Nomenclador Nacional (considerandos 26 y 27)

Para el Estado Nacional, las prácticas incluidas deben revisarse periódicamente según lo expresado en el considerando 8º de la RES 939/00: *“debe quedar garantizado el mecanismo para la actualización del PMO en virtud del carácter dinámico del conocimiento científico, estableciendo una metodología de análisis para la incorporación de tecnologías que asegure la probada eficacia de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico a financiar por la Seguridad Social.”*

A modo de ejemplificar tales incorporaciones se enumeran las normativas que tanto el sector de la Seguridad Social como el Seguro Privado deben obligatoriamente cubrir por quedar incluidas en el PMO:

- Ley 24.455/95 Incorpora prestaciones obligatorias para el tratamiento del SIDA y droga dependencia.
- Ley 24.788/97 Ley Nacional de lucha contra el Alcoholismo.
- Ley 25.415/01 Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.
- Ley 25.404/01 Medidas de protección y garantía del pleno ejercicio de sus derechos a toda persona que padezca epilepsia.
- Res 1276/02 APE Implantes cocleares.

- Ley 25.673/04 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Ley 26.130/06 Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica.
- Ley 26.588/09 Cobertura en harinas y premezclas libres de gluten al paciente celíaco.

En el año 2002 y tras el Decreto 486/02 que declara la Emergencia Sanitaria, nace con la RES 201/02 el PMOE con el objeto de establecer las *prestaciones básicas esenciales necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades que deben garantizar el Sistema Nacional del Seguro de Salud (considerando 3)* justificándose en que la caída de los recursos financieros en salud llevarán a la eventual desaparición de los Agentes del Sistema (*considerandos 5 y 8*)

Dichas prestaciones deberán ser garantizadas como prioridad por el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, mientras subsista la situación de Emergencia Sanitaria (art 18).

Finalmente tras la salida de la Emergencia Sanitaria, se reglamenta la Res 1991/05 cuyo artículo 1º dice: *“Apruébese como parte integrante del Programa Médico Obligatorio las provisiones de la Res 201/02 MS, sus modificatorias y ampliatorias, con más las inclusiones de los Anexos que conforman el presente acto administrativo.*

En palabras de la Dra Cortesi *“el PMO constituye una canasta de prestaciones que abarcan el tratamiento de casi todas las enfermedades conocidas, por lo que muchos sostienen que se trata de un “techo” y no de un “piso”. (1)*

Una de las críticas que se le ha realizado al PMO es la de incorporar tecnologías que no garantizan la calidad de atención, dejando a los pacientes

desprotegidos y lesionando su derecho a recibir tratamientos médicamente apropiados. Veamos:

Surge del análisis de los considerandos de la Res 435/01 de donde se desprende que *“entre dichas acciones se encuentra la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías y normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud”*, que se aprobaron los Protocolos Nacionales Convencionales en Oncología Clínica los cuales forman parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Los mismos (y en consonancia con la *“letra del PMO”* donde se establece que *“el programa de enfermedades oncológicas cubrirá solamente medicamentos aprobados por protocolos Nacionales”*. Res 247/96 anexo I párrafo 1.1.2 y más adelante que *“las prácticas médicas y diagnósticas, para cada patología que no aparezcan en la norma correspondiente del Plan de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, serán eliminadas de la cobertura de las OO.SS”*. Res 247/96 anexo I párrafo 2.9.5), consistían en una sistemática de tratamiento que establecía las drogas a utilizar para cada uno de los estadios de la enfermedad.

En un principio y siguiendo la lógica propuesta podría pensarse que constituyen una herramienta para la toma de decisiones de calidad, pero:

- 1) Tiene graves errores científicos.
- 2) Recomienda dosis incorrectas (en algún caso, letales)
- 3) Ignora las recomendaciones internacionales en la especialidad.
- 4) Indica tratamientos que han sido demostrados ineficaces hace al menos 15 años.
- 5) Y ha sido generado por un grupo, sin deseo alguno de consenso, siendo presentado a la comunidad científica como hecho consumado.

Por lo tanto, surge del análisis de la resolución mencionada:

- Que lo que quede fuera de la misma será excluido de la cobertura. (limitando deliberadamente las opciones de tratamiento para los pacientes oncológicos, en aras de un beneficio económico).

- Que la función asignada al Programa de Garantía de la Calidad no tendría nada que ver con la calidad, sino con la publicación de normas que sirvan para eliminar prestaciones y prácticas de la cobertura de las obras sociales.
- Que la idea es restringir, limitar y negar tratamientos y
- Que en ningún punto del texto se declara que se tomará como base la evidencia científica. (2)

Finalmente y tras ser objeto de observaciones por autoridades sanitarias, entidades universitarias, académicas, científicas y profesionales independientes (entre ellos la Sociedad Argentina de Cancerología, la Asociación Argentina de Oncología Clínica, la Asociación Pallium Latinoamericana y el Prof. Dr. Pedro Politi) la Res 157/02 suspende la aplicación de los Protocolos Nacionales. (B.O 02/04/2002).

Otras críticas hechas al PMO fueron puestas de relieve por el Economista de la Salud, Dr. Carlos Vasallo quien sostiene: *“El Congreso automáticamente incorpora nuevas coberturas obligatorias al sistema de Seguridad Social sin disponer de estudios de costo-efectividad, que si bien no es potestad del Congreso hacerlas, son los que permiten conocer de qué manera se puede financiar el Sistema de Salud (...)*

El Congreso desconoce completamente el PMO (...) éste tiene validez jurídica sólo para los que tienen cobertura de medicina prepaga y de Obras Sociales, en esto hay un doble estándar, porque si se quisiera imponer el PMO en el sistema Público, probablemente se aplique a través de un amparo que obligue al Estado a cubrirlo, por eso las provincias se resisten a armar un paquete con una cobertura básica (...)

