



Defensoría del Pueblo de la Nación
“Año de la Reconstrucción de la Nación Argentina”

Resolución

Número:

Referencia: RESOLUCIÓN N° 00057/25 - ACTUACIÓN N° 11633/25 - [REDACTED] s/presuntos inconvenientes con la provisión de medicamentos - EX-2025-00006170- -DPN-RNA#DPN - INSSJP.

VISTO la Actuación N° 11633/25 caratulada [REDACTED] sobre presuntos inconvenientes con la provisión de medicamentos”, EX-2025-00070076- -DPN-RNA#DPN; y,

CONSIDERANDO:

Que, el 17/07/25 se presentó la [REDACTED], para denunciar ante esta INDH al INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (INSSJP), debido a que le negaba la autorización del tratamiento para su enfermedad oncológica.

Que, tal como lo acreditó con la documental presentada, fue diagnosticada con hepatocarcinoma en hígado cirrótico, motivo por el cual su médico tratante le indicó la medicación: atezolizumab 1200 mg y bevacizumab 1200 mg. Sin embargo, y pese a presentar la documental médica correspondiente, rechazaron su solicitud, ofreciendo como alternativa la droga sorafenib.

Que, frente al rechazo, el médico tratante, Dr. Gabriel Aballay Soteras – M.N. 104995, justificó los motivos por los cuales la alternativa propuesta por la obra social era incompatible con el tratamiento de su paciente y, además, reforzó los fundamentos por los que requería el tratamiento oportunamente indicado.

Que, en concreto, el Dr. Aballay (especialista en Hepatología, Trasplante hepático MN 104.995 MP 228547) el 11/07/25 dijo: “En respuesta al Dr. Daniel Hirshman: Sorafenib no es tratamiento de 1º línea para hepatocarcinoma, ya validado en el mundo como 1º línea: Atezolizumab + Bevacizumab Tremelimumab + Durvalumab Sorafenib presenta además riesgo aumentado de eventos adversos serios y aumento de eventos cardiovasculares en pacientes añosos con factores de riesgo. Por otro lado el retraso en el inicio del tratamiento de dicha patología llevará a progresión y pérdida de toda chance de tratamiento. Solicito tratamiento indicado URGENTE”.

Que, tomando ello en consideración, una vez presentada la denuncia y corroborados los extremos formales, al advertir que se podría estar vulnerando su derecho de acceso a la salud, es que, el 21/07/25, esta INDH envió pedido de informe al Instituto mediante Nota NO-2025- 00071386-DPN-SECGRAL#DPN a fin de consultar si reconsideraría la autorización del tratamiento en base al informe del Dr. Aballay.

Que, el 22/07/25, se recibió respuesta del agente de salud, quien mantuvo su postura, indicando que “...no se encuentra dentro de los protocolos oncológicos del Instituto...”

Que, frente a la respuesta recibida y siendo que el médico tratante ha sido claro en cuanto a que la alternativa propuesta no es adecuada para el caso de la interesada, es que se vuelve necesario que esta INDH se pronuncie sin más dilación pues, la cuestión que aquí se debate tiene como centro, a la salud de una persona adulta mayor con una enfermedad oncológica.

Que, una vez más, el INSSJP se aparta del derecho concebido como orden legal justo -o la Ipsa res iusta; o la res (cosa), al decir de Santo Tomás-. En efecto, en el Expediente EX-2024-00117852- -DPN-RNA#DPN, con idéntico pronóstico, ese Instituto antepuso la misma objeción expidiéndose en entonces Instituto Nacional del Cáncer de la siguiente manera: "¿Cuáles serían las ventajas terapéuticas del tratamiento propuesto por los médicos tratantes (hepatóloga y oncólogo) respecto de la medicación ofrecida por PAMI? De acuerdo con los resultados del ensayo clínico IMbrave150: • Mayor supervivencia global: La mediana de supervivencia global fue significativamente superior con Atezolizumab y Bevacizumab (19.2 meses frente a 13.4 meses con Sorafenib), con un HR para muerte de 0.66 (IC del 95%: 0.52-0.85), en un seguimiento medio de 15.6 meses. • Tasa de respuesta objetiva superior: La combinación alcanzó una tasa de respuesta objetiva (respuesta completa o parcial) del 30%, en comparación con el 11% logrado con Sorafenib, demostrando una mayor eficacia en la reducción tumoral. • Mayor tiempo de progresión libre de enfermedad: La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 6.9 meses (IC del 95%: 5.7-8.6) con Atezolizumab y Bevacizumab, frente a 4.3 meses (IC del 95%: 4.0-5.6) con Sorafenib. ¿Cuáles serían las desventajas en la vida o calidad de vida del paciente en caso de aceptar el tratamiento propuesto por PAMI? La principal desventaja radica en su impacto negativo sobre la calidad de vida del paciente: El tiempo mediano hasta el deterioro de la calidad de vida fue significativamente menor con Sorafenib (3.6 meses) en comparación con Atezolizumab-Bevacizumab (11.2 meses). Esto indica que los pacientes tratados con Sorafenib experimentan una disminución más rápida en su bienestar general, tanto físico como funcional (HR 0.63; IC del 95%: 0.46-0.85), de acuerdo al estudio clínico IMbrave150".

Que, resta decir, que la objeción del INSSJP en el citado expediente pudo haber contribuido al fallecimiento prematuro del recurrente; y, si bien ello no es claro, sí lo es que esa reticencia implicaría una desmejora en la expectativa de vida como de su estado de salud y calidad de vida.

Que, abogamos por que un nuevo rechazo no vuelva a impactar negativamente en la calidad y expectativa de vida de una persona.

Que, en dicho sentido es importante destacar que la Ley N° 23.661 instituyó el Sistema Nacional de Salud con los alcances de un seguro social, a efectos de asegurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica.

Que, con tal finalidad, dicho seguro ha sido organizado dentro del marco de una concepción integradora del sector sanitario, en el que la autoridad pública reafirme su papel de conducción general del sistema.

Que, asimismo su objetivo fundamental es el de proveer, mediante acciones positivas, el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación.

Que, a su vez, dicho cuerpo normativo aclara que se consideran agentes del seguro a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema que se constituye.

Que, en el sentido señalado cabe precisar que el INSSJP es uno de los agentes del seguro de salud comprendido en el art. 2° de la Ley N° 23.661 y como tal, además de cumplir con las obligaciones que emanan de la norma que lo crea, debe adecuar su conducta a los postulados de la Ley N° 19.032.

Que, en este contexto cuadra señalar que el Programa Médico Obligatorio, en su carácter de canasta básica de prestaciones, es un concepto dinámico que debe ir actualizándose y robusteciéndose con motivo de los nuevos desarrollos tecnológicos y las necesidades de la población. Es por ello que dicho PMO fue mutando y ampliándose a través de distintas normas de diverso rango jerárquico tales como la Resolución N° 1991/2005 y la Resolución 939/2000.

Que, la tecnología y la medicina avanzan rápidamente en el tratamiento de diversas enfermedades y la normativa que regula las prestaciones médicas a cargo de las obras sociales y empresas de medicina prepaga resultan muchas veces atrasada e insuficiente, de lo cual se deriva la insoslayable consideración del Programa Médico Obligatorio (PMO) como un piso básico y mutable de prestaciones, que se nutre de las nuevas técnicas y tiene un fin integral que supera el mero sufragio económico de la práctica médica.

Que, en esa inteligencia la jurisprudencia ha sostenido de manera uniforme que el PMO no constituye una limitación para los agentes del seguro de salud, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima, debajo de la cual ninguna persona debería ubicarse bajo ningún concepto, más no necesariamente conforma su tope máximo.

Que, preocupa a esta INDH que el INSSJP se rehúse a brindar a la [REDACTED] la cobertura total de la medicación que específicamente le fue recetada bajo el argumento de que no se encuentran dentro de su protocolo oncológico. Desconociendo, además, que la falta de autorización total de la medicación específica tiene consecuencias negativas para la salud y calidad de vida de la interesada.

Que, esta actitud displicente se muestra manifiestamente arbitraria en los términos del art. 43 de la Constitución Nacional y, por tal motivo, admite poner en funcionamiento la protección que ha creado nuestra norma fundamental a través de su art. 86.

Que, sobre este último aspecto es dable recordar la importancia y necesidad de que la Defensoría del Pueblo de la Nación intervenga con sus señalamientos cuando advierta que cualquier persona física o jurídica, pública o privada que preste un servicio público esencial, como lo es la salud, tenga un comportamiento contrario a derecho y ponga en riesgo el respeto por los derechos humanos de los habitantes.

Que, por imperio constitucional, es misión de esta INDH la protección, promoción y defensa de los derechos humanos de todos los habitantes de la nación, por lo que nada puede inducir a pensar que ese deber se encuentra circunscripto o delimitado por interpretaciones restrictivas. Caso contrario se desnaturalizaría la función del Defensor del Pueblo de la Nación y se caería en el riesgo de proteger a un sector de la población, dejando a su suerte a otro sector de acuerdo a su lugar de residencia o la persona que ha vulnerado sus derechos fundamentales.

Que, en la problemática que aquí se plantea se encuentra comprometida la salud e integridad física de una persona adulta mayor afectada por una patología severa, que posee reconocimiento en la Constitución Nacional y los pertinentes Tratados Internacionales de Derechos Humanos incorporados a ella, de modo que la presente cuestión debe ser analizada y resuelta teniendo en cuenta tanto el derecho interno como el derecho convencional.

Que, en ese sentido, cabe resaltar que la Organización Panamericana de la Salud en la Constitución de la organización Mundial de la Salud definió: "la salud es un estado completo de bienestar físico, mental, y social".

Que, tanto en el ámbito nacional, como en el internacional, la salud ha sido reconocida como un derecho humano, inherente a la dignidad humana, de forma tal que este bienestar físico, mental y social que pueda alcanzar el ser humano, constituye un derecho fundamental. La dignidad es el fundamento de los derechos de los pacientes y del derecho a la salud.

Que, la Constitución Nacional reconoce este derecho fundamental en su art. 42, estableciendo que: "Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho (...) a la protección de su salud". Se infiere, además, este derecho del art. 33, y como corolario indispensable del derecho a la vida, que resulta base de todos los demás.

Que, adicionalmente, cabe destacar que el derecho a la salud goza en la actualidad de jerarquía constitucional en los términos del artículo 75 inciso 22, específicamente a través del artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece que: "...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. 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 (...) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad...”.

Que, del plexo normativo descrito surge con claridad la efectiva protección que deben tener estos derechos fundamentales de la persona, que implican no sólo la ausencia de daño a la salud por parte de terceros, sino también la obligación de quienes se encuentran compelidos a ello –y con especialísimo énfasis los agentes del servicio de salud– de tomar acciones positivas en su resguardo.

Que, como se ha dicho anteriormente es misión de esta INDH perseguir el respeto de los valores jurídicos, cuya transgresión tornarían injustos los actos de la administración pública o de los particulares que prestan servicios públicos esenciales, y de los derechos humanos consagrados en nuestra Constitución Nacional a través del artículo 75 inc. 22. Repárese que es pauta de interpretación auténtica –preámbulo constitucional–: “afianzar la justicia”, por lo que mal podemos alejarnos de ese norte.

Que, cabe a la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA NACIÓN contribuir a preservar los derechos reconocidos a los habitantes y, en su calidad de colaboradora del Estado, proceder a formalizar los señalamientos necesarios, de modo que las autoridades puedan corregir las situaciones disfuncionales que se advirtieren.

Que, la presente se dicta de conformidad con lo establecido por el artículo 86 de la Constitución Nacional y la Ley N° 24.284, modificada por la Ley N° 24.379, la facultad conferida por la H. Comisión Bicameral Permanente de la Defensoría del Pueblo, notificada el 25 de agosto de 2015, que pone a cargo del Subsecretario General la Institución y su ratificación por parte de aquella Comisión en su sesión del 20 de noviembre de 2024 y notificación del 27 de noviembre del mismo año.

Por ello;

EL SUBSECRETARIO GENERAL A/C
DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA NACIÓN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- RECOMENDAR al INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (INSSJP), que proceda a autorizar, a la mayor brevedad posible, la cobertura del 100 % del medicamento atezolizumab 1200 mg y bevacizumab 1200 mg., a favor de la [REDACTED].

ARTÍCULO 2º.- Regístrese, notifíquese, comuníquese a la interesada y resérvese.

RESOLUCIÓN N° 00057/25.-