



Defensoría del Pueblo de la Nación

2024 - Año de la Defensa de la Vida, la Libertad y la Propiedad

Resolución

Número:

Referencia: RESOLUCIÓN N° 00021/24 - ACTUACIÓN N° 14616/23 - [REDACTED] - s/presunto incumplimiento con la cobertura de prestaciones de alta complejidad - EX-2023-00101821- - DPN-RNA#DPN - OSME.

VISTO la Actuación N° 14616/22, caratulada: “[REDACTED] sobre presunto incumplimiento con la cobertura de prestaciones de alta complejidad”, EX-2023-00101821- -DPN-RNA#DPN; y,

CONSIDERANDO:

Que, el 22 de diciembre de 2023, se presentó el [REDACTED] para denunciar que la Obra Social para el Personal del Ministerio de Economía y de Obras y Servicios Públicos (OSME) no le brindaba la cobertura del tratamiento que necesitaba para tratar la patología que lo aqueja.

Que, tal como lo acredita con la documental acompañada en su presentación, el [REDACTED] se encuentra afiliado a OSME con número de Afiliado [REDACTED].

Que, según refiere, su médico tratante, el [REDACTED] le indicó, para su diagnóstico de trombosis venosa central de retina, un tratamiento en base a fotocoagulación con láser de argón.

Que, tal como surge del presente expediente, el mencionado tratamiento fue autorizado y proporcionado en tres oportunidades. Sin embargo, al requerir la cuarta sesión, OSME lo rechazó bajo el argumento de exceder la cantidad establecida en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

Que, en virtud de lo planteado por la obra social y su negativa a cubrir el tratamiento indicado al interesado, el [REDACTED] decidió presentarse ante la Superintendencia de Servicios de Salud quien inició el Expediente EX-2022-118249469- -APN-GAYSAUSS#SSS donde, el 21/03/23 se dictó la Disposición N° DI-2023-1093-APN-GAYSAUSS#SSS a través de la cual intimó a la obra social a brindar al interesado la cobertura 100% de la práctica “Fotocoagulación con láser argón”.

Que, sin embargo y pese a contar con dicho antecedente, el agente de salud continuó negándole el tratamiento y ello motivó que el [REDACTED] decidiera presentarse ante esta INDH a fin de conocer si sus derechos como beneficiario del subsistema de salud de obras sociales habían sido vulnerados y, en su caso, requerir su pronto restablecimiento.

Que, a partir de la denuncia efectuada por el [REDACTED] y luego de analizar la documentación aportada, el 19/01/24 esta Defensoría envió un pedido de informes a OSME través de Nota NO-2024-00004605-DPN-SECGRAL#DPN a fin de que informara concretamente el motivo por el cual no se estaría autorizando el

tratamiento solicitado y si existía algún trámite pendiente de realización por parte del interesado a los fines de que se autorice el tratamiento requerido.

Que, el 24/01/24 esta INDH recibió la respuesta de la obra social, quien manifestó que "... como Obra social, constituye una obligación legal otorgar prestaciones a todos sus beneficiarios conforme lo establecido en el P.M.O. Por tal motivo, se informa que OSME procedió con la autorización de la fotocoagulación con rayo láser de argón y como así también se le estuvo brindando antiangiogénico en fechas 21 de junio, 11 de julio, 5 de septiembre y 1 de noviembre del año 2023. Ahora bien, el beneficiario está pidiendo la cuarta dosis por lo que es un exceso y no corresponde según lo establecido en el P.M.O..."

Que, en razón de lo expuesto y la gravedad de lo denunciado es que resulta necesario que esta INDH se pronuncie de manera categórica pues se advierte que las consecuencias de la falta de acceso al tratamiento prescripto ponen en riesgo la calidad de vida del interesado.

Que, previo a continuar con el desarrollo del presente pronunciamiento, corresponde detenernos en el análisis de la postura denegatoria de OSME quien hace una interpretación parcial y errónea del derecho que le asiste a sus afiliados en relación al acceso a ciertos tratamientos.