Con respecto a la obligatoriedad que tienen las EMP de cubrir el PMO afirma: *“en los '90 se intentó que la medicina prepaga compitiera con las OO.SS para generar una mayor dinámica que iba a traer aparejada la eficiencia del mercado. Pero para generar un esquema de competencia primero había que*

igualar el producto que se ponía en el mercado, entonces se terminó aprobando la ley Banzas que fue impresentable y que establecía que la empresa de medicina prepaga tenía que dar como mínimo y básico el PMO, cosa que no pasa en ningún lugar del mundo, solo acá y en un país de Europa del Este. En definitiva la competencia nunca se logró y la medicina prepaga pudo entrar al mercado de obras sociales por medio de acuerdos puntuales con algunas de ellas. Pero sobre el PMO nunca ha habido un estudio serio que permitiera conocer cómo se costea, que permita saber y evaluar, desde lo que se conoce como estudios de carga de enfermedad, qué es lo que se tiene que cubrir sí o sí y que esa cobertura sea universal y para todos". (3)

Derecho de la Salud en Argentina

En nuestro país el reconocimiento del derecho de la salud puede dividirse en cuatro etapas:

- 1) Período del Modelo Higienista: Se extiende desde mediados del siglo XIX hasta mediados del siglo XX. Durante éste período el Estado ejercía su función subsidiariamente y el valor jurídico protegido era la Salud Pública.
- 2) Estado Benefactor: Desde 1945 hasta la década del '70. En ésta etapa la salud tanto pública como individual pasó a ser responsabilidad del Estado. Durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo se intentó crear un sistema único basado en el Sistema Público mediante la creación de una red hospitalaria que cubriera todo el país. Finalmente, los sindicatos comenzaron a ofrecerles a sus afiliados servicios de salud culminando tal situación con la sanción de la Ley 18.610 en 1970 que por un lado contribuyó a la expansión de las OO.SS pero por el otro fragmentó nuestro sistema Sanitario al existir diferentes organizaciones con distintas capacidades financieras y administrativas con desigual respuesta frente a los problemas de salud de sus beneficiarios.
- 3) Una tercera etapa se corresponde con el Estado Liberal y Neoliberal que comprende desde mediados de la década del '70 hasta 2003 y que se caracteriza por la aparición en escena de las EMP con una casi nula regulación estatal. Aparece el concepto de “consumidor” y “bien de servicio” asociado a la salud y es en éste contexto que se produce la reforma de nuestra Constitución Nacional donde se incorporan en el art 42, entre los derechos de consumidores y usuarios el de la protección de la salud. Es decir, aparece protegida la salud en relación al consumo.

Aparece en éste contexto la incorporación del derecho de la salud a la teoría de los derechos del consumidor: El consumidor, muy bien informados, elige; es el que manda en la relación de consumo y exige un resultado satisfactorio: así transforma una relación de medios en

una de resultados, favoreciendo la litigiosidad cuando no obtiene el efecto deseado.

Si bien la incorporación de ésta teoría obedece a la necesidad de brindarle mayor protección jurídica al paciente por considerarlo el eslabón más débil de la cadena, se termina exacerbando sus derechos. No hay que olvidar que en la relación médico –paciente, por más informado que esté éste último, existe en relación al primero una asimetría que le impediría colocarse en el papel de consumidor. (4)

No obstante, la reforma del '94 internacionalizó nuestro ordenamiento de una forma especial, al incorporar en el art 75 inc. 22 Tratados Internacionales que consideran a la Salud como derecho humano fundamental. Cabe destacar que a través de la reforma del artículo mencionado los Tratados Internacionales adquieren carácter supra legal a nuestro régimen jurídico entendiéndose esto en el sentido de que los mismos se encuentran por debajo de la Constitución pero por encima de las leyes y de todo el resto del derecho interno. Este cambio de escenario coloca al Estado Nacional como garante del Derecho de la Salud lo que acrecentó el número de amparos por reclamos de prestaciones no incluidas en los programas asistenciales, en los que, salvo algunas excepciones, los jueces suelen hacer lugar a todas las pretensiones esgrimidas por los amparistas. (5)

Es decir, es a partir de la mencionada reforma que comienza a incrementarse en nuestro país el número de reclamos judiciales, lo que también se vio favorecido por *“la incorporación de la garantía o remedio judicial del amparo en su artículo 43”* (aspecto que se tratará más adelante). (1)

El Dr. Vasallo opina con respecto a la Reforma Constitucional citada más arriba: *“El Congreso (...) además aprueba nuevas leyes que incluyen más cobertura al PMO con la promesa que se va a cubrir todo y al final los únicos*

que terminan accediendo a los servicios son los que están más cerca o los que tienen mejores contactos, entonces termina incumpliendo uno de los fines principales: el de la igualdad (...) surge así la judicialización, porque no solo los políticos hacen barrabadas en el Congreso, también las hicieron cuando reformaron la Constitución del `94 incorporando con rango constitucional algunos pactos internacionales que dispararon una cantidad de amparos por prestaciones que en algunos casos son ridículas (...) (3)

En éste contexto también se comienza a visualizar un cambio de paradigma en la relación médico-paciente y que se constituye en el abandono del paternalismo médico basado en la beneficencia para dar lugar a una nueva relación donde el paciente no es más un sujeto pasivo sino un paciente bien informado. Hoy se acepta que aquel debe involucrarse en cualquier intervención que pueda implicar un riesgo para su integridad, consintiéndola o rechazándola en forma expresa a través de la forma jurídica conocida como Consentimiento Informado.

- 4) Por último, el Estado Actual, en un constante proceso de reinversión en políticas sociales desde 2003 a la actualidad.

Estructura y Organización de los Servicios de Salud. Nuevos Desafíos.

En un análisis más profundo del tema Judicialización de la Salud, surge que no solamente la escalada de recursos de amparo obedece a la posibilidad de poder acceder de forma rápida y expeditiva a la Justicia, facilitado esto por las garantías constitucionales sino que existen diferencias en cuanto al acceso a la salud, debido principalmente, pero no de una manera excluyente, a las particularidades de nuestro Sistema Sanitario.

La Legislación Sanitaria emana de un universo de 25 jurisdicciones (Nación, CABA, 23 Provincias) donde participan una gran diversidad de actores, cada uno con sus propios intereses.

Estructuralmente el Sector Salud se encuentra fragmentado en tres subsistemas: público, privado y la seguridad social. La falta de coordinación y articulación que componen cada uno de los sectores impide la conformación de un sistema formal de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. Además dentro de cada uno de los subsistemas existen serios niveles de fragmentación.

En el caso de la Seguridad Social, las leyes 23.660 y 23.661 regulan respectivamente a las OO.SS y al Seguro de Salud. Luego, cada jurisdicción provincial creó por ley su propia OO.SS, generándose entonces grandes asimetrías: las OO.SS nacionales están obligadas a cumplir con el PMO mientras que las Provinciales no. Lo mismo sucede con las OO.SS de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, las DAS (Dirección de Ayuda Social para el personal del Congreso de la Nación), las OO.SS de las Fuerzas Armadas, la Policía Federal, las Universidades Nacionales y las mutuales que no hayan adherido al Sistema de las leyes mencionadas más arriba. (6)

Se puede concluir que la fragmentación favorece situaciones de falta de cobertura y judicialización. La ausencia de una Ley Federal de Salud, o de un ordenamiento jurídico sanitario armónico, permite eludir la coordinación

entre los diferentes sistemas, como así también la articulación de los programas y recursos en materia asistencial y establecer quien debe hacerse cargo de las prestaciones, máxime si ellas no están incluidas en el PMO. (7)

Así, se afecta el principio de igualdad, la equidad del sistema de salud y el derecho al acceso a las prestaciones de Salud de todos los habitantes de la Argentina.

Hoy en día, la Judicialización pasó a ser el primer desafío que deben soportar los sistemas de salud. Los conflictos sanitarios originados por actos de responsabilidad médica, errores o por falta de prestaciones por parte de las financiadoras terminan resolviéndose en el ámbito Judicial cuando en realidad deberían resolverse en el propio ámbito sanitario.

Las Nuevas tecnologías y la aparición de nuevos tratamientos que permiten aumentar la expectativa de vida y mejorar su calidad traen como consecuencia un aumento en los costos que todos los agentes del sistema deben afrontar, de manera tal de que el acceso a las mismas sea igualitario, sin discriminación.

El otro desafío es el de la transición epidemiológica: el envejecimiento poblacional asociado a la disminución de los índices de natalidad (inversión de la pirámide poblacional) junto a la mayor prevalencia de enfermedades degenerativas y oncológicas en detrimento de las infecciosas obliga a los sistemas de salud a dar rápidas respuestas, efectivas y de calidad.

Vías de la Judicialización

Cuando nos referimos al tema Judicialización de la Salud, podemos hacerlo de tres maneras posibles:

- 1) Amparos judiciales.
- 2) Reclamos por responsabilidad profesional médica.
- 3) Conflictos Éticos que terminan resolviéndose en el ámbito de la justicia, como el aborto no punible, las transfusiones en Testigos de Jehová, etc.

Es en relación a la Reforma del '94 en que comienzan a incrementarse los reclamos judiciales en el ámbito del derecho de la salud, lo que se vio favorecido por la incorporación constitucional de la garantía del amparo en el art 43, que reza: *“toda persona puede interponer acción expedita y rápida de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo, contra todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares, que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, derechos y garantías reconocidos por ésta Constitución, un Tratado o una ley. En el caso, el Juez podrá declarar la inconstitucionalidad de la norma en que se funde el acto u omisión lesiva”*.

Además, la incorporación de una serie de Tratados Internacionales a los que el país suscribe dio a la jurisprudencia argumentos para fallar a favor de los amparistas tal como se desprende del análisis de los siguientes fallos:

- “(...) Frente a los compromisos asumidos por el Estado Nacional ante la Comunidad Internacional (arts. 23, 24 y 26 de la Convención de los Derechos del Niño) éste no puede desentenderse de aquellas obligaciones so pretexto de la inactividad de otras entidades públicas o privadas, dado que es el encargado de velar por el fiel cumplimiento de los derechos constitucionales que amparan la vida y la salud de los niños, asegurando la continuidad de los tratamientos necesarios y ejerciendo la coordinación e integración con las autoridades provinciales que conforman el sistema sanitario en el país (...)”
- “Que a los fines de considerar la procedencia de la medida cautelar previamente ha de recordarse que la nueva normativa constitucional incorporó con jerarquía constitucional una nómina de Tratados Internacionales de derechos humanos. Estos pactos internacionales contienen cláusulas específicas que resguardan la vida y la salud de las personas (en especial el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y

culturales) vinculados con la asistencia y cuidados especiales que se les deben asegurar. Cabe agregar, asimismo que el mencionado tratado reconoce el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental así como el deber de los estados partes de procurar su satisfacción.”

- “(...) No puede perderse de vista que en el presente caso están en juego el derecho a la salud y a la vida de raigambre constitucional (arts. 33, 75 inc. 22; art 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; art 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos) los que requieren de una urgente tutela del órgano jurisdiccional. Especialmente, cabe mencionar el art 36 inc. 8º de la Constitución Provincial, según el cual “el medicamento por su condición de bien social integra el derecho de la salud”(...) En consecuencia, aun con la precariedad de todo instituto cautelar, y sin que ello implique adelantar opinión sobre la sentencia definitiva, corresponde acceder a la pretensión cautelar deducida.”
- “Que el Estado Nacional ha asumido compromisos internacionales explícitos orientados a promover y facilitar las prestaciones de salud y dicha obligación se extiende a sus subdivisiones políticas y otras entidades públicas que participan de un mismo sistema sanitario.”

Con respecto a los financiadores de los sistemas de salud, el límite es el fijado por el PMO. Algunos sostienen que todo lo que se encuentre fuera del mismo debe ser financiado por el Estado debido a que carece de causa legal. Éste último está centrado en otro problema sobre el que aun hoy no hay un acuerdo: el rol que debe cumplir el Estado (1)

Afortunadamente, la Justicia ya ha empezado a comprender que el Estado, aun cuando no ha sido demandado directamente, es responsable subsidiario ante reclamos por falta de cobertura, intentando así proteger el derecho de la salud consagrado en el art 75 inc. 22 cuando no existan garantías del cumplimiento efectivo de las prestaciones por la parte demandada. Así en el emblemático caso CPN c/ CEMIC 2007 el Dr. Lorenzetti, presidente de la Suprema Corte, justificó que sea el Estado Nacional quien en principio deberá hacerse cargo de las prestaciones que no formaban parte del plan médico al que el demandante había suscripto, sin embargo obliga a la EMP a dar la asistencia médica correspondiente por el término de un año o hasta que el Estado sustituyera a la empresa en dicha prestación. Asimismo, los gastos

derivados de la atención constituirían un crédito de la prepaga contra el Estado que podría reclamar por la vía pertinente. (8)

Otro caso que da cuenta de la responsabilidad subsidiaria del Estado frente a los reclamos por cuestiones de salud se ve en el fallo RC c/OSEP s/ amparo CSJ Catamarca 29/05/03 Expte. Corte Nº 185/02. Aquí el amparista, un joven de 24 años con enfermedad de Fabry demanda a la OO.SS de empleados públicos de la provincia de Catamarca para que le sea provisto el medicamento Replagal que contiene la enzima deficitaria alfa-galactosidasa. La Corte Suprema de Justicia de la provincia de Catamarca conforme a las disposiciones de la Constitución Provincial art 64 y 65 y de los Tratados Internacionales de jerarquía constitucional (art 75 inc 22) encuentra legitimado que el Estado Provincial sea traído pasivamente junto a la OO.SS demandada como parte en la acción de amparo interpuesto por el demandante y ordena a ambas proveer el medicamento Replagal aun cuando la primera no había sido demandada. (9)

Similar camino tomó el fallo FAC y otro por si y en representación de su hijo menor HLE c/Estado Nacional s/amparo donde la CSJN ordena al Estado Nacional a cubrir el tratamiento de un menor que padece Fibrosis Quística ya que la OO.SS se encuentra en concurso preventivo y los padres del menor tienen escasos recursos para cubrir el elevado costo del tratamiento médico. Fundaron su pretensión en las normas constitucionales del derecho a la Salud, en compromisos internacionales asumidos por el Estado Nacional e incorporados a la Ley Fundamental por los Tratados Internacionales de Derechos Humanos y en especial de protección integral de la Niñez en la ley 24.901, sobre el sistema de prestaciones básicas en rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, en el PMO aprobado por el Ministerio de Salud y en los antecedentes jurisprudenciales de la Corte. De éste modo se condena al Estado Nacional como garante subsidiario, sin perjuicio de la responsabilidad del Estado Provincial y de la OO.SS a arbitrarlos medios necesarios para garantizar el tratamiento médico que el menor necesita. (10)

En otro caso, OJ en representación de E.S c/PAMI y otro s/acción de amparo, el actor promueve acción de amparo contra el PAMI y el Ministerio de Salud a fin de que se le haga entrega en carácter urgente el medicamento Tarceva como parte del tratamiento del cáncer de páncreas. Manifiesta que sus gestiones para conseguir los medicamentos habían sido infructuosos y que la OO.SS estaba desatendiendo una de sus funciones básicas cual era atender a la salud de sus afiliados. Argumenta la Justicia que el hecho de que la amparada fuera afiliada al PAMI y ésta tenga la obligación directa de cubrir los gastos de tratamiento no es óbice para que de así resultar, el Estado tenga el deber de afrontar el desembolso en cuestión, sin perjuicio de que posteriormente ejercite sus derechos contra esa obra social, en su carácter de obligada principal de la prestación, máxime cuando la requirente de protección en autos necesita una cobertura amplia y continua para su afección, la que aparece recortada ante la posición asumida por la coaccionada PAMI. (11)

Todos los casos antes comentados tienen como común denominador que ponen en cabeza del Estado Nacional la máxima garantía en lo que a Derecho a la Salud se refiere. Así, el Estado tiene una responsabilidad subsidiaria de manera que si el financiador directamente demandado, sobre quien recae la obligación primaria de dar cobertura, no puede hacer frente a su obligación asumida y brindar una adecuada atención a su beneficiario/afiliado, es el Estado Nacional quien no puede desatenderse de su deber de suplir con acciones positivas tal déficit.

Continuando con el análisis también resulta que detrás de un Juez que ordena la cobertura de un medicamento no incluido al PMO, hay un médico que prescribe. Y si bien la Justicia no debería ser el ámbito para aportar pruebas en cuanto a la seguridad y eficacia del nuevo medicamento según la evidencia científica, la ausencia de un organismo de evaluación de las nuevas tecnologías y prácticas sanitarias (como el NICE en Gran Bretaña o el CITEC en

Brasil) hace que la decisión sea tomada en el ámbito judicial no siempre con resultado favorable.

En palabras del Dr. Tobar: *“la definición de la inclusión de una determinada tecnología dentro de la cobertura pública, social o privada es una decisión diferida por parte de la autoridad sanitaria. Y cuando los ministros de salud no toman la decisión, alguien la toma por ellos. En general, quienes lo hacen son los Jueces que establecen dictámenes obligando la cobertura de determinada prestación.”* (12)

Así de los tres poderes básicos, el Judicial es el único que no puede postergar sus decisiones. El Congreso puede seguir sin discutir la “ley marco de salud” y continuar reglamentando coberturas frente a diferentes patologías cediendo a los reclamos de grupos de pacientes sin medir el impacto económico que deberán soportar los financiadores de salud.

El Ejecutivo puede continuar sin asumir responsabilidades respecto a cómo producir salud. Recordemos que el PMO surge en 1995 como un decreto presidencial, no ha sufrido modificaciones sistemáticas y el mecanismo de revisión han sido los tribunales. Pero cuando un caso llega a la Corte, el Juez debe tomar una decisión. En otras palabras, de los tres poderes del Estado, el Judicial adquiere mayor protagonismo en las decisiones sanitarias porque tiene menor capacidad que el poder Ejecutivo y Legislativo para emplear la estrategia del avestruz ocultando la cabeza bajo tierra frente a las disyuntivas sanitarias. (7)

Así queda de manifiesto en el siguiente fallo: S.N y otro c/CEMIC y otro s/ amparo de salud, donde se ordena al centro médico la cobertura al 100% del medicamento prescripto por el médico tratante (Carbonato de Sevelamar. Renvela 800 mg por 180 comp), en virtud de la insuficiencia renal terminal que padece el paciente; pues si bien no se encuentra incluido en el listado de medicamentos del Programa Médico Obligatorio, éste fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar.

El fallo encuentra justificativos en:

- la ley 26.682 (modif por Dec 1991/11) que establece en su art 7º que los agentes de salud (enumerados en la ley) deben cumplir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio y el Sistema de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad prevista en la Ley 24.901 y
- También en que “independientemente de la cobertura prevista en el Programa, no existen patologías excluidas (considerando 10º de la Res 939/00 modificada por Res 201/02). (13)

En tales condiciones, esa limitación en la cobertura debe ser entendida como un “piso prestacional”, por lo que no puede, como principio, derivar en una afectación del derecho a la vida y a la salud de las personas –que tiene jerarquía constitucional (CSJN Fallos 323:1339)- siendo claro que no corresponde aquí detenerse en las consideraciones de razones puramente económicas pues, como lo ha precisado la CSJN, el derecho a la vida –que incluye a la salud- es el primer derecho de la persona garantizado por la Constitución Nacional y por Tratados Internacionales, y constituye un valor fundamental respecto del cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental (Fallos 323:3229 y 323:3569).

Con respecto al tratamiento experimental veremos a través del análisis de dos fallos como las sentencias son opuestas según se tenga en cuenta o no la opinión de Instituciones Científicas que brindan aportes invaluable para determinar la eficacia de un tratamiento.

Así en el fallo A.L.A.N c/ Administración Provincial de Seguro de Salud s/amparo, se obliga a la demandada a brindar al afiliado la cobertura del 100% del tratamiento denominado método DIRFLOOR TIME que brinda el Centro de Estudios y Tratamiento de la Epilepsia y Sueño indicado por su médico tratante a quien padece autismo infantil. (14)

Mientras que en otro fallo la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala /Juzgado K con fecha 13/05/2014 deniega tratamiento experimental con células madre (tratamiento denominado Ciclo de Terapia Med, de la Universidad Maimónides) a quien padece una discapacidad visual producto de un accidente. Justifica su fallo la Cámara teniendo en cuenta los informes brindados por entes oficiales y privados como el INCUCAI, la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos ANMAT, la Superintendencia de Servicios de Salud, la Comisión Asesora en Medicina Regenerativa y Terapias Celulares (MYNCYT), y la Sociedad Argentina de Oftalmología; de los que se desprende que el tratamiento requerido por el accionante carece de evidencias científicas que lo respalden, encontrándose en una fase de investigación exploratoria temprana y que la Universidad citada no ha presentado para su aprobación por el INCUCAI ensayos clínicos vinculados a la utilización de células por lo que no cuenta con autorización para llevarlos a cabo. También que no es posible imponer a la obra social, OSDE Binario, la cobertura del tratamiento por no cumplimentar siquiera con la Disposición 840/95 que reglamenta el uso compasivo de medicamentos. (15)

Reclamo administrativo y judicial. Algunas estadísticas

De los registros de la SSS surgen diferentes motivos por los cuales se inicia el reclamo administrativo previo, previsto por la Res 075/98.

En el año 2011, se registraron 7229 reclamos administrativos iniciados por Res 075/98 cuyos motivos fueron:

Descripción	Cantidad	%
Afiliación	3947	54.6
Problemas Prestacionales	1613	22.3

Discapacidad	1247	17.2
Medicamentos	422	5.8
Total	7229	

Afiliación: por negativa de afiliación a concubino, familiar a cargo, aporte, opción de cambio, monotributo social, etc.

Problemas Prestacionales: por incumplimiento del PMO, por alta complejidad, corte de cobertura, prestaciones no incluidas, coseguros, cambio de planes y reintegros.

Discapacidad: medicación, atención integral, transporte, prótesis, reintegros, acompañante terapéutico, rehabilitación, asistente domiciliario, etc.

Medicamentos: alto costo, por DBT, SIDA oncológicos, porcentaje de cobertura, etc.

El Departamento de Sindicatura de la SSS realiza el control de legalidad de las OO.SS a través de las áreas prestacional, económico financiera, social y judicial. Los motivos más frecuentes de inicio de amparos fueron:

- Rechazo en la cobertura de prestaciones médicas PMO y fuera PMO.
- Falta de entrega de medicamentos correspondiente a enfermedades con cobertura PMO o por leyes especiales (HIV, oncología, DBT=)
- Falta de entrega de prótesis u ortesis.
- Rechazo de cobertura de tratamientos específicos
- Etc.

De un total de 301 OO.SS, en 2010 fueron sindicadas 175 de las cuales 100 (57%) poseían juicios por amparos. El total de amparos iniciados fue de 1520 por los siguientes motivos:

Medicamentos	507
Prestaciones	328
Cirugía	186
Sin Informar motivos	130
Prótesis	122
Afiliación	103
Prestador ajeno cartilla	96
Jubilados	18
Fertilización	13
Acompañante terapéutico	13
Acompañante domiciliario	1
Estudio fuera del PMO	1
Traslado	1
Internación Domiciliaria	1
Total	1520

En el año 2011 de un total de 205 OO.SS sindicadas el 39.7% poseía amparos y reclamos prestacionales. Los motivos fueron:

Descripción	Cantidad	%
Problemas Prestacionales	809	44.99
Discapacidad	260	14.46
Medicamentos	201	11.18
Otros	171	9.51
Cirugía	115	6.40
Prótesis	108	6.01
Afiliación	78	4.34
Prestador ajeno cartilla	56	3.11
Total	1798	

La Judicialización de la Salud es un problema serio en nuestro país y si bien no se cuenta con una estadística judicial fehaciente, las demandas en salud crecen a un 10% anual. Así se desprende de un informe presentado en el XIII Congreso Argentino de Salud que la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas realizó en Mendoza en 2010. Se estimó en \$4.800 millones de pesos/año el gasto de las demandas al sistema, por lo que cada ciudadano debe destinar, en promedio, \$120/año en impuestos y otras erogaciones para afrontar la “industria del juicio” (16)

Por otra parte, al iniciarse los reclamos en distintos fueros y jurisdicciones con la carátula de “amparos”, sin especificar el motivo del reclamo, no se permite conocer en detalle cuantas causas por conflictos de salud se inician en nuestro país.

Consecuencias Negativas de la Judicialización

La judicialización no siempre es efectiva y hasta puede ser perjudicial, amenazando la salud del paciente, ya que la Justicia no se constituye como el ámbito natural más idóneo para evaluar seguridad y eficacia relativa a la administración de un tratamiento ya que muchas veces se solicitan terapias sin evidencia científica. Esto lleva a que los jueces, en pleno ejercicio de sus funciones realicen “mala praxis médica”

La judicialización atenta contra la equidad y la justicia retributiva, ya que las decisiones judiciales derivan los recursos sanitarios a la atención de unos pocos pacientes que en general son los que suelen tener mayor acceso en detrimento del conjunto que aporta en forma solidaria para que el recurso salud sea distribuido igualitariamente. Fenómeno conocido como “solidaridad invertida”.

La judicialización no promueve la eficiencia ya que los dictámenes se concentran en tratamientos oncológicos, paliativos y cuidados de fin de vida y nunca en programas de promoción y prevención.

Es decir, la Justicia provoca una reasignación de los recursos de las aseguradoras, discriminando en forma negativa las acciones de prevención y promoción de la salud a favor de prácticas de alta complejidad o de medicamentos de dudosa efectividad pero que los Jueces han previsto que sean administrados respetando la abundante legislación en materia de Derecho de la Salud y en las leyes específicas en desmedro de la evidencia científica. En palabras del Dr. Vasallo: *“los Jueces están incidiendo de manera importante en lo que sería el mecanismo de asignación de recursos que tienen las prepagas y las obras sociales y éste es un serio problema (...) Cuando un Juez falla para que a un chico le financien un tratamiento de delfinoterapia, cuando ordena el suministro de cierta medicación que no está aprobada ni por la FDA ni por las agencias de regulación más importantes, o cuando no se contempla la relación ingresos-egresos y ni la prepaga ni la obra social puede solventar los gastos que demandan esas atenciones,*

finalmente es el Estado el que termina pagando esos costosos tratamientos, o sea, el conjunto de la sociedad". (3)

Por último, la Judicialización constituye una estrategia de extensión vertical de la cobertura, generando dudas sobre la sustentabilidad futura del Sistema de Salud en su conjunto.

Posibles Remedios. Algunas propuestas para el cambio.

Surge del análisis de los casos judicializados por reclamos de prestaciones médicas, que en su mayoría obedece al pedido de prácticas y/o medicamentos por enfermedades catastróficas, entendiéndose por éstas a todas aquellas entidades de baja prevalencia pero que por su alto costo ocasionan un gran impacto económico para los financiadores.

El Dr. Tobar y el Dr. Lifstchitz, estudiosos de la materia, han propuesto establecer un seguro universal que garantice el acceso universal a todas las prestaciones que se encuentren incluidas dentro de un listado, que progresivamente irá incluyendo nuevas prestaciones. Así, todos los argentinos que padezcan éstas enfermedades recibirán asistencia y tratamiento independientemente del nivel de ingreso, lugar de residencia y cobertura médica que tenga.

El seguro, conformado como Ente Público no Estatal será administrado de forma autárquica por una Junta integrada por representantes del Ministerio de Salud, del Consejo Federal de Salud, de OO.SS Nacionales y Provinciales, EMP, prestadores privados y un representante de los usuarios. Los miembros de la Junta directiva serán nombrados por el Congreso Nacional, su mandato será de 4 años y no se corresponderá íntegramente con los mandatos de la presidencia del Poder Ejecutivo Nacional.

Se conformará con un fondo fiduciario integrado por aportes tanto del Tesoro Nacional para garantizar la cobertura de quienes no disponen de otra forma de seguro de salud, de las OO.SS Nacionales y Provinciales y de las EMP.

El Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas funcionaría entonces:

- a) Generando Economías de Escalas: Se constituirá como monopsonio (único comprador de servicios y tecnologías sanitarias) por licitación pública consiguiendo así un ahorro sobre los gastos.
- b) Protocolizando tratamientos: Para que diferentes pacientes con una misma enfermedad tengan idéntica respuesta en cuanto a procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Los mismos serían producto de la medicina basada en la evidencia (MBE) y un equipo

especialista en efectividad clínica evaluará la inclusión de nuevas tecnologías.

- c) Acreditando Prestadores: pudiendo ser éstos tanto públicos como privados.
- d) Incorporando progresivamente nuevas prestaciones, a la par que se excluyen del PMO, puesto que se habría conquistado la implantación de líneas de cuidado homogéneas y universales a través del seguro.

Así se conseguiría mediante éste conjunto de propósitos incorporar herramientas para controlar el gasto, la variabilidad de la práctica médica y se obtendría un acceso igualitario a prestaciones de calidad y efectividad homogénea. (17)

Otra propuesta que surge para dar respuesta a los problemas de acceso a la salud de forma integral surgió de un documento presentado por numerosos especialistas ante el Ministerio de Salud denominado “Pacto Argentino para la inclusión en Salud”. Aquí se establecen una serie de propuestas innovadoras entre las cuales sobresale la idea de crear un Seguro Universal e Enfermedades Catastróficas, tal como se comentó más arriba como así también a través de un “nuevo PMO “ que no se limitaría a la simple enunciación de prestaciones sino que avanzaría en la definición de protocolos de atención, contaría con mecanismos de actualización previamente establecidos y consensuados con vigencia universal (tanto beneficiarios del sector público, de la Seguridad Social, y del Seguro privado). Propone también una mayor protagonismo del Estado Nacional mediante una nueva relación Nación-Provincias que fortalezca la rectoría de la Nación y al COFESA como espacio de coordinación como así también la creación de una agencia regulatoria de Salud integrada. (18)

Reclamo Administrativo.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es el ente que supervisa, fiscaliza, controla y regula a los Agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud y desde la sanción de la ley 26.682/11, a las EMP. (Posteriormente a través del Decreto 1991/11 PEN se incluyó en la regulación de la ley mencionada a las cooperativas, asociaciones civiles, mutuales y fundaciones que posean planes superadores)

LA SSS es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en Jurisdicción del Ministerio de Salud con personería jurídica y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera. El decreto 1576/98 PEN establece la estructura organizativa, la misión del organismo y los objetivos de cada una de sus gerencias y subgerencias.

Entre sus objetivos figuran el de aprobar el Programa de Prestaciones médico-asistenciales de los Agentes del Seguro y a través de la RES 560/12, evaluar la cobertura que brindan las entidades de medicina prepaga en su "Cobertura Prestacional Mínima" que no puede ser inferior al PMO a excepción de los supuestos contemplados en el art 7 de la ley 26.682 (planes de cobertura parcial).

La SSS cuenta con un procedimiento forma para la resolución de reclamos establecido por la RES 075/98. Su tramitación es gratuita y no obligatoria. Puede iniciarse ante la SSS, la OO.SSS o la EMP, posee diferentes etapas para su tramitación según la clasificación del reclamo: URGENTE - ESPECIALES - NORMALES.

Toda vez que es de muy reciente aplicación, no se ha podido acceder a una estadística de reclamos en el caso de los usuarios de prepagas. Se debe señalar que al no ser obligatorio ni vinculante, el beneficiario puede iniciar en forma simultánea la vía judicial o bien luego de no obtener respuesta satisfactoria. (7)

Gestión de Riesgos y Prevención de conflictos

Analizando las causas para poder encontrar soluciones se estableció que la llamada “Judicialización de la Salud” obedecía a varios factores, entre ellos:

- a) Problemas en la relación médico-paciente.
- b) La “explosión” de los llamados Derechos del Paciente, resultante del reconocimiento de la autonomía de la voluntad, donde el médico se ve obligado a brindar información y consensuar con el paciente el tratamiento propuesto (cambio de paradigma del modelo paternalista al modelo compartido)
- c) La influencia de los medios de comunicación, de la mano del Derecho a la Información.
- d) La creencia de que las compañías aseguradoras tenía fondos ilimitados para hacer frente a los reclamos (tercer pagador)
- e) La habilidad de muchos abogados que vieron una buena salida laboral en éstos casos.

California sancionó entonces la llamada Ley MICRA (Medical Injury Compensation Reform Act) que establecía una compensación en dinero limitada, restricción de los honorarios de los abogados, se compartían riesgos y costos mediante las llamadas fuentes colaterales, se redujo el plazo de prescripción y se estableció el arbitraje obligatorio.

Pero también se introdujeron reformas en el área de control de calidad para mejorar las prestaciones médicas y se crearon comités de gestión de riesgos para trabajar desde la prevención, tanto de los errores médicos como de conflictos que conduzcan a la judicialización por otras causas, como falta de prestaciones, atención de prestadores ajenos al financiador, etc. (5)

Conclusión

La Judicialización de la salud es un problema que afecta seriamente a los Sistemas Sanitarios constatándose un incremento de los conflictos no solo en nuestro país sino también en otras regiones del mundo. El abordaje de ésta problemática no puede ser otro que el de buscar soluciones integrales que permitan una igualdad de acceso a los Servicios de Salud sin discriminación, de calidad homogénea y en los tiempos necesarios para evitar la pérdida de chance y el consiguiente empeoramiento del estado de salud. Para esto el Estado Nacional como máximo garante del derecho de la salud, tal cual se ha constituido asumiendo compromisos internacionales, tiene la obligación de establecer los mecanismos necesarios para disminuir los reclamos que año tras año se suceden sin miras de resolverse.

El derecho a la Salud es un derecho consagrado por la Constitución Nacional y en pleno crecimiento, por lo cual es necesario crear una conciencia sanitaria tanto en médicos, pacientes y jueces para que entendamos que en un sistema cuya base de funcionamiento es la solidaridad y frente a recursos escasos, el que más recibe hace que otros se vean obligados a recibir menos. Promover una medicina basada en las pruebas científicas que alcance tanto a la comunidad médica como a la sociedad general sería el complemento necesario que promovería comportamientos más racionales y responsables.

E reconocimiento del Derecho de la Salud no debería ser una batalla librada en los Tribunales, sino que con leyes claras que establezcan alcances y límites en la cobertura, optimizando la relación médico-paciente, implementando vía de comunicación entre los sistemas de salud y los beneficiarios, mejorando el nivel de atención, estableciendo protocolos de tratamientos claros, basados en la evidencia científica y universales, transparentando los procesos y haciendo eficaces y expeditivos los mecanismos que brinda por ejemplo la SSS para los casos de posibles controversias, se podría avanzar en un valioso intento por frenar la judicialización de prestaciones médicas. (1)

Bibliografía

Referencias Bibliográficas

- (1) Cortesi, María Cristina. “Los Financiadores y los Amparos de Salud-Cuando el recurso salud resulta escaso frente a las demandas crecientes”. Publicado en www.utsupra.com y <http://mariacristinacortesi.blogspot.com.ar/2010/02/los-financiadores-y-los-amparos-de.html>
- (2) Politi, Pedro “Programa Médico Obligatorio (Argentina): resumen de la resolución ministerial. En <http://www.cancerteam.com.ar/poli043.html>
- (3) Vasallo, Carlos. “El Congreso carece de capacidad de análisis de las Leyes que aprueba”. Buena fuente, Sistema de Salud
- (4) Cortesi, María Cristina “La Judicialización en el ámbito sanitario y su impacto en los financiadores. En <http://mariacristinacortesi.blogspot.com.ar/2013/12/la-judicializacion-en-el-ambito> 24.html
- (5) Cortesi, María Cristina “La Judicialización ¿Única vía para resolver los conflictos en Salud? Publicado en www.microjuris.com y www.medicinaysociedad.org.ar
- (6) Garay, Oscar Ernesto, “La Legislación Sanitaria: De la crisis a la equidad (Diagnóstico y Propuesta para salir de la crisis)” pág 30/31 www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/Garay.doc
- (7) Bürgin Drago, María Teresa. “El amparo judicial como instrumento de ampliación del PMO-El Estado Nacional como Garante de la Salud” Fundación Sanatorio Güemes, 2013
- (8) Fallos Obligaciones de las Empresas de Medicina Prepaga “CPN, C y otros c/ CEMIC s/ recurso de hecho. Corte Suprema de Justicia del 28 de agosto de 2007. Resumendefallos.blogspot.com/.../obligaciones-de-las-empresas-de.ht...
- (9) www.juscatamarca.gov.ar/bajar/Boletin14.doc
- (10) www.derecho.uba.ar/.../fallos/Floreancig-Andrea-Cristinay-otro.doc
- (11) www.pjn.gov.ar/Publicaciones/00004/00027038.Pdf
- (12) Tobar, Federico “¿Qué aprendimos de las reformas de la salud? Fundación Sanatorio Güemes. 2010
- (13) S.N y otro c/CEMIC y otro s/ amparo de salud. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal Sala/Juzgado: III 10/12/2013.
- (14) Cita: MJ-JU-M-86597-AR/MJJ86597 con fecha 14/05/2014. Disponible en: <http://mariacristinacortesi.blogspot.com.ar/2014/07/fallo-obligando-obra-social-cubrir-al.html>

- (15) Cita: MJ-JU-M-87473-AR/MJJ87473 Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil Sala/Juzgado: K 13/05/2014 Disponible en: <http://mariacristinacortesi.blogspot.com.ar/2014/08/fallo-la-camara-deniega-tratamiento.html>
- (16) XIII Congreso Argentino de Salud que la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI) realizó en Mendoza y San Juan en septiembre, 2010 www.acami.org.ar
- (17) Tobar, Federico & Lifestchitz, Esteban (2011). Modelo Argentino de Salud. Buenos Aires. Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Facultad de Medicina, UBA-Fundación Sanatorio Güemes.
- (18) Pacto Argentino por la Inclusión en Salud (PAIS) Una propuesta para (re) organizar la cobertura y transformar la forma de construir salud en la Argentina. Buenos Aires 12 de septiembre de 2012.

Bibliografía General Consultada

Van Der Kooy, Ernesto; Lima Quintana, Laura Rosalía; Pezzella Héctor “Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO)”. Fundación Sanatorio Güemes 2010.

Vasallo, Carlos. “Salud: racionalizar, no racionar” Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad (Buenos Aires Argentina) Septiembre 2002.

Politti, Pedro “Objeciones Fundadas a la Propuesta de Protocolos Nacionales de Oncología clínica del Ministerio de Salud” Expte Nro1-2002-16610-00-5 Resolución Nro 435/2001. Ministerio de Salud.

Méndez Sardina, Germán “La aparición de un nuevo tipo de paciente en la relación terapéutica y el neopaternalismo médico” En bioética & debat. <http://www.bioetica-debat.org/article.php?storyid=863>

Tobar, Federico “Hacia una nueva concepción del Derecho a la Salud” Publicado por pactopais 12 junio, 2013

Aizenberg, Marisa; Roitman, Adriel “Los peligros de la excesiva judicialización en materia sanitaria”. La acción de regreso en la responsabilidad médica. Publicado en Doctrina. Derecho de la Salud. Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, Cátedra de la Dra Marisa Aizenberg.

Normativa – Jurisprudencia y Legislación. Sitios Web.

- Constitución Nacional de la República Argentina (1994) Artículos 42, 43 y 75 inc. 22 <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-999/804/norma.htm>
- Res 075/98 SSS http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?opc=bus_norma&cat=consultas
- www.derecho.uba.ar/academica
- www.sssalud.gov.ar
- www.infoleg.gov.ar

