



Defensoría del Pueblo de la Nación

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

Resolución

Número: RESOL-2024-33-E-DPN-SECGRAL#DPN

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Miércoles 24 de Abril de 2024

Referencia: RESOLUCIÓN N° 00009/24 - ACTUACIÓN N° 2284/24 - [REDACTED] - s/presunto inconveniente con la provisión de medicamentos - EX-2024-00016271- -DPN-RNA#DPN - OBRA SOCIAL DE RELOJEROS, JOYEROS Y AFINES (OSRJA).

VISTO el estado de la Actuación N° 2284/24, caratulada: [REDACTED] sobre presunto inconveniente con la provisión de medicamentos, EX-2024-00016271- -DPN-RNA#DPN; y,

CONSIDERANDO:

Que, el 07/03/24 se presentó el Sr. [REDACTED], quien recurrió a esta INDH para denunciar a su agente de salud (Obra Social de Relojeros, Joyeros y Afines) por la falta de entrega de la medicación que necesita para su tratamiento.

Que, tal como surge de la documentación presentada, el interesado fue diagnosticado con "Inmunodeficiencia común variable con compromiso pulmonar", por lo que su médico tratante, Dr. [REDACTED] indica como tratamiento "Gammaglobulina EV".

Que, en el resumen de historia clínica presentado, puede leerse: "Paciente que debuta con plaquetopenia en 2012, previamente sano. Realizó tratamiento con corticoides sin ningún otro tratamiento inmunosupresor. Se realizaron punciones aspiraciones de médula ósea con los siguientes resultados: sin procesos clonales en citometría, biopsia: cambios dishematopoyéticos, levemente aumentada serie megacariciocítica. 2017: Médula con cambios dishematopoyéticos marcados, altamente vinculables a mielodisplasia. 2019: médula ósea discretamente hipoelular (...) En 2019 inicia evaluación por nódulos pulmonares y adenopatías mediastinales y axilares (...) Presentó COVID-19 en agosto 2020 con neumonía bilateral. Ante persistencia de lesiones tomográficas, en mayo 2021 se realiza biopsia pulmonar y de ganglio mediastinal que describen bronquiolititis obliterante con neumonía en organización e hiperplasia folicular ganglionar. Laboratorio en 10/2021 presenta IgG 218 IgM 74 IgE 2.6. Se rescata laboratorio en 2019 con IgG 445. Se solicita inmunofenotipo con linfopenia B a expensas de marcada reducción de linfocitos B de memoria pre y post switch (0.9 y 0.6% respectivamente) y aumento de CD21low 48%. Se caracteriza dicho cuadro como inmunodeficiencia común variable. Considerando estos hallazgos, y arribando al diagnóstico de inmunodeficiencia común variable con compromiso pulmonar, se solicita iniciar tratamiento con gammaglobulina EV a dosis 600 mg/kg peso que equivalen a 50 gramos cada 28 días, debido a que la vida media de las inmunoglobulinas séricas es de 28 días. Si el paciente no la recibe en dicho periodo corre riesgo de contraer graves infecciones que deterioren su estado general y comprometan su vida. Inicia tratamiento sustitutivo con gammaglobulina el 07/01/23, evolucionando favorablemente. Último dosaje de inmunoglobulina 18/10/23 Lab: IgG 1046, IgA <5, IgM <5, recibiendo gammaglobulinas mensuales. Por tal motivo el tratamiento con Inmunoglobulina de molécula entera debe ser SUMINISTRADO DE POR VIDA de forma supletoria y a los intervalos establecidos. La no provisión de gammaglobulina es incompatible con la vida".

Que, tal como se desprende del resumen de historia clínica y el relato del interesado, desde enero de 2023 y hasta febrero de 2024 la obra social proveyó ininterrumpidamente la medicación indicada y ello se vio reflejado en los buenos resultados de salud del Sr. [REDACTED] quien, de acuerdo a lo informado evolucionó.

Que, sin embargo, a partir de febrero de 2024, el agente de salud interrumpió la provisión del medicamento y ello trajo aparejado que, desde entonces y hasta la fecha (3 meses consecutivos), el interesado quedara sin tratamiento pese a que, conforme informe del Dr. [REDACTED] "...corre riesgo de contraer graves infecciones que deterioren su estado general y comprometan su vida".

Que, transcurrido febrero sin que la Obra Social diera respuesta a su pedido y observando el correr de los días sin la medicación, el interesado recurrió en reiteradas oportunidades en forma personal y también a través de presentación de notas; pero todo su accionar fue infructuoso en razón de que el medicamento seguía sin serle suministrado.

Que, frente al panorama descrito, tomando en consideración que el precio del medicamento al 15/03/24 era de \$8.993.158,00 y siendo que no cuenta con los recursos económicos suficientes para afrontar su compra, es que el Sr. [REDACTED] se presentó ante esta INDH con el propósito de verificar si su derecho como paciente con inmunodeficiencia y beneficiario del sistema nacional de seguridad social estaba siendo vulnerado y, en su caso, que se arbitren los medios adecuados para su restablecimiento en tiempo oportuno.

Que, a partir de la denuncia efectuada por el interesado y luego de analizar la documentación aportada, el 08/03/24, personal de esta Defensoría, se apersonó en la sede de la Obra Social y mantuvo una reunión con sus autoridades quienes manifestaron estar al tanto de la situación del Sr. [REDACTED] y que, además, desde enero de 2023 se le había suministrado el medicamento de manera ininterrumpida. Asimismo, manifestaron que el mes de febrero de 2024 fue el único que presentó una dificultad mayor en cuanto a la demora pero que esperaban poder solucionarlo prontamente.

Que, además de lo anterior, el mismo 08/03/24, se cursó un pedido de informes mediante Nota NO-2024-00016914-DPN-SECGRAL#DPN en el que se consultó al agente de salud los motivos por los que no había entregado el medicamento en el mes de febrero, si existía algún trámite pendiente por parte del interesado y, además, que aportara cualquier tipo de información conducente al esclarecimiento de la situación.

Que, en respuesta a la mencionada nota, el 18/03/24 el agente de salud respondió en los siguientes términos: "...De acuerdo al informe recibido por el área de auditoría médica vengo a dar respuesta, informando al respecto que el Sr. [REDACTED] está dado de alta con O.S.R.J.A bajo el régimen de relación de dependencia desde 01/09/2010, por traspaso. Actualmente posee el PLAN PLATINO, unificando aportes con su esposa. En referencia al paciente [REDACTED], en los registros del sistema de autorizaciones de O.S.R.J.A no existe evidencia de internaciones o pedidos de medicación por cuadros infecciosos durante los últimos años. Si un paciente tiene niveles bajos de IgG de manera crónica, no significa necesariamente que sea candidato para la terapia de IgIV. En muchos casos, puede continuar llevando una vida por lo demás saludable y no sufrirá de sinusitis crónica, infecciones pulmonares, neumonía, etc. De hecho, muchos pacientes salen adelante sin ningún tratamiento relacionado y bajo control médico y el uso sensato de vacunas y antibióticos cuando sea necesario. En los casos donde persisten las infecciones y los problemas de salud debido a los niveles bajos de inmunoglobulina, si se debe evaluar la terapia de reemplazo, pero no sería este el caso. Es de señalar también los efectos colaterales del uso prolongado de Inmunoglobulina Iv: 1. Hipersensibilidad. 2. Tromboembolismo. 3. Insuficiencia Renal Aguda. 4. Lesión Pulmonar Aguda, relacionada con transfusión. 5. Síndrome de Meningitis Aséptica. 6. Anemia Hemolítica, entre otras. El medicamento y dosis indicada es de un costo insostenible, existen otras pautas y tratamientos, de menor costo y con igual y reconocida respuesta, como son: Gammaglobulina humana SC 3 gr x mes, dosis indicada por la Dra y prof. Carla Guazzaroni MN 87693, jefa de sección Oncohematología, del Hospital General de Agudos, en un paciente con hipogammaglobulinemia severa, con excelentes resultados. ELTROMBOPAG, de 50mg diarios, medicación que reciben otros pacientes con PTI en tratamiento con la jefa del Servicio del departamento de Hematología, del Hosp. de Sanidad de la Armada, Dra y Prof Alejandra Miño, MN. 95507. Por todo lo antes descrito y considerando la necesidad del tratamiento del paciente, desde el sector de auditoría médica de O.S.R.J.A, sugerimos el cambio a una de estas opciones".

Que, de la respuesta de la obra social y la información aportada en la reunión mantenida con sus autoridades

el 08/03/24 surge una contradicción pues, en ningún momento de la reunión, se deslizó la posibilidad de desconocer el tratamiento oportunamente asignado al paciente y, menos aún, evolución favorable en su estado de salud producto del tratamiento suministrado durante todo el año 2023.

Que, se corrió traslado del responde del agente de salud al interesado quien el 21/03/24 aportó un nuevo informe de su equipo médico tratante en relación a lo informado por la obra social. Así, del documento se desprende: “que durante los últimos años el paciente no ha presentado internaciones relacionadas a infecciones severas: se encuentra desde 2022 con tratamiento sustitutivo con gammaglobulina cuyo objetivo es la protección contra dichas infecciones. El paciente previo al inicio de dicho tratamiento presentó múltiples infecciones respiratorias, predominantemente sinusitis, característico de la inmunodeficiencia que padece. La no evidencia en los registros de la obra social no equivale a la ausencia del antecedente mencionado. - que el paciente tenga niveles bajos de IgG de manera crónica, no significa necesariamente que sea candidato para la terapia de IgIV: El paciente no presenta simplemente niveles bajos de IgG, tiene DIAGNÓSTICO DE INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE, basado en los criterios de ESID (bajos niveles de IgG e IgA, bajos niveles de LB memoria post switch, infecciones respiratorias recurrentes (sinusitis predominantemente), citopenias autoinmunes (PTI) y manifestaciones linfoproliferativas/granulomatosas (enfermedad pulmonar intersticial-GLILD- y linfoproliferación -esplenomegalia y adenopatías generalizadas-), en un paciente adulto donde se excluyeron todas las causas secundarias de hipogammaglobulinemia. - que En muchos casos, puede continuar llevando una vida saludable y no sufrirá de sinusitis crónica, infecciones pulmonares, neumonía, etc.: La decisión de tratamiento de un paciente con Inmunodeficiencia común variable se debe basar en las guías de práctica clínica y NO en predicciones no fundadas. La decisión de inicio y continuidad de tratamiento con gammaglobulina humana determinada por esta Unidad se basa tanto en la bibliografía, como en la Ley N° 1416 de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que regula la provisión de dicha medicación en estos pacientes. - que En los casos donde persisten las infecciones y los problemas de salud debido a los niveles bajos de inmunoglobulina, si se debe evaluar la terapia de reemplazo, pero este no sería el caso: La situación planteada en la citada frase representa la situación clínica bajo la cual el paciente fue diagnosticado y se dio inicio al tratamiento. Carece de fundamento clínico decir que los problemas de salud deben persistir para tomar una conducta terapéutica sobradamente fundamentada y avalada por guías de medicina basada en la evidencia y por la ya mencionada ley. - que De hecho, muchos pacientes salen adelante sin ningún tratamiento relacionado y bajo control médico y el uso sensato de vacunas y antibióticos cuando sea necesario.: La falta de indicación de tratamiento con inmunoglobulina en un paciente con diagnóstico de Inmunodeficiencia común variable representa un error terapéutico. El término hipogammaglobulinemia o niveles bajos de IgG no son equivalentes a la definición diagnóstica de INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE. - que El medicamento y dosis indicada es de un costo insostenible, existen otras pautas y tratamientos, de menor costo y con igual y reconocida respuesta, como son: Gammaglobulina humana SC 3gr x mes, dosis indicada por la Dra y prof Carla Guazzaroni MN 87693, jefa de sección Oncohematología, del Hospital General de Agudos, en un paciente con hipogammaglobulinemia severa, con excelentes resultados.”: Desconocemos el diagnóstico del paciente citado y los motivos médicos por los cuales la profesional citada eligió dicho tratamiento. Repetimos que el término hipogammaglobulinemia no es equivalente a la definición diagnóstica de INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE. Por otro lado, la indicación del tratamiento es una decisión independiente del costo de la misma, se basa en la evidencia clínica y el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir la mortalidad asociada al diagnóstico. - que ELTROMBOPAG, de 50mg diarios, medicación que reciben otros pacientes con PI en tratamiento con la jefa del Servicio del departamento de Hematología, del Hosp de Sanidad de la Armada, Dra y Prof Alejandra Miño, MN. 95507.: El uso de dicha medicación no se indica para el tratamiento de la Inmunodeficiencia común variable. - que Por todo lo antes descrito y considerando la necesidad del tratamiento del paciente, desde el sector de auditoría médica de O.S.R.J.A sugerimos el cambio a una de estas opciones: la indicación de tratamiento con inmunoglobulina humana en sus formas endovenosa o subcutánea, ajustada al peso del paciente (Dosis forma endovenosa 600 a 800 mg/kg peso que por el peso del paciente en cuestión equivale a 50gr mensuales), es el ÚNICO tratamiento recomendado basado en la evidencia, las guías de práctica clínica y avalado por Ley. Dra. [REDACTED]”.

Que, luego de verificados los extremos denunciados por el interesado, corroborada la negativa de la obra social a continuar brindando la medicación indicada por su equipo médico tratante y con los fundamentos aportados por el equipo médico del Hospital Durand, es que esta Defensoría debe expedirse pues, se advierte como cierto e inminente que la interrupción del tratamiento afecta de manera considerable la

calidad de vida.

Que, sobre lo expuesto merecen efectuarse las siguientes consideraciones:

Que, en el año 2004 se sancionó la Ley N° 1416 de la Ciudad de Buenos Aires de Protección a personas con diagnóstico de inmunodeficiencia común variable y otras inmunodeficiencias, a partir de la cual se estableció que sería el Gobierno de la Ciudad quien proveería la medicación y los insumos médicos necesarios para aquellos pacientes que no contaran con cobertura médica privada o de Obra Social.

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 la Obra Social de Relojeros, Joyeros y Afines (OSRJA) es uno de los agentes del seguro de salud comprendido en el art.1º de la Ley N° 23.660 y en el art. 2º 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 las leyes anteriormente mencionadas.

Que, no obstante lo anteriormente mencionado respecto del Sistema Nacional del Seguro de Salud, corresponde hacer referencia al Programa Médico Obligatorio (PMO).

Que, el PMO 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 PMO 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 PMO, estableciendo el Programa Mínimo de Prestaciones y Prácticas Médicas obligatorias que debían otorgar a los agentes del seguro de salud.

Que, dado que dichas normas sólo hacían referencia a las Obras Sociales Nacionales, por intermedio de la Ley N° 24.754, esta obligación de brindar coberturas y prestaciones mínimas se hizo extensiva a empresas de medicina prepaga, aclarándose que las mismas debían otorgar a sus asociados "idéntica cobertura mínima obligatoria" que las brindadas por los agentes del seguro de salud a sus afiliados; es decir, las contenidas en la Resolución 247/1996.

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, en ese marco corresponde destacar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) ha dicho que el PMO contiene lineamientos que deben ser interpretados en armonía con el principio general que garantiza a la población el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud.

Que, si bien es cierto que estructuralmente el Programa Médico Obligatorio no ha sido modificado desde el año 2000 en adelante, no es menos cierto que este Programa ha sido ampliando y ensanchando de manera significativa a partir del dictado de diversas leyes que incorporaron o incluyeron legalmente determinadas prestaciones no previstas reglamentariamente en el consignado programa.

Que, una apreciación parcial de los antecedentes de salud del interesado como la que realiza la OSJRA no sólo va en contra del espíritu y los objetivos para los cuales se han constituido las Obras Sociales sino que, además, resulta irrazonable a la luz de los antecedentes del caso y los fundamentos médicos aportados por el equipo del Hospital Durand, máxime cuando la medicación fue suministrada durante todo el año 2023.

Que, especialmente preocupa a esta INDH que el agente de salud desconoce que la ausencia de infecciones e internaciones del interesado durante el año 2023 serían una muestra de la efectividad del tratamiento suministrado.

Que, respecto a la imposibilidad, alegada por la Obra Social de suministrar el medicamento debido a su “costo insostenible”, no se observa que el agente de salud haya acreditado tal extremo y, menos aún, un pedido de asistencia a la Superintendencia de Servicios de Salud, hecho que impide verificar que en la práctica sea un argumento válido.

Que, por otra parte, resulta inconsistente que la Obra Social no explique los motivos por los cuales considera que la estrategia terapéutica indicada por el equipo médico tratante no sea la correcta cuando, durante el año 2023, fue la suministrada al paciente. Es decir, no queda claro qué es lo que ha cambiado para que el agente de salud considere ahora que el interesado no es candidato a recibir el medicamento.

Que, 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 la problemática que aquí se plantea se encuentra comprometida la salud e integridad física de una persona 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, que reposa en la dignidad inherente a la persona humana, de forma tal que este bienestar físico, mental y social que pueda alcanzar una persona, constituye un derecho fundamental. La dignidad, entonces, 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, merece ponerse de resalto, además, que 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 artículo 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 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, 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, 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, la Corte Suprema de Justicia de la Nación 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, la Corte Suprema de Justicia de la Nación también ha destacado la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga (Conf. Fallos 321:1684; 323: 1339, 324:3569).

Que, la actitud deviene contraria al espíritu de la norma que regula la actividad de las obras sociales en materia de prevención y tratamiento de enfermedades -art. 2º Ley Nº 23.661-, art. 42 de la Constitución Nacional y, motivo por el cual poner en funcionamiento la protección creada por nuestra norma fundamental a través de su art. 86.

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 Nº 24.284, modificada por la Ley Nº 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 de Relojeros, Joyeros y Afines (OSRJA) la provisión terapéutica indicada por la Dra. [REDACTED], tratamiento con gammaglobulina EV a dosis 600 mg./kg y garantice para lo sucesivo y de manera ininterrumpida aquel que dicha profesional prescriba.

ARTÍCULO 2º.- Poner en conocimiento a la Superintendente de Servicios de Salud.

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

RESOLUCIÓN N° 00009/24.-

Juan José BÖCKEL
Subsecretario General AC
DEFENSORIA DEL PUEBLO DE LA NACION
Gestión Documental Electrónica