“Periodicidad de la actualización de la Ley Nacional de Diabetes y su influencia en la cobertura del tratamiento integral del paciente diabético”

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA: ABOGACÍA

Alumno: Ignacio Laporta

Director de Tesis: Elvio Galati

SEPTIEMBRE 2021

PERIODICIDAD DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE DIABETES Y SU INFLUENCIA EN LA COBERTURA DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE DIABÉTICO

RESUMEN

En la actualidad la diabetes es considerada una verdadera epidemia, según el Ministerio de Salud de Argentina, se estima que 1 de cada 10 argentinos de 18 años o más tiene diabetes y dado que, por varios años permanece sin síntomas, aproximadamente 4 de cada 10 personas que la padecen desconocen su condición. La diabetes conduce a daños graves en la salud si no se trata adecuadamente y es la única de las principales enfermedades no transmisibles en la que el riesgo de morir a una edad temprana está subiendo, en lugar de bajar. Además, en el último tiempo se vio como un alto porcentaje de las personas hospitalizadas a causa del COVID-19, padecen diabetes.

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre asociada con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina. Es una enfermedad que no tiene cura pero que puede ser tratada. Para ello se requiere de un tratamiento integral, que en nuestro país está garantizado por la Ley Nacional de Diabetes Nº 26.914 (siendo la Ley Nº 23.753 su antecedente) norma que regula todo lo relacionado al tema.

Esta investigación propone exponer y evidenciar como la falta de periodicidad constante en la actualización de la norma, afecta o influye negativamente en el tratamiento integral de las personas con diabetes, en nuestro país. Para ello se definió, en primer lugar, todo lo que implica el tratamiento integral de los pacientes con diabetes y se analizó la norma y sus actualizaciones para determinar lo que esta prescribe, para finalmente relacionar ambas variables.

Para responder a los objetivos planteados, se analizó la normativa vigente, los casos de jurisprudencia donde los pacientes demandan a sus prepagas por incumplimiento de sus prescripciones médicas y finalmente se realizaron entrevistas a pacientes con diabetes con prepaga /obra social, a pacientes sin obra social y a un reconocido médico diabetólogo.

PALABRAS CLAVES:

Diabetes – Tratamiento integral de la diabetes – Ley Nacional de Diabetes – Influencia de la Ley en el tratamiento integral – Actualizaciones de la Ley Nacional de Diabetes

ÍNDICE

RESUMEN 2
PALABRAS CLAVES: 2
INTRODUCCIÓN 5
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO 9
1.1 Diabetes Mellitus 9
1.2 Tratamiento Integral 12
1.2.1 Insulinoterapia: Terapia Farmacológica 12
1.2.2 Plan de Alimentación 15
1.2.3 Actividad Física 15
1.2.4 Educación Diabetológica 16
1.2.5 Apoyo Psicoterapéutico 16
CAPÍTULO II: NORMATIVA SOBRE DIABETES 18
2.1 Ley 23.753 18
2.2 Ley 26.914 23
2.3 Res. del Ministerio de Salud de la Nación 1156/14. Reglamentación de la Ley 26.914 25
2.4 Actualización de las Normas de provisión de medicamentos e insumos para personas con diabetes 29
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE JURISPRUDENCIA 33
3.1 Jurisprudencia 33
3.1.1 Caso I 34
3.1.2 Caso II 35
3.1.3 Caso III 36
CAPÍTULO IV: ESTUDIO DE CASOS 40
4.1 Información Obtenida de la aplicación de las entrevistas 40
4.1.1 Pacientes con Diabetes con Prepaga/obra social 40
4.1.2 Pacientes con Diabetes sin Prepaga/obra social 42
4.1.3 Entrevista a Profesional médico especialista en Diabetes: 45
CONCLUSIONES 49
BIBLIOGRAFÍA 54
OTROS MATERIALES 57
Fallos 57

Normas 57
ANEXOS 59
Anexo I: Entrevista a pacientes con Diabetes sin Prepaga/obra social 59
Anexo II: Entrevista a pacientes con Diabetes con Prepaga/obra social 61
Anexo III: Entrevista a pacientes con Diabetes sin Prepaga/obra social 63

INTRODUCCIÓN

La problemática que aborda la presente Tesis responde a una experiencia personal. Debido a mi condición de paciente con Diabetes he podido observar a lo largo de mi vida el desfasaje entre la necesidad que padecemos los pacientes con esta condición y la cobertura que ofrecen las obras sociales/prepagas y el sector público, amparados en la Ley Nacional de Diabetes. Esta primera observación y mi formación como estudiante de Abogacía de la UAI, me ha llevado a interiorizarme cada vez más en los derechos de los pacientes diabéticos y las leyes vigentes.

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre). Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina. Con el tiempo, la diabetes conduce a daños graves en el corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

La diabetes incapacita al organismo a utilizar los alimentos adecuadamente. Al ingerir los alimentos, el sistema digestivo los metaboliza convirtiéndolos en una forma de azúcar denominada glucosa, que es el combustible necesario para proveer al organismo de energía. Para metabolizar la glucosa adecuadamente, el organismo necesita una sustancia llamada insulina, que es una hormona producida en el páncreas (glándula localizada debajo del estómago), y cuya función es regular el uso de la glucosa en el organismo, y por lo tanto es esencial en el proceso metabólico.

La insulina trabaja permitiéndole a la glucosa alojarse en las células para que éstas la utilicen como combustible, manteniendo a su vez los niveles de glucosa en la sangre dentro de lo normal (70 a 110 mg./dl), (Alemzadeh, 2011).

Las personas con diabetes no producen suficiente insulina para metabolizar la glucosa, o bien la insulina que producen no trabaja eficientemente, por lo tanto, la glucosa no se puede alojar en las células para ser transformadas en energía y se acumula en la sangre en niveles elevados.

Aunque aún no existe una cura para la Diabetes, ésta puede ser controlada. La meta principal en el tratamiento es mantener los niveles de azúcar en la sangre (glicemia) lo más cerca del rango normal como sea posible durante la mayor cantidad de tiempo (Torpy, Lynm, Glass, 2009).

Según el Ministerio de Salud de Argentina (2021), se estima que 1 de cada 10 argentinos de 18 años o más tiene diabetes y dado que, por varios años permanece sin síntomas,

aproximadamente 4 de cada 10 personas que la padecen desconocen su condición (Ministerio de Salud, 2021).

Es importante tener en cuenta que la diabetes está considerada una verdadera epidemia: según los resultados de la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación, el 9,8% de los mayores de 18 años presentó diabetes o glucemia elevada, lo que constituye un número superior a los 3 millones de argentinos. La falta de un control adecuado de la enfermedad incrementa las posibilidades de desarrollar, entre otras, afecciones oculares con riesgo de ceguera, insuficiencia renal, enfermedades cardiovasculares y problemas en los miembros inferiores que pueden llegar incluso a la amputación (FAD, 2018).

Pero este no es un tema que concierne solo a nuestro país, recientemente la Organización Mundial de la Salud, firmó junto al Gobierno de Canadá un nuevo Pacto Mundial contra la diabetes. Este nuevo impulso a los esfuerzos para prevenir la diabetes y proporcionar tratamiento a todos los que lo necesitan, proviene de que, según el Director General de la Organización Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, la necesidad de adoptar medidas urgentes contra la diabetes es más clara que nunca, ya que el número de personas con diabetes se ha cuadruplicado en los últimos 40 años. Es la única de las principales enfermedades no transmisibles en la que el riesgo de morir a una edad temprana está subiendo, en lugar de bajar. Además, un alto porcentaje de las personas hospitalizadas que están gravemente enfermas de COVID-19, padecen diabetes.

Según la OMS, una de las labores más urgentes es aumentar el acceso a los medios de diagnóstico y los medicamentos para la diabetes, en particular la insulina, en los países de ingresos bajos y medianos (Organización Mundial de la Salud, 2021).