Que, negar la cobertura del tratamiento en cuestión, fotocoagulación con láser de argón, argumentando que la cantidad de sesiones que superen un número determinado de intervenciones no se encuentra expresamente contemplado en la cobertura establecida por el Plan Médico Obligatorio no es suficiente, máxime cuando para negarlo nada dijo de la grave patología padecida por el denunciante ni desvirtuó el criterio médico relativo a la necesidad del tratamiento indicado.

Que, lo anterior no es menor pues el profesional médico prescriptor forma parte de la cartilla médica del agente de salud y se entiende que la obra social ha contratado para sus afiliados a los profesionales aptos para integrar su staff. De allí que no se entiende cómo es que uno de sus médicos indique un tratamiento y luego dicho pedido sea denegado sin desconocer o contradecir con argumentos científicos los motivos por los que la intervención indicada no sería apropiada para el paciente.

Que, en cuanto al alcance de la cobertura a la que la obra social se encuentra obligada, la jurisprudencia tiene dicho 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, cualquiera fuera el contexto y no necesariamente conforma su tope máximo.

Que, además de lo dicho, cabe realizar alguna aclaración acerca de la problemática denunciada, el estado de vulnerabilidad del [REDACTED] las obligaciones que incumben a la obra social.

Que, en efecto, es importante destacar que la Ley N° 23.661 instituyó el Sistema Nacional de Seguro 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 propósito ha sido organizado dentro del marco de una concepción integradora del sector sanitario en el cual la autoridad pública reafirme su papel de conducción general del sistema, siendo su objetivo fundamental 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 la Obra Social para el Personal del Ministerio de Economía y de Obras y Servicios Públicos (OSME) es uno de los agentes del seguro de salud comprendido en el art.1° de la Ley N° 23.660 y en el art. 2° de la Ley N° 23.661, y como tal debe adecuar su conducta a los postulados de las leyes anteriormente mencionadas.

Que, en línea con lo dicho, el art. 3º de la Ley N° 23.660 establece que las obras sociales deben destinar sus recursos en forma prioritaria a brindar prestaciones de salud; más precisamente el art. 5º de la Ley N° 23.660 estableció que, como mínimo, las obras sociales deben destinar el 80% de sus recursos brutos a prestaciones de salud.

Que, las obras sociales deben cubrir en sus planes de cobertura médico asistencial, como mínimo, el Programa Médico Obligatorio, estableciéndose de esta manera a dicho plan como un piso de prestaciones que el agente de salud se encuentra obligado a brindarle a sus asociados más no como un techo prestacional.

Que, en particular, preocupa a esta INDH que durante todo este tiempo el interesado haya tenido que suspender su tratamiento y perjudicar su calidad de vida en razón de la conducta arbitraria de su agente de salud quien, pese a ser intimada a cumplir por la Superintendencia de Servicios de Salud, decidió mantenerse en su postura y apartarse del ordenamiento jurídico que rige su actividad y el derecho de la salud en nuestro país.

Que, el argumento esgrimido por OSME al considerar la ausencia de obligación de cobertura de una determinada cantidad de aplicaciones de un tratamiento por no contemplarse expresamente en un elenco prestacional de prácticas, tal como ocurre con el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.), merece un análisis adicional con carácter previo a que esta INDH proceda a emitir su pronunciamiento.

Que, el P.M.O. es un programa que contiene el conjunto de prestaciones médicas a las que tiene derecho todo beneficiario de la seguridad social y todo asociado de la medicina prepaga.

Que, el P.M.O. vio la luz por primera vez para los agentes nacionales del seguro de salud en el año 1996 con el Decreto N° 492/1995. A partir de allí la máxima autoridad sanitaria nacional expidió la Resolución N° 247/1996 que aprobó la primera versión del referido P.M.O., estableciendo el Programa Mínimo de Prestaciones y Prácticas Médicas obligatorias que debían otorgar a los agentes del seguro de salud.

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 P.M.O. fue mutando y ampliándose a través de distintas normas de diverso rango jerárquico.

Que, la tecnología y las ciencias médicas y farmacéuticas avanzan rápidamente en el tratamiento de diversas enfermedades y la normativa que regula las prestaciones médicas y farmacológicas 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 (P.M.O.) 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, la jurisprudencia se ha manifestado en numerosas oportunidades sobre la cuestión, siendo pacífica la inteligencia adoptada para resolver las cuestiones en que se ventilaban problemáticas en torno a coberturas medicamentosas de especialidades medicinales no contempladas en el Programa Médico Obligatorio. En tal sentido, se tiene dicho que "...cuando se descubre una medicación o droga nueva o eficaz para calmar los dolores más crueles de una enfermedad terminal, resulta manifiestamente inaceptable que los prestadores de salud se nieguen a proporcionarlas a sus afiliados invocando como pretexto, que todavía no las han incorporado a sus vademécum o no han sido incluidas en el PMOE..." y 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..." ("G., G. P. c/Staff Médico" - Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial, Sala M, 06/12/2011).

Que, en el mismo sentido se han pronunciado los sentenciantes en "G. I., T. c/Swiss Medical S.A. s/sumarísimo" de la Sala III de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial, con fecha 07/07/2013, en donde se pretendía la cobertura del 100% para un tratamiento aprobado por la ANMAT pero no incluido en el P.M.O. y en donde tanto en primera como en segunda instancia se hizo lugar a la provisión del medicamento señalando que la cobertura brindada por el P.M.O. debe ser considerada un "piso prestacional".

Que, a mayor abundamiento de opiniones jurisprudenciales cabe mencionar lo decidido más recientemente por la Cámara Federal de Rosario, Sala A, en los autos “T., N. A. c/Medicus S.A. de Asistencia Médica y Científica s/Amparo contra actos de particulares”, donde los magistrados afirmaron que “...no resulta ocioso recordar que, conforme se ha sostenido en reiterados fallos de esta Cámara Federal de Apelaciones a fin de fundar la ampliación de cobertura, el Plan Médico Obligatorio fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales y las empresas de medicina prepaga deben garantizar, lo cual no constituye una limitación para los agentes de salud sino que se trata de una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales y que contiene un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional, debajo del cual ninguna persona debería ubicarse bajo ningún concepto, mas no necesariamente conforma su tope máximo...”.

Que, también ha sido opinión de la Sala E de la Cámara Nacional Civil intervinientes en los autos “B., C. A. c/Sistema de Protección Médica S.A.” de fecha 24/06/2005, que “...las prestaciones que se reconocen como obligatorias en el PMO no constituyen un elenco cerrado e insusceptible de ser modificado con el tiempo en beneficio de los afiliados, pues semejante interpretación importaría cristalizar en un momento histórico, la evolución continua, incesante y natural que se produce en el ámbito de la medicina y en la noción de “calidad de vida” que es esencialmente cambiante...”.

Que, la Corte Suprema de Justicia de la Nación también se ha expedido sobre la cuestión al afirmar que “... cabe dejar sin efecto la sentencia que desestimó la acción de amparo deducida a fin de obtener la cobertura para una cirugía con endoprótesis en base a que no se hallaba incluida en el P.M.O., pues el enfoque restrictivo que subyace en la decisión, al vedar el acceso a una terapéutica más moderna y segura, y al someter a una persona a una mecánica que entraña un mayor peligro de muerte, desnaturaliza el régimen propio de la salud, uno de cuyos estándares es proporcionar el mejor nivel de calidad disponible dejando sin cobertura una grave necesidad que los jueces admitieron como tal...” (Fallos 337:471).

Que, la aludida doctrina del “piso prestacional” y la inteligencia sostenida mayoritariamente en las decisiones jurisprudenciales más arriba citadas son plenamente aplicables a OSME al ser dicha obra social una persona jurídica comprendida en el art. 1º de la Ley Nº 23.660 y, como tal, está obligada al cumplimiento de las obligaciones que emanan de la norma que la regula y adecuar su conducta a los postulados de las leyes anteriormente mencionadas.

Que, dicho criterio de la jurisprudencia enunciada es plenamente extrapolable a la situación que nos ocupa, toda vez que el Programa Médico Obligatorio no establece un número determinado de veces en el que debería aplicarse el tratamiento requerido; máxime, cuando dicho tratamiento figura entre las prestaciones contempladas en el anexo II de la Resolución MS Nº 201/2002.

Que, tal como señala el anexo II de la Resolución MS Nº 201/02, los agentes del seguro deben garantizar a sus beneficiarios el conjunto de prestaciones esenciales incluidas en el P.M.O., quienes a su vez “... podrán ampliar los límites de acuerdo a las necesidades individuales de los mismos”.

Que, asimismo, el art. 27 de la Ley Nº 23.661 indica que los Agentes del Seguro de Salud deberán garantizar a sus beneficiarios servicios accesibles, suficientes y oportunos.

Que, como ya ha sido dicho, la problemática que aqueja al interesado fue ventilada ante el organismo de contralor de los agentes del sistema nacional del seguro de salud, la Superintendencia de Servicios de Salud, cuya Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud se ha manifestado en la Disposición Nº 1093/23 intimando a OSME a brindar al [REDACTED] la cobertura al ciento por ciento (100%) de la práctica de fotocoagulación con láser de argón indicada por su médico tratante para el tratamiento de su patología, todo ello de manera accesible, suficiente y oportuna.

Que, entre otras cosas, lo que esta INDH busca con su labor es abrir instancias de reflexión, de acercamiento y de entendimiento partiendo de la premisa de que la salud de la persona es el presupuesto esencial del derecho a la vida.

Que, el término derecho a la salud sintetiza un derecho de naturaleza prestacional, pues conlleva una actuación positiva por parte del poder estatal en una dirección dada, es decir, un derecho a la población al

acceso – in paribus conditio- a servicios médicos suficientes para una adecuada protección y preservación de su salud-. El Estado asume entonces distintas obligaciones, como promover y facilitar el acceso de la población a las prestaciones de salud, no perturbar el desenvolvimiento lícito de los prestadores de salud, brindar tales servicios cuando la actividad privada resulte insuficiente o excesivamente onerosa, ya sea mediante planes de salud, la creación de centros asistenciales o la provisión de medicamentos (CARNOTA, Walter F., “Proyecciones del derecho humano a la salud”, ED, 128-877, esp. ps. 882/884).

Que, por lo anteriormente expuesto y existiendo evidencia científica que avala el tratamiento propuesto, documentación clínica que acredita dicha intervención y la orden de un médico de la cartilla de la obra social que la indica, no se encuentran motivos suficientes que permitan justificar la conducta de OSME que solo ha contribuido a generar en el interesado temor e incertidumbre sobre el futuro de su tratamiento.

Que, en el presente caso no debe perderse de vista la particular condición de salud en la que se encuentra el beneficiario.

Que, finalmente lo que se busca proteger es el derecho a la salud de una persona y para ello es indispensable conocer los alcances que dicho concepto tiene y cuál es su paraguas protector dentro del ordenamiento jurídico.

Que, en el caso se encuentra comprometida la salud e integridad física de una persona las que poseen reconocimiento en la Constitución Nacional y los 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, así ha sido reconocido por el Código Civil y Comercial de la Nación cuyo art. 51 reza: “...La persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad...”.

Que, en definitiva, la dignidad constituye la fuente de todos los derechos y ello implica que ya no se puede hablar de persona o derechos a secas, sino de persona digna y de derechos que contemplan esta dignidad inherente a la persona humana.

Que, la Constitución Nacional reconoce el derecho a la salud como un 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 art. 75 inciso 22, específicamente a través del artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y art. 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, a los fines de proveer criterios interpretativos que deben aplicar al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha emitido en el año 2000 su Observación General N° 14 abordando las cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación de dicho Pacto.

Que, merece ponerse de resalto, la obligación de garantizar el derecho a la salud ha sido –en subsidio– asumida por el Estado Argentino para con sus habitantes y, en este contexto, no puede dejar de mencionarse que a las normas indicadas en el párrafo que antecede debe interpretárselas conjuntamente con lo establecido en el inciso 23 del art. 75 de la CN., que hace especial referencia a la necesidad de adoptar –como competencia del Congreso de la Nación– “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”.

Que, del plexo normativo descripto 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, por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos, establece en su art. 25.1 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”.

Que, respecto de las obligaciones establecidas por el derecho convencional, el más alto Tribunal de la Nación tiene dicho que “...De los tratados internacionales que cuentan con jerarquía constitucional se desprende la existencia tanto de los derechos de toda persona a gozar de un nivel adecuado de vida y al disfrute del más alto nivel posible de salud, como de la correspondiente obligación de los Estados Partes de adoptar las medidas que resulten pertinentes de modo de hacer efectivos tales derechos...” (Fallos: 342:459; 341:1511).

Que, cabe recordar, también, lo expresado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso “Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas s/ Recurso de Hecho”, respecto del derecho a la salud como presupuesto esencial del inalienable derecho a la vida: “...el Tribunal ha considerado que el derecho a la vida es el primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la Constitución Nacional...” (Fallos: 302:1284; 310:1112).

Que, esa Corte también ha dicho que el hombre es eje y centro de todo el sistema jurídico y en tanto fin en sí mismo –más allá de su naturaleza trascendente– su persona es inviolable y constituye valor fundamental con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental (Fallos 316: 479, votos concurrentes).

Que, en ese orden de ideas no debe pasarse por alto la especial condición de vulnerabilidad en la que se encuentra el interesado por tratarse de una persona adulta mayor.

Que, en relación con el derecho a la salud de las personas que hacen parte del grupo de los sujetos de especial protección constitucional es preciso considerar que a partir de normas constitucionales y convencionales se impone mayor celo en el cumplimiento de los deberes de protección y garantía por parte de las autoridades y de los particulares que brinden servicios públicos esenciales como lo es la salud.

Que, dentro de los sujetos de especial protección se encuentran las personas adultas mayores las cuales tienen derecho a una protección reforzada de su salud y, por ello, las entidades prestadoras, sean de carácter público o privado, están obligadas a brindarles la atención médica que requieran. En efecto, la protección reforzada se materializa con la garantía de una prestación continua, permanente y eficiente de los servicios de salud que requiera el paciente, lo cual implica, de ser necesario, el suministro de medicamentos, insumos o prestación de servicios excluidos de normas específicas de cobertura.

Que, sobre la condición de persona adulta mayor la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, incorporada al ordenamiento jurídico interno de nuestro país a través de la Ley N° 27.360, ha dicho que persona mayor es aquella persona de 60 años o más. Por tal motivo, y dado que el [REDACTED] es una persona que supera dicha edad, automáticamente se constituye en titular de los derechos que esta Convención reconoce y que encuentran sustento en los principios de igualdad, no discriminación, bienestar, cuidado, seguridad física, económica y social, solidaridad, buen trato y atención

preferencial, entre otros.

Que, entre los derechos consagrados por la Convención merece especial mención el derecho a la salud, receptado en el art. 19, mediante el cual se establece que la persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación y que se debe proveer una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social, garantizando el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad, entre muchas otras medidas tuitivas de este colectivo especialmente vulnerable.

Que, la necesidad del interesado de recurrir a esta Defensoría como afiliado a una obra social radica en su convicción como ciudadano de que se respeten los derechos que le asisten y que, en caso de verse amenazados o vulnerados, esta INDH pueda arbitrar los medios correspondientes para su pronto restablecimiento.

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 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 colaborador 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 el 28 de la Ley N° 24.284, modificada por la Ley N° 24.379, la autorización conferida por los Señores Presidentes de los bloques mayoritarios del H. Senado de la Nación, como de la Comisión Bicameral Permanente de la Defensoría del Pueblo, ratificada por su Resolución N° 0001/2014 del 23 de abril de 2014, y notificación del 25 de agosto de 2015 que ratifica las mismas facultades y atribuciones otorgadas al Secretario General en la persona del Subsecretario General, para el supuesto de licencia o ausencia del primero.

Por ello;

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

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- RECOMENDAR a la OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y DE OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS (OSME) que en el más breve plazo posible arbitre los medios necesarios para que se otorgue cobertura integral -100%- de la práctica de fotocoagulación con láser de argón al [REDACTED], durante todo el tiempo que su médico tratante lo establezca.

ARTÍCULO 2º.- Poner en conocimiento de la presente Resolución al Sr. SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 3º.- Regístrese, notifíquese, comuníquese al interesado y resérvese.

RESOLUCIÓN N° 00021/24.-