De las consideraciones previas, es posible advertir que es considerable el número de personas que padecen diabetes y la gravedad que acarrea la enfermedad cuando se combina con enfermedades como la que venimos sufriendo en este último tiempo, el COVID-19. La diabetes es una enfermedad crónica, esto implica que acompaña toda la vida a la persona que lo padece, y es un padecimiento que aún no tiene cura, pero que, sin embargo, puede ser controlada para tener una vida larga. Para ello se requiere de un tratamiento integral, que en nuestro país está garantizado por la Ley Nacional de Diabetes Nº 26.914 (siendo la Ley Nº 23.753 su antecedente) norma que regula todo lo relacionado al tema. El problema aparece al analizar lo que la norma prescribe y otorga, o, mejor dicho, al determinar lo que la norma prescribe y no otorga.

Como afirma Romina Gali[1], al momento de reglamentarse la Ley Nº 26.914 (que modifica a la Ley Nacional de Diabetes Nº 23.753), mediante la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación Nº 1156/14, no se han incluido todos los fármacos que son necesarios para tratar la patología diabética. Si bien es cierto, que se ha ampliado la cobertura –en porcentaje y cantidad- de muchos medicamentos, reactivos para control de glucemia e insumos para el tratamiento de la diabetes, al día de hoy existen muchos otros que han quedado fuera de la cobertura al 100% que deben dar las obras sociales y medicinas de empresa prepaga, afectando así a muchos pacientes (Gali, 2016).

A ello, hay que sumarle que su reglamentación estipula que cada dos años se hará una actualización del listado de medicamentos y tecnologías cuya cobertura estaría garantizada por la propia normativa, para mantener al día la provisión de las mejores herramientas disponibles. Sin embargo, esta actualización se realizó una sola vez, en el año 2018, lo cual es de por si inaceptable. Se le suma el agravante a esta demora, que no se han incluido los nuevos medicamentos y tecnologías que actualmente son utilizados a diario por los pacientes en Argentina, como en otros países del mundo y que han demostrado su contribución en la mejora significativa del control de la enfermedad y la calidad de vida del paciente diabético (Federación Argentina de Diabetes, 2018).

Esta desactualización del listado de medicamentos y tecnologías genera que muchos pacientes, no puedan tener acceso a nuevos fármacos e insumos, que les permitirían optimizar la calidad de su tratamiento y por ende mejorar las condiciones de su salud, además de dificultárseles el control adecuado de la misma.

Esta investigación busca exponer y evidenciar como la falta de periodicidad constante en la actualización de la norma, afecta o influye negativamente en el tratamiento integral de las personas con diabetes, en nuestro país.

Para ello se establecieron objetivos específico y generales:

Objetivo general: Determinar en qué medida la periodicidad con la que se actualiza la Ley Nacional de Diabetes influye en el tratamiento integral de los pacientes diabéticos.

Objetivos específicos:

1. Definir el tratamiento integral de pacientes diabéticos.

[1] Romina Gali es abogada egresada de la UBA, especialista en derecho de salud, Miembro del Foro Unidos por la Diabetes Argentina y Asesora Legal de la Federación Argentina de Diabetes.

2. Analizar la periodicidad de la actualización de la Ley Nacional de Diabetes.
3. Relacionar la periodicidad con la que se actualiza la Ley Nacional de Diabetes y su influencia en la cobertura del tratamiento integral de pacientes diabéticos.

En el Primer Capítulo, correspondiente al Marco Teórico, se conceptualizan y exponen los conceptos básicos, que son los pilares que guían el desarrollo del presente trabajo. Se brinda una definición de Diabetes, se desarrollan los tipos de diabetes existentes y se conceptualiza lo que conlleva el Tratamiento Integral de la enfermedad.

En el Segundo Capítulo, se presenta un recorrido por la Normativa vigente en nuestro país en relación a la Diabetes, a saber, la Ley Nacional de Diabetes, su modificación y las Resoluciones correspondientes del Ministerio de Salud que dan forma a la aplicación de la normativa.

En el Tercer Capítulo, se realiza un análisis de la Jurisprudencia respectiva, donde se presentan los casos en los que Pacientes con diabetes inician un recurso de amparo a sus Obras Sociales para lograr el cumplimiento de sus prescripciones médicas, que en un primer momento le fueron negadas por las mismas, incumpliendo lo prescripto por la Ley.

El Cuarto Capítulo se plantea como el estudio de casos, en donde se analiza, mediante la aplicación de entrevistas a pacientes y a un médico especialista en diabetes, la situación que viven los pacientes en relación a la cobertura que reciben, ya sea de sus obras sociales, como así también, del sector público. Y se exponen las carencias que padecen desde ambos sectores, pero sobre todo la precariedad que deben afrontar los pacientes del sector público.

Finalmente se desarrollan las Conclusiones a la presente Tesis de grado.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Diabetes Mellitus

En primer lugar, hay que definir el término Diabetes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la diabetes sacarina o diabetes mellitus es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas del cuerpo humano, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

Es una enfermedad crónica, caracterizada por una concentración anormalmente alta de glucosa o azúcar en la sangre. Se produce porque existe una carencia o una mala utilización de la insulina, hormona producida por el páncreas, indispensable para transformar la glucosa de los alimentos que comemos en energía. En efecto, el azúcar o glucosa de los alimentos es el principal combustible que nuestro organismo utiliza como energía para realizar todas sus funciones, es decir pensar, respirar, contraer el corazón, trabajar y otras. Cuando falta la insulina o ésta se produce en cantidad suficiente, pero existen problemas que impiden su utilización en el organismo, el azúcar no puede entrar a las células y se acumula en la sangre, produciendo hiperglucemia. Esta hiperglucemia o elevación del azúcar en la sangre es lo que caracteriza a la diabetes (Carrasco, Flores, Gálvez, Miranda, Pérez, Rojas, 2007).

La Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), por su parte, afirma que el término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. Esta se puede clasificar en 4 grandes grupos, basados fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas, pero adicionalmente incluye la posibilidad de describir la etapa de su historia natural en la cual se encuentra la persona (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2019).

La clasificación de la DM contempla cuatro grupos:

1. Diabetes tipo 1 (DM1): (denominada anteriormente diabetes insulinodependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Su causa es todavía desconocida y no se puede prevenir con los conocimientos actuales (OMS, 2021).

En la DM1 las células beta se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulinoterapia es necesaria para que el paciente sobreviva.

Sin embargo, existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta. A este grupo pertenecen aquellos casos denominados por algunos expertos, como diabetes autoinmune latente del adulto (LADA).

Recientemente se ha reportado una forma de diabetes tipo 1 que requiere insulina y no está mediada por autoinmunidad. La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune, pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos (ALAD, 2019).

2. Diabetes tipo 2 (DM2): La diabetes de tipo 2 (denominada anteriormente diabetes no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta) se debe que el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La mayoría de los diabéticos tienen el tipo 2, que, en gran medida, se debe al exceso de peso y a la falta de actividad física (OMS, 2021).

La DM2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también, que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentando en niños y adolescentes obesos (ALAD, 2019).

3.El tercer grupo lo conforma un número considerable de patologías específicas, las cuales se identifican y se describen en la Tabla 1.1.

Tabla 1.1 Patologías específicas de DM.

Defectos genéticos de la función de la célula beta	Defectos del cromosoma 20, HNF-4Alfa (antes MODY 1), del cromosoma 7, glucoquinasa (antes MODY 2), del cromosoma 12, HNF-1Alfa (antes MODY 3), del DNA mitocondrial y otros.
Defectos genéticos en la acción de la insulina	Resistencia a la insulina tipo A, leprechaunismo, Síndrome de Rabson-Mendenhall, Diabetes lipoatrófica y otros.
Enfermedades del páncreas exocrino	Pancreatitis, trauma del páncreas, pancreatectomía, neoplasia del páncreas, fibrosis quística, hemocromatosis, pancreotopíafibrocalculosa y otros.
Endocrinopatías	Acromegalía, Síndrome de Cushing, glucagenoma, feocromocitoma, hipertiroidismo, somatostinoma, aldosterenoma y otros.
Inducidas por drogas o químicos	Vacor, pentamidina, ácido nicotínico, glucocortisoides, hormonas tiroideas, diazóxido, agonistas betaadrenérgicos, tiazidas, fenitoína, alfa-interferón y otros.
Infecciones	Rubéola congénita, citomegalovirus y otros.
Formas poco comunes de diabetes mediadas inmunológicamente	Síndrome del "hombre rígido", anticuerpos contra el receptor de la insulina y otros.
Otros síndromes genéticos algunas veces asociados con la diabetes	Síndrome de Down, Síndrome de Kinefelter, Síndrome de Turner, Síndrome de Wolfran, ataxia de Friederich, Corea de Huntington, Síndrome de Lawrence MonBeidel, distrofia miotónica, porfiria, Síndrome de Prader-Willis y otros.

Fuente: guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia, Edición 2019.

4. La diabetes mellitus gestacional (DMG) constituye el cuarto grupo. Esta se define como una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Se aplica independientemente de si se requiere o no insulina, o si la alteración persiste después del embarazo, y no excluye la posibilidad de que

la alteración metabólica haya estado presente antes de la gestación. La mayoría de los casos normalizan su glucemia con la resolución del embarazo. Sin embargo, el riesgo de tener diabetes a mediano plazo es mucho mayor (ALAD, 2019).

1.2 Tratamiento Integral

En segundo lugar, es imprescindible definir lo que conforma el tratamiento integral de la Diabetes. Si bien, como se dijo anteriormente, la DM no tiene cura, existe un tratamiento integral que consiste en múltiples tareas a ser realizadas para llevar una vida más sana y/o mejorar su calidad. Entre los más conocidos se encuentran: reducir la glucemia a través de la insulinoterapia, llevar una dieta saludable, realizar actividad física, pero también hay que tener en cuenta la educación diabetológica y el apoyo psicoterapéutico.

Los objetivos del tratamiento apuntan a lograr un buen control metabólico, crecimiento y desarrollo normal, evitar las complicaciones agudas y prevenir las crónicas. Asimismo, lograr un efectivo auto-monitoreo y auto-cuidado de la enfermedad, estimulando una autonomía progresiva y un equilibrio emocional adecuado (Asenjo, Muzzo, Pérez, Ugarte y Willshaw, 2007).

A continuación, se describen las principales tareas que debe llevar a cabo una persona con diabetes.

1.2.1 Insulinoterapia: Terapia Farmacológica

La insulina es una hormona secretada por las células beta en los islotes de Langerhans del páncreas cuya actividad es fundamental para el normal funcionamiento del metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas (Costa Gil, Fuente, Cagide, Salzberg, Buso, Tonietti, Ozuna. 2008).

La hipoglucemia constituye la principal dificultad de la insulinoterapia, provoca temores en el paciente, su entorno y el equipo de salud, compromete la calidad de vida y representa la principal barrera para el desarrollo de una correcta estrategia de tratamiento para lograr un óptimo control metabólico (Costa Gil, Ferraro, Ruiz y Litwak, 2012).

Aunque existen esquemas terapéuticos, cada persona con diabetes tiene su propio plan de tratamiento (terapéutica “a medida”). De allí que, por fuera de las emergencias, importa conocer rigurosamente a la insulina (características del medicamento, comportamiento del fármaco en el organismo, vías y técnicas de administración, etc.) y minuciosamente al paciente (tipo y antigüedad de la diabetes, momento biológico, estado clínico y estilo de vida). Se debe minimizar

tanto el impacto de la enfermedad y sus complicaciones, como los efectos colaterales del tratamiento.

La dosis apropiada para una persona con diabetes depende de diversos factores: la glucemia en el momento de inyectarse, la respuesta a las comidas y a la actividad que realice el individuo, el tipo de insulina e incluso de la técnica que utilice para la inyección. El plan de administración y el algoritmo que se adopte (distribución y momentos para administrar las dosis) se relacionará a los requerimientos de la persona (niveles de glucemia, alimentación, actividad física), a los objetivos clínicos y bioquímicos, la determinación de cuáles son las insulinas apropiadas (tipo, inicio, nivel máximo y duración de acción) y no se pueden lograr sin la participación y cooperación del paciente. La insulina se administra como única forma farmacológica de tratamiento (en DM1 y DM2) o en combinación con agentes orales para la diabetes (en la DM2). En el primer caso se reconocen dos maneras generales de aplicación: la forma convencional y el método intensificado.

Insulinoterapia

1. Forma convencional
2. Método intensificado: a. Inyecciones múltiples
   b. Bombas de infusión de insulina
3. Insulina combinada con agentes orales para la diabetes (Costa Gil et al., 2008).

1.Forma convencional.

El paciente debe realizar una vida con alimentación planificada (calidad, cantidad y horarios) y actividad física establecida, en alguna medida condicionada o ajustada al régimen de la insulina indicada por el equipo de salud (Costa Gil et al., 2008).

El esquema convencional de la insulinoterapia consiste en aplicar insulina NPH porcina o tipo humana en una, dos o tres aplicaciones en distintas proporciones a lo largo del día, de acuerdo a las necesidades del paciente (Inyección múltiple de insulina). Agregando insulina corriente porcina o tipo humana o preferentemente análogos rápidos antes de las comidas en pequeñas cantidades de acuerdo al valor glucémico y en algunos casos teniendo en cuenta la cantidad de hidratos de carbono a ingerir (Montagna et al., 2008).

2.Método Intensificado

En la insulinoterapia intensificada, el diabético adecúa la insulina a su alimentación y a su ritmo de vida. Se requiere una correcta educación diabetológica. Se puede realizar a través de inyecciones múltiples de insulina (IMI) o mediante la infusión continua de insulina subcutánea (ICIS) a través de bombas portables.

a. Inyecciones múltiples

Además de las múltiples inyecciones de diferentes insulinas, para el tratamiento intensificado es indispensable:

- Realizar el auto monitoreo glucémico;
- Que el paciente sepa tomar decisiones para que en caso de necesidad pueda modificar el tipo de insulina, las dosis y los momentos de aplicación (ajuste activo);
- Fijar objetivos de glucemias pre y post comidas y de Hemoglobina Glicosilada (Costa Gil et al., 2008)

La insulina puede administrarse mediante las clásicas jeringas de insulina descartables preparadas para distintas concentraciones de insulina. Otros métodos de aplicación son los distintos tipos de lapiceras (pens) de diferentes marcas y modelos que han facilitado enormemente el tratamiento (Montagna, Manucci, Ramos, Santillán, Agnese, Moreno. 2008).

Los sitios habituales para la inyección son:

- Frente y zonas laterales de muslos (área preferida a causa de la facilidad de acceso, administración y más lenta absorción con mayor duración).
- Abdomen: lugar que se elige cuando se requiere acción más rápida, ya que se afecta menos por la actividad física y el ejercicio.
- Glúteos (puede ser utilidad en niños pequeños).
- Zona lateral del brazo por debajo del deltoides. Absorción rápida. Hay que ser precavido en los más pequeños porque puede inyectarse en el músculo.

b. Bomba de infusión continúa de insulina.

Es un dispositivo que permite infundir insulina de forma constante. Su tamaño es similar a un teléfono celular. Consta en su interior de un reservorio de insulina (jeringa de insulina precargada), una pequeña batería y un chip con memoria que permite al usuario determinar la cantidad exacta de insulina que se quiere administrar. El reservorio de la bomba infunde la insulina

a través de unos tubos finos de plástico llamados catéteres de infusión, que en un extremo están conectados a la bomba y el otro extremo tiene una pequeña aguja o una cánula blanda insertada en el tejido subcutáneo. El equipo de infusión (catéter y cánula) se debe cambiar aproximadamente cada dos o tres días.

La bomba se utiliza de manera permanente durante las 24 horas el día. Una pequeña cantidad de insulina es administrada de forma continua (tasa basal). Esta insulina se encarga de mantener los niveles de glucosa en sangre en el rango deseado entre las comidas y durante la noche. Cuando se come, el usuario programa la bomba para infundir un bolo de insulina ajustado a la cantidad de hidratos de carbono ingeridos. La bomba no mide la glucemia ni decide la cantidad de insulina que debe administrar, es el paciente quien determina la cantidad de insulina a administrar en cada momento, tanto la tasa basal, como los bolos con las comidas (Colino, 2006).

1.2.2 Plan de Alimentación

Es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes. No es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación. En líneas generales contiene las siguientes características: debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente; debe ser fraccionado en cinco a seis porciones diarias; la sal deberá consumirse en cantidad moderada; no es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas, es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble (López, 2006).

1.2.3 Actividad Física

En el caso del paciente con diabetes, el objetivo de salud adquiere una gran importancia al ser el ejercicio una parte del tratamiento. Además, aporta otra serie de efectos positivos asociados a la prevención de complicaciones, como son la mejora de la forma física, reducción del riesgo cardiovascular, disminución de la grasa corporal y, en algunos casos, la mejora del control glucémico. También, produce interesantes beneficios psicológicos, de gran ayuda para facilitar la adaptación a la enfermedad (Murillo, 2006).

En general, la práctica de ejercicio físico conlleva una disminución de la glucemia en los pacientes con DM2 y un aumento de la sensibilidad a la insulina que dura 12-72 horas. Estos efectos contribuyen a que la práctica regular de ejercicio físico mejore el control glucémico a largo plazo, especialmente en aquellos en los que predomina la resistencia a la insulina.

En los pacientes con DM1 o aquellos con DM2 en los que predomina la deficiencia de insulina, los efectos del ejercicio físico sobre la glucemia son más variables, pudiendo provocar disminución, aumento o ninguna modificación. Ello se debe a que los cambios hormonales fisiológicos que se producen en las personas no diabéticas durante el ejercicio no ocurren por falta del ajuste automático de la insulina.

Por tanto, los cambios de la glucemia con el ejercicio dependerán fundamentalmente de los niveles de insulina existentes. En estos pacientes, la práctica de ejercicio físico, aunque reduce los requerimientos de insulina, no suele mejorar el control glucémico a largo plazo. En consecuencia, el ejercicio no debe indicarse con este objetivo, pero sí por muchas otras razones relacionadas con la salud y, especialmente en niños y jóvenes, con el placer de practicar deporte, formar parte de un equipo y no sentirse diferente de los demás (Pérez y Carreras, 2006).

1.2.4 Educación Diabetológica

La educación se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente diabético. Las personas con diabetes, utilicen o no insulina, tienen que asumir la responsabilidad del control diario de su enfermedad. Por ello es clave que entiendan la enfermedad y sepan cómo tratarla.

El objetivo general de la educación de las personas con diabetes es mejorar el conocimiento y las habilidades, capacitándolas para asumir el control de la enfermedad e integrar el autocontrol de la enfermedad en la vida cotidiana (Vitoria, Gasteiz, 2008).

El énfasis en el conocimiento de los conceptos sobre esta patología crónica, deben incluir a los conocimientos sobre el procedimiento mismo frente al manejo de la terapia por parte del paciente, que incorpore el cambio en la actitud de la persona educada, en la prevención a través del autocontrol. El automonitoreo, como parte de uno de los pilares necesarios, junto al plan alimentario, la actividad física y la medicación, son las cuatro caras de la educación diabetológica, donde el proceso de enseñanza aprendizaje cobra un gran protagonismo tanto en la figura de quien enseña como de quien aprende (Santillán, 2008).

1.2.5 Apoyo Psicoterapéutico

La familia como el entorno primario y privilegiado en relación al desarrollo del niño y del adolescente es el primer soporte para el paciente, soporte que dependerá grandemente de la unidad de criterio educativo en ambos padres, así como de relaciones familiares solidarias en un clima de comunicación y calidez.

El asesoramiento psicoterapéutico o terapia de familia cuando el niño o el adolescente son el paciente referido, permite incluir a todo el grupo conviviente, y si es necesario el no conviviente para permitir la expresión de sentimientos, emociones y clarificar las relaciones interpersonales incluyendo a los hermanos del niño con diabetes (Agnese, 2008).

De este modo, ya conceptualizada la enfermedad y lo que conlleva su tratamiento integral, se da cumplimiento al primer objetivo de la presente tesina a saber: definir el tratamiento integral de pacientes diabéticos. Tratamiento que, como se pudo observar, no se reduce solo a la terapia con insulina -insulinoterapia-, sino que conlleva la realización de actividad física, de una dieta saludable, y que incluye también la educación diabetológica y el apoyo psicoterapéutico.

CAPÍTULO II: NORMATIVA SOBRE DIABETES

2.1 Ley 23.753

Nuestra normativa actual referida a la tutela de la enfermedad diabetes mellitus tiene su antecedente en el año 1989. La 42ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó por unanimidad una resolución en la cual se solicitaba a todos los Estados miembros, la medición y evaluación de la mortalidad nacional por diabetes mellitus y la implementación de medidas para su prevención y control. También, se pedía compartir con otras naciones las iniciativas de entrenamiento y educación en la patología.

La Argentina como Estado miembro de dicha Asamblea, sancionó la Ley Nacional 23.753 de Diabetes, el 29 de septiembre de 1989, la cual fue promulgada el 6 de octubre de ese mismo año (Gali, 2016)

Dicha ley constaba de seis artículos, siendo el artículo primero el más relevante a los fines de esta investigación:

Artículo. 1° — *El Ministerio de Salud y Acción Social dispondrá a través de las áreas pertinentes el dictado de las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, de acuerdo a los conocimientos científicamente aceptados, tendiente al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control. Llevará su control estadístico, prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país, a fin de coordinar la planificación de acciones; y deberá abocarse específicamente a los problemas de producción, provisión y dispensación para asegurar a todos los pacientes los medios terapéuticos y de control evolutivo, de acuerdo a la reglamentación que se dicte.*

El mencionado artículo insta al Ministerio de Salud y Acción Social (actualmente, Ministerio de Salud) a abocarse específicamente a los problemas de producción, provisión y dispensación para asegurar a todos los pacientes los medios terapéuticos y de control evolutivo.

Desafortunadamente la reglamentación de dicha Ley recién llegaría nueve años después de su promulgación, incumpliendo con el Artículo 5º que establecía que “el Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley dentro de los 120 días posteriores a su promulgación”. Sumado a ello, y tal como asevera Gali, el espíritu de la Ley 23.753 de proteger los derechos de las personas

con diabetes, otorgando cobertura a los medicamentos y reactivos para el control de glucemia, empezó a cercenarse a partir de la reglamentación de dicha legislación (Gali, 2016). Sobre este aspecto se ahonda en el desarrollo que a continuación se presenta.

El Decreto 1271/98, reglamentario de la ley 23.753, se promulgó en el año 1998 y establecía en su Artículo 3º que la Autoridad de Aplicación (el Ministerio de Salud y Acción Social) dispondrá a través de las distintas jurisdicciones las medidas necesarias para garantizar a los pacientes con diabetes el aprovisionamiento de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol que se estimen como elementos indispensables para un tratamiento adecuado, según lo establecido en el Programa Nacional de Diabetes y en las normas técnicas aprobadas por autoridad competente en el orden nacional. Y en el Artículo 5º rezaba que el Ministerio de Salud de la Nación instaría a la cobertura del 100% de la insulina y de los elementos necesarios para su aplicación (jeringas, agujas, etc.), y una cobertura progresivamente creciente -nunca inferior al 70%- para los demás elementos necesarios para el tratamiento de la patología. En este último supuesto, quedarían comprendidas las tiras reactivas para control de glucemia. (Decreto 1271/1998)

Al año siguiente, se dictó la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y Acción Social 301/99, que aprobaba el nombrado Programa Nacional de Diabetes (ProNaDia) que, según dicha resolución, pasaría a integrar el sistema de Prestaciones Médicas Obligatorias (P.M.O.).

Esta Resolución además de definir a la enfermedad, al mismo tiempo ofrecía datos estadísticos sobre la misma y hacía referencia a que las personas con diabetes mellitus desarrollan complicaciones agudas y crónicas, con distinta cronología y severidad. Haciendo hincapié en que esta enfermedad afecta significativamente la calidad de vida de las personas que la padecen, aumenta los costos de su atención y disminuye la capacidad productiva de la comunidad. En base a lo cual, la resolución establecía como propósito: mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas diabéticas; evitar o disminuir las complicaciones por esta patología; y procurar el descenso de sus costos directos e indirectos, a través de un programa prioritariamente preventivo y de control con intervenciones adecuadas sobre factores de riesgo de la enfermedad y sus complicaciones.

Entre sus objetivos específicos se proponía:

- Crear los mecanismos de supervisión, auditoría y evaluación que permitieran medir el impacto de la aplicación de la ley y ajustar los insumos;

- Promover la participación de los distintos sectores sociales involucrados en esta problemática, en todos los niveles de gestión del programa;
- Implementar la educación diabetológica a todos los niveles: Educación Comunitaria, Personas con DM y su familia, Equipos de salud;
- Organizar un sistema de registros y control de tratamientos y su impacto;
- Promover la investigación científica clínica y preventiva de la DM;
- Asegurar el tratamiento y seguimiento de los casos detectados.

La Resolución MSyAS 301/99 también estableció los medicamentos, insumos básicos y cobertura mínima inicial, para el control y tratamiento del paciente con diabetes mellitus. Lo que plasmó a través de un cuadro informativo discriminado para cada una de los dos tipos de DM, el cual que se presenta y analiza, Cuadro 1.

Cuadro 1: Medicamentos/Insumos básicos, cobertura y cantidad según tipo de DM.

Medicamentos/Insumos básicos	Cobertura (*)	Cantidad (**)
1. Comprende pacientes diabéticos tipo 1 (ID) • Insulina Concentración U-100 Tipos: Lispro, Corriente, NPH, Lenta, Ultralenta. Origen: Bovino, Porcino, Humano, Análogos	100%	Según prescripción
• Jeringas descartables para insulina U-100	100%	24 por año
• Agujas descartables p/uso subcutáneo	100%	100 por año
• Lancetas descartables para punción digital	70%	50 por año
• Digitopunsor automático	70%	1 cada 2 años
• Tiras reactivas para glucosa en sangre	70%	400 por año
• Tiras reactivas para acetona en orina	70%	50 por año
• Tiras reactivas para glucosa en orina Puede considerarse el uso de tiras combinadas para glucosa y acetona en orina	70%	100 por año
• Bomba de infusión continua para insulina	(***)	(***)
1. Comprende pacientes diabéticos tipo 2 (NID) • Antidiabéticos orales	70%	Según prescripción
• Tiras reactivas para glucosa en sangre	70%	50 por año
• Tiras reactivas para glucosa en orina	70%	100 por año
1. Reflectómetro para la lectura de las tiras reactivas para glucosas en sangre se otorgarán a mujeres diabéticas embarazadas o personas con alteraciones visuales de los colores. Previa autorización de la Auditoría Médica correspondiente		

Fuente: Resolución Ministerio de Salud y Acción Social 301/1999[2]

Como se puede observar, las intenciones de la Resolución y del Decreto reglamentario hacían prever un avance significativo en el tratamiento de la DM, sin embargo, la práctica quedó

[2] Notas:

(*) Porcentaje establecido en el Decreto 1271/98. Cuando se especifica porcentaje inferior al 100% se entiende que se trata de cobertura mínima inicial a incrementarse progresivamente de acuerdo a los recursos con que se cuente en cada jurisdicción.

(**) Dación mínima por pacientes diabéticos.

(***) Ante indicación expresa y fundamentada de profesional especializado, su otorgamiento deberá ser evaluado y aprobado por la auditoría de la institución que corresponda, teniéndose en cuenta las normas que al respecto ha establecido la Sociedad Argentina de Diabetes y que formarán parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica. (Resolución 301/1999 MSyAS, 1999).

muy lejos de aquellas declaraciones llenas de buenas intenciones. Tal como lo afirma Gali, ello quedó en buenas intenciones e interesantes estadísticas contenidas en los fundamentos de las distintas normas.

En la primera nota, referida a la cobertura, se establecía que, en relación al porcentaje establecido, cuando se especifica porcentaje inferior al 100%, se entiende que se trata de cobertura mínima inicial a incrementarse progresivamente de acuerdo a los recursos con que se cuente en cada jurisdicción. Sin embargo, nunca se amplió progresivamente esa cobertura inicial, tal como se había dispuesto por la normativa. Esto habilitó a las obras sociales, empresas de medicina prepaga y programas públicos de salud, a brindar a sus pacientes la cobertura del 70% de los reactivos para control de glucemia y en las cantidades previamente enunciadas, so pretexto de estar cumpliendo con lo dispuesto en el Programa Médico Obligatorio. Dicha estrategia se ve replicada hasta el día de hoy, y se manifiesta claramente en los litigios iniciados por los pacientes, por los medicamentos o los insumos que le corresponden, ante los cuales los agentes de salud, utilizan como estrategia de defensa el supuesto cumplimiento de lo establecido por el Programa Médico Obligatorio. Este será un tema a profundizar con la exposición de la jurisprudencia respectiva.

La misma Corte Suprema de Justicia de la Nación ha dicho respecto del Programa Médico Obligatorio que fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar (…) no existen patologías excluidas (Corte Suprema, Fallos: 232:1339)

Esto quiere decir que las coberturas enunciadas en el Programa Médico Obligatorio son "el conjunto de prestaciones a que tiene derecho todo beneficiario de la Seguridad Social", pero no son el "tope máximo" de las prestaciones que deben brindar y cubrir las obras sociales y las empresas de medicina prepaga. Por el contrario, y tal como lo dice claramente la normativa, es la "cobertura mínima inicial".

En segundo lugar, es menester una observación sobre la cantidad de tiras reactivas para glucosa en sangre que la norma asignaba a pacientes con diabetes tipo 1 (400 al año) y tipo 2 (50 al año).

La educadora en diabetes Elena Sáinz señala que si bien la glucosa hay que medirla las veces que sea necesario para que el paciente pueda evaluar si su tratamiento requiere ajustes y para tomar decisiones fundamentadas, lo sugerido es lo siguiente:

Personas con diabetes tipo 1: antes y dos horas después de cada alimento, antes de dormir y a las 3:00 de la mañana, es decir 7 veces al día; Personas con diabetes tipo 2 que utilizan insulina, antes y dos horas después de cada alimento al menos 2 a 3 veces por semana. (Sainz, 2013).

Tomando como referencia estos cálculos, un paciente con diabetes tipo 1 necesitaría no menos de 2555 tiras reactivas anuales para tener un control adecuado de su glucemia. Mientras que uno con diabetes tipo 2 necesitaría al menos 110 tiras reactivas. Montos demasiado alejados de lo que la norma prescribió en su momento, y sin siquiera tener en cuenta tiras que se desperdician por errores de medición, del aparato medidor de glucemia, entre otros factores.

En cuanto a las agujas descartables para uso subcutáneo, la norma determinaba una cantidad de 100 por año. El fabricante "BD", marca líder en la fabricación de agujas, señala que las jeringas de insulina y las plumas de insulina son dispositivos de grado médico de un solo uso, y que como tales están concebidos para usarlos una sola vez (BD, 2020).

Una persona con diabetes tipo 1 se inyecta múltiples veces al día insulina, en el caso personal de quien escribe este trabajo, me aplico al día no menos de 7 inyecciones de insulina. La American Diabetes Association recalca estudios en los que se ha demostrado que tres a cuatro inyecciones de insulina al día ofrecen el mejor control de la glucosa en la sangre y pueden prevenir o retrasar el daño a los ojos, riñones y nervios que causa la diabetes (American Diabetes Association, 2013).

Al comparar estos resultados, con los prescriptos por la norma en ese momento, salta a la vista que no solo es insuficiente, sino hasta nociva la cantidad de agujas a las que podía acceder un paciente con diabetes al año. Ya que como se mencionara, la reutilización de agujas puede traer como consecuencias dolor en la inyección y/o micro traumas que inciden en el desarrollo de lipodistrofias, doblamiento o rotura de agujas, obstrucción de agujas, inexactitud de las dosis, entre otras (BD, 2020).

Finalmente, y gracias a una combinación de tareas que año tras año fueron desarrollando las distintas ONG que representan a las personas con diabetes, sumado a los constantes reclamos individuales de los propios pacientes, se logró ampliar la cobertura de la ley inicial, a través de las reformas introducidas por la Ley 26.914.

2.2 Ley 26.914

La Ley Nacional de Diabetes 23.753 fue modificada el 27 de noviembre de 2013, y quedó como Ley 26.914, promulgada el 17 de diciembre de ese mismo año. El Decreto Reglamentario de dicha norma llevaría la numeración 1286/14.

La nueva Ley tendría dos modificaciones sustanciales en relación a su antecesora, que son de sumo interés a los fines de esta investigación.

Como primera medida, el artículo 1º reemplazaría a su antecesor de la Ley 23.753:

Artículo 1°- *Será Autoridad de Aplicación de la presente Ley el Ministerio de Salud de la Nación, que dispondrá a través de las áreas pertinentes el dictado de las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, de acuerdo a los conocimientos científicamente aceptados, tendiente al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control. Llevará su control estadístico, prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país, a fin de coordinar la planificación de acciones. Garantizará la producción, distribución y dispensación de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol a todos los pacientes con diabetes, con el objeto de asegurarles el acceso a una terapia adecuada de acuerdo a los conocimientos científicos, tecnológicos y farmacológicos aprobados, así como su control evolutivo.*

Como se puede ver, la primera parte del articulo permanece igual al anterior (a excepción del cambio de nombre del Ministerio de Salud, antes llamado Ministerio de Salud y Acción Social). Las modificaciones aparecen en la segunda parte del mismo, al establecer que el Ministerio de Salud de la Nación debe "garantizar" la producción, distribución y dispensación de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol a todos los pacientes con diabetes, con el objeto de asegurarles una terapia adecuada de acuerdo a los conocimientos científicos, tecnológicos y farmacológicos aprobados, así como su control evolutivo. Mientras que en el artículo anterior se establecía que el Ministerio de Salud deberá abocarse a los problemas de producción, provisión y dispensación para asegurar a todos los pacientes los medios terapéuticos y de control evolutivo, de acuerdo a la reglamentación que se dicte.

La diferencia entre ambos artículos, radicaría en el énfasis puesto en la palabra garantizar, que implicaría un mayor compromiso por parte del Ministerio de Salud de la Nación. Como afirma Gali, básicamente, la diferencia y el espíritu de la Ley actual, radicaría en un mayor compromiso por parte del Estado nacional, a través del Ministerio de Salud de la Nación, con respecto a la problemática diabética. Se incorpora la obligación de «garantizar» a los pacientes la producción, distribución y dispensación de medicamentos y reactivos.

La otra modificación sustancial que la ley introduce, es la incorporación de un nuevo artículo a la Ley anterior, el Artículo 5.

En este, se sostiene que la autoridad de aplicación (Ministerio de Salud de la Nación) establecerá "normas de provisión de medicamentos e insumos", las que deberán ser revisadas y actualizadas como mínimo cada 2 (dos) años, a fin de poder incluir en la cobertura los avances farmacológicos y tecnológicos, para una mejor calidad de vida de los pacientes diabéticos. Además, la cobertura de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol de los pacientes con diabetes, se fija al 100% (ciento por ciento) y en las cantidades necesarias según prescripción médica.

Para acceder a ello, solo se necesitará la acreditación, mediante certificación médica de una institución sanitaria pública, de la condición de paciente diabético. Esta certificación se hará al momento del diagnóstico y seguirá vigente mientras el paciente revista el carácter de enfermo crónico. La autoridad de aplicación deberá llevar a cabo campañas nacionales de detección y de concientización y deberá articular programas formativos que permitan el acceso de alumnos y docentes a un conocimiento adecuado de la problemática (Ley 26.914, 2013).

2.3 Res. del Ministerio de Salud de la Nación 1156/14. Reglamentación de la Ley 26.914

Como se menciona, la reforma introducida por la Ley 26.914 establece expresamente la cobertura del 100% de los medicamentos, insumos y reactivos para control de glucemia y según prescripción médica. Sin embargo, al momento de reglamentar la ley, mediante la Res. del Ministerio de Salud de la Nación 1156/14, se fijan las cantidades de tiras reactivas para control de glucemia, de agujas y de jeringas. El Cuadro 2 que se presenta a continuación muestra las cantidades establecidas por la Resolución.

Cuadro 2: Medicamentos/insumos básicos para personas en tratamiento con insulinas o con antidiabéticos orales

Medicamentos/insumos básicos	Cantidad de referencia (1) y descripción del insumo.	
1)COMPRENDE A AQUELLAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CON INSULINAS	**TRATAMIENTO NO INTENSIFICADO SOLO O COMBINADO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES**	**TRATAMIENTO INTENSIFICADO***
• **INSULINAS**	– Concentración de: U 100, 80 y 40 – Origen • ***Bovinos, porcinos y humanos***: regular, NPH, lenta, premezclas y ultralenta. Según prescripción médica • ***Análogos de la insulina***: a) rápidos: Lispro, Aspártica, Glulisina. b) de acción prolongada: Detemir/Glargina. c) premezclas. Según prescripción especializada**	
• **Jeringas descartables para insulina**	100 anuales	200 anuales
	La graduación se establece en diferentes unidades: U 40, U 80 o U 100 (unidades)	
• **Agujas descartables p/uso subcutáneo**	150 anuales	200 anuales
• **Lancetas descartables para punción digital**	100 anuales	200 anuales
• **Provisión de tiras reactivas para automonitoreo glucémico (AMG)**	400 anuales	1500 anuales
		1800 anuales. Situaciones especiales(***)
• **Tiras reactivas para acetona en sangre y orina**	50 anuales	
• **Tiras reactivas para glucosa en orina**	100 anuales	
• **Bomba de infusión continua para insulina y sus insumos descartables ********	Según prescripción médica especializada**	

2) COMPRENDE A AQUELLAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES: Biguanidas y Sulfonamidas, urea derivados	**Biguanidas: clorhidrato de metformina** Según prescripción médica.	**Sulfonamidas, urea derivados: glibenclamida – glipizida – glimepirida** Según prescripción médica.
• **Provisión de tiras reactivas para glucosa en sangre**	50 anuales	100 anuales
• **Lancetas descartables para punción digital**	50 anuales	

REFLECTÓMETRO PARA LA LECTURA DE LAS TIRAS REACTIVAS PARA GLUCOSA EN SANGRE	1 cada 2 años. Todas las personas con diabetes.

Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 1156/2014.[3]

[3] Notas: (1) Cantidades de referencia: son aquellos establecidos para dar respuesta adecuada la gran mayoría de los pacientes en los diferentes esquemas terapéuticos recomendados. Pueden ser modificadas ante casos particulares debidamente documentados mediante historia clínica y registro semanal de glucemias.

(*) Tratamiento intensificado: consiste en administración de insulina basal (NPH dos a tres veces al día, insulina detemir dos veces al día o insulina glargina, una vez al día), más insulina adicional de acción rápida en relación a las ingestas (insulina regular o análogos rápidos), o bomba de infusión continua subcutánea.

Esta resolución modifica considerablemente la cantidad de tiras reactivas para control de glucemia respecto de la cobertura vigente con anterioridad a la reforma de la Ley. Especialmente, el cambio es muy importante para aquellos pacientes con diabetes que realizan tratamiento intensificado con insulina (consiste en la administración de insulina basal -NPH dos a tres veces al día, insulina Detemir dos veces al día o insulina Glargina, una vez al día- más insulina adicional de acción rápida en relación con las ingestas -insulina regular o análogos rápidos-, o bomba de infusión continua subcutánea). En estos casos, la resolución otorga una cantidad de 1500 tiras al año, que puede ser ampliada ante situaciones especiales a 1800 tirillas anuales (tratamiento intensificado con riesgo frecuente de hipoglucemias o bomba de insulina o gestantes con diabetes pregestacional o gestacional con insulina o mujer con diabetes que planifica su embarazo).

Si bien el cambio fue positivo en comparación a las 400 que prescribía la Ley anterior para pacientes con diabetes tipo 1, todavía no se llega a la cantidad deseable y recomendada por los profesionales, de 7 reactivos por día, como se dijo anteriormente, Elena Sainz señala que un paciente con diabetes tipo 1 debe medir su nivel de glucosa en sangre al menos 7 veces al día.

Además, para aquellos pacientes que se aplican insulina sin tratamiento intensificado, se ha mantenido la cantidad de 400 tiras reactivas al año. Y casi en nada ha variado la situación para aquellos pacientes que no son insulinodependientes, pues a ellos se les otorga entre 50 y 100 tiras reactivas para control de glucemia al año, según la medicación oral que consuman.

En cuanto a las agujas descartables para uso subcutáneo, podemos señalar que hay un claro aumento en la cantidad prescripta por la anterior Ley (100 por año) pero que para nada cumple con

---

(**) Prescripción médica especializada: Médicos especialistas en Endocrinología y/o Nutrición, y aquellos especialistas en Clínica Médica, Medicina General y Pediatría, que acrediten capacitación en Diabetes (Especialización Universitaria a través de carreras de especialización y/o maestrías, capacitación en sociedades científicas afines) y un mínimo de cinco años de trabajo en un Servicio acreditado donde se traten pacientes con esta patología.

(***) Situaciones especiales: Tratamiento intensificado con riesgo frecuente de hipoglucemias o bomba de insulina o gestantes con diabetes pregestacional o gestacional con insulina o mujer con diabetes que planifica su embarazo.

(****) Bomba de infusión: Ante indicación expresa y fundamentada de profesional especializado, su otorgamiento deberá ser evaluado y aprobado por la auditoría de la institución que corresponda, utilizando como referencia las normas que al respecto ha establecido la Sociedad Argentina de Diabetes y que formarán parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica. (Ministerio de Salud, Resolución 1156/2014)

lo señalado por los expertos y fabricantes de insumos, como recomendable para los pacientes diabéticos.

Se mantiene la cobertura del 100% para los infusores de insulina ante indicación expresa y fundamentada de profesional especializado.

Si bien el cambio fue positivo y brindó una gran mejora en el tratamiento de los pacientes con DM, no fueron incluidos todos los fármacos que son necesarios para tratar la patología diabética. Lo mismo sucede en la actualidad, cuando al pelearse por las actualizaciones que la ley prescribe, cada actualización queda muy por debajo de lo deseado y muchos pasos atrás de los reajustes reales que necesitan los pacientes.

Como afirma Gali, si bien es cierto que se ha ampliado la cobertura –en porcentaje y cantidad- de muchos medicamentos, reactivos para control de glucemia e insumos para el tratamiento de la diabetes, al día de hoy existen muchos otros que han quedado fuera de la cobertura al 100% que deben dar las obras sociales y medicinas de empresa prepaga, afectando así a muchos pacientes.

Gali hace referencia a los análogos del receptor GLP1: EXANATIDA y LIRAGLUTIDA. Estos, no suelen tener cobertura por parte de las obras sociales y prepagas, argumentando que los mismos no se encuentran dentro del Programa Médico Obligatorio. Con la mejor de las suertes, los agentes de salud cubren un 40% del costo del tratamiento, luego de los reiterados reclamos de los afiliados.

También, los Inhibidores de DPP4, conocidos dentro de la familia de las "GLIPTINAS", pudiendo enumerar: VIDAGLIPTINA, SAXAGLIPTINA, LINAGLIPTINA, TENELIGLIPTINA. Los inhibidores de SGLT2, como ser DAPAGLIFOCINA, CANAGLIFOCINA Y EMPAGLIFOCINA (de reciente lanzamiento en el mercado). Y con un uso más limitado, podemos referirnos a la PIOGLITAZONA. Generalmente, se cubre el 40% del costo del medicamento, y –en algunos casos y luego de mucho reclamar- el 70%, por ser de uso crónico.

Situación similar podemos encontrar con la insulina TRESIBA (DEGLUDEC). La mayoría de las obras sociales y prepagas, decidieron no dar cobertura 100% de la misma y, en algunos casos, solo cubrir el 40% o 70% del costo del tratamiento, con el mismo argumento: que no se encuentra dentro del Programa Médico Obligatorio. Sin embargo, en el Anexo II de la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación Nro. 1156/14, se cita y da cobertura al 100% de las "INSULINA ULTRALENTA". Justamente, la INSULINA DEGLUDEC (TRESIBA) es de la especie de las

ULTRALENTAS, lo cual surge de los distintos trabajos médicos publicados y del propio prospecto que viene con tal medicación. En consecuencia, debe ser cubierta al 100% como lo indica la citada Resolución (Gali, 2016).

2.4 Actualización de las Normas de provisión de medicamentos e insumos para personas con diabetes

Luego de 4 años de espera y luego de un arduo trabajo de varias organizaciones de la sociedad civil junto con el Ministerio de Salud de la Nación, se consiguió la aprobación de la actualización de las "NORMAS DE PROVISION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PERSONAS CON DIABETES" (Anexo 1, Resolución 764/2018, Secretaría de Gobierno de Salud)

Los aspectos más relevantes de esta actualización son:

- Discontinuar la cobertura 100% de glibenclamida.
- Incorporar la cobertura de gliclazida.
- Excluir la cobertura de las Insulinas porcina y bovina, jeringas de insulina U40 y U80.
- Aumentar la cobertura del número de agujas para aplicación de insulina.
- Incorporar la cobertura de vildagliptina/ sitagliptina, para subpoblaciones específicas.
- Incorporar la cobertura de insulinas lispro U200, glargina U300 y degludec para subpoblaciones específicas.
- Incorporar la cobertura de glucagón, para subpoblación especifica.

El Cuadro 3 muestra los cambios introducidos por la reforma. Es posible observar los medicamentos e insumos comprendidos, como así también, los medicamentos y los insumos básicos para personas según estén comprendidas en tratamiento con insulinas, o con antidiabéticos orales. Se detallan las cantidades de referencia y la descripción del insumo.

Cuadro3: Medicamentos/insumos básicos para personas en tratamiento con insulinas o con antidiabéticos orales, o combinado o Intensificado.

MEDICAMENTOS E INSUMOS COMPRENDIDOS:

Medicamentos/insumos básicos	**Cantidad de referencia (1) y descripción del insumo**	
1) COMPRENDE A AQUELLAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CON INSULINAS	TRATAMIENTO NO INTENSIFICADO SOLO O COMBINADO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES	TRATAMIENTO INTENSIFICADO **(2)**
• INSULINAS	• Concentración de: U 100, 200 **(3)** y 300 **(4).** • Origen o Humano: regular, NPH y premezclas. o Análogos de insulina: a) rápidos: Lispro, Aspártica, Glulisina. b) de acción prolongada: Detemir, Glargina, Degludec **(5)** c) premezclas.	
• Jeringas descartables para insulina	300 anuales	730 anuales
	Graduación: U 100 (unidades).	
• Agujas descartables p/uso subcutáneo	300 anuales	730 anuales
• Lancetas descartables para punción digital	100 anuales	200 anuales
• Provisión de tiras reactivas para automonitoreo glucémico (AMG)	400 anuales	1500 anuales
		1800 anuales. Situaciones especiales **(6)**
• Tiras reactivas para acetona en sangre y orina	50 anuales	
• Tiras reactivas para glucosa en orina	100 anuales	
• Bomba de infusión continua para insulina y sus insumos descartables **(7)**	Según prescripción médica especializada **(8)**	

2) COMPRENDE A AQUELLAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES: biguanidas, sulfonilureas, IDPP4.	Biguanidas: clorhidrato de metformina. IDPP4 **(10)**: vildagliptina-sitagliptina Según prescripción médica.	Sufonilureas: glibenclamida **(11)** - gliclazida-glipizida-glimepirida. Según prescripción médica
• Provisión de tiras reactivas para automonitoreo glucémico (AMG).	50 anuales	100 anuales
• Lancetas descartables para punción digital.	50 anuales	

REFLECTÓMETRO PARA LA LECTURA DE LAS TIRAS REACTIVAS PARA GLUCOSA EN SANGRE **(12)**	1 cada 2 años Todas las personas con diabetes

Fuente: Secretaría de Gobierno de Salud, Resolución 764/2018. Normas de Provisión de Medicamentos e insumos para personas con diabetes.

El temor de muchos pacientes fue finalmente confirmado. Nuevamente la reforma deja de lado muchos medicamentos importantes. Entre los que la actualización dejaría por fuera del vademécum, y sin reconocimiento de su cobertura al 100%, como marca la Ley de diabetes, se encuentran los análogos del GLP-1 que nombramos más arriba, y que son herramientas de probada eficacia, en lo que se refiere a ayudar a controlar la diabetes, y que los profesionales los prescriben de manera habitual, desde hace ya varios años.

Tampoco está claro en la Ley lo que sucede con las bombas o infusores de insulina integrados con monitoreo continuo. Lo que expresa la actualización respecto de la bomba de infusión es poco preciso: "ante indicación expresa y fundamentada del profesional especializado, su otorgamiento deberá ser evaluado y aprobado por la auditoría de la institución que corresponda, utilizando como referencia las normas que al respecto ha establecido la Sociedad Argentina de Diabetes y que formarán parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica. Su prescripción no puede efectuarse por nombre comercial." (Anexo 1, Resolución 764/2018, Secretaría de Gobierno de Salud)

Finalmente, podemos hacer hincapié en el silencio total de la Norma sobre las nuevas tecnologías de medición de glucemia. Tal como lo señala la Federación Argentina de Diabetes, otro avance que no está contemplado, y que ha significado una mejora en el control de la enfermedad y una revolución en la calidad de vida de los pacientes, son los medidores de glucosa conocidos como 'tecnología flash', que permiten reducir considerablemente los pinchazos diarios y las tendencias de comportamiento de la glucosa (Federación Argentina de Diabetes, 2018).

"No nos referimos a los aparatos costosos que en otros países se indican en algunos casos muy puntuales, sino al típico sensor que se aplica en el brazo en reemplazo de los múltiples pinchazos para medirse los niveles de glucosa y que en el mundo ya es una tecnología de uso corriente. De hecho, en Argentina se ve a gente por la calle usándolos desde hace tiempo" dice Adriana Angelina, integrante de la Federación Argentina de Diabetes.

Asimismo, Angelina sostiene que: "Medirse la glucosa sin pincharse mejora en forma contundente la calidad de vida del paciente, la cambia por completo. Quizás sin tener diabetes es difícil entender el cambio, pero pincharse varias veces al día, todos los días, durante toda tu vida, es muy difícil. "La cura de la diabetes hoy no es una opción, pero es inadmisible que se nos prive de avances tan significativos que impactan directamente en nuestra calidad de vida". (Federación Argentina de Diabetes, 2018)

Si la Norma expresamente en su Artículo 5º establece la obligación de actualizar el listado de medicamentos e insumos cada 2 años como mínimo para incluir nuevas prácticas, es preocupante ver como deja afuera tecnologías que podrían significar un cambio muy positivo en la calidad de vida y el tratamiento de la persona con diabetes. Ya, en lo que va del año 2021, todavía no se ha avanzado. Sylvia Brunoldi de la FAD sostiene que "Es preocupante que el bienestar de los pacientes no sea la prioridad al analizar la actualización de la Ley de Diabetes. El Estado está para garantizar nuestro derecho a la salud y, en este caso, no sólo viene rezagado, sino que se está quedando a mitad de camino. Lo que es aún peor, esta grave demora genera un vacío legal aprovechado por los prestadores de los servicios de la salud que siempre tomaron la resolución como un "techo" y no como un "piso" y que ahora restringen también, determinadas coberturas que ya venían brindando desde la sanción de la ley".

No solo es inaceptable la demora en las actualizaciones, sino, y lo que es más grave aún, cada actualización viene desfasada de lo que sucede en la realidad, quedan muchos medicamentos por fuera de la cobertura y se dejan de lado los avances que hoy ya están disponibles en nuestro país. Se necesita de algún mecanismo más ágil para la inclusión de todo lo que va llegando. La ciencia no se detiene, avanza continuamente y, en la medida que aparecen nuevas herramientas que ayudan a mejorar el manejo de una enfermedad tan compleja como es la Diabetes, el Estado debe dar rápida respuesta para su inclusión en los sistemas de cobertura.

Cuatro años pasaron desde que la Norma dictó que debía actualizarse cada 2 años, hasta su actualización efectiva en el 2018, y esta actualización vino con aire a poco. Como se dijo, quedaron afuera medicamentos de uso diario de pacientes con diabetes y sobre todo la nueva tecnología flash, que ya está en uso para aquellos que pueden afrontar los gastos que esta implica, pero quedan afuera todos aquellos que no tienen los recursos económicos necesarios, para adquirirla.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE JURISPRUDENCIA

3.1 Jurisprudencia

El recurso a una acción judicial es la solución que encuentran muchos pacientes cuya obra social o prepaga no cumple con la cobertura del 100% del tratamiento indicado por el profesional médico. Al ser la Salud un derecho fundamental, los pacientes que se ven perjudicados por la Seguridad Social pueden interponer una Acción de Amparo.[4]

Desde la Federación Argentina de Diabetes, sostienen que en todos los casos –las obras sociales y las empresas de medicina prepaga- deben dar cobertura 100% del costo del tratamiento y en la cantidad que el médico especialista tratante indique. Pues así lo ha establecido la Ley Nacional de Diabetes 23.753, reformada por la Ley 26.914, aunque la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación 1156/14, no los haya incluido expresamente. Las prestaciones enunciadas en el Programa Médico Obligatorio son el conjunto de "prestaciones mínimas" a que tiene derecho todo beneficiario de la Seguridad Social, pero no son el "tope máximo" de las prestaciones que deben brindar y cubrir obras sociales y prepagas, por el contrario, claramente lo dice la normativa que es la "cobertura mínima inicial".

En consecuencia, todo reclamo judicial, donde se acompañe resumen de historia clínica del cual surja la necesidad del paciente de acceder a determinado tratamiento, es acogido favorablemente por la justicia y se logra la cobertura del 100% del tratamiento (Gali, 2016).

A continuación, se presentan 3 casos de la Jurisprudencia, donde los pacientes dan demanda a la obra social para instarlos a cumplir con el 100% del tratamiento prescripto por el profesional. Los casos que se describen a continuación corresponden a los casos a los que se pudo tener acceso y de los que fue posible conseguir la información completa de los mismos.

[4] Una Acción de Amparo es un proceso judicial que se utiliza para obtener una solución rápida ante lo que se considera la vulneración de derechos y garantías constitucionales, por actos u omisiones de los organismos públicos y/o de los particulares. Esta acción es admisible siempre que no haya otra vía judicial más idónea para restablecer el derecho afectado, y puede recurrir a ella cualquier persona que sienta que se le está vulnerando un derecho. El amparo constituye un proceso realmente simplificado, tanto en tiempo como en cuanto a sus formas, porque es el proceso judicial más urgente y abreviado que existe en nuestro ordenamiento jurídico. Así ocurre porque su principal objeto es reparar de modo urgente y eficaz un derecho fundamental vulnerado por la autoridad pública o por un particular. Los derechos fundamentales son los derechos más importantes de una persona: el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a trabajar. (Amparando Salud, 2021)

3.1.1 Caso I

Procedencia del amparo contra una obra social a fin de obtener la cobertura de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol de la diabetes que sufre un menor afiliado en calidad de adherente.

El apoderado de la Obra Social de la Construcción -Ospecon- doctor Sergio A. Marcelo, interpone una apelación contra la sentencia dictada por la Jueza a cargo del Juzgado de Familia de Luis Beltrán, doctora Marisa Calvo, que hizo lugar a la acción de amparo promovida por la Sra. P. A. A., en representación de su hijo T.N.C. y ordenó a Ospecon que de manera inmediata autorice, otorgue, concrete y efectivice de modo permanente, regular y continuo, el suministro y entrega a la amparista de tiras reactivas para medir su glucemia en sangre, insulina de acción prolongada y rápida, insumos para ser aplicada (agujas y lapiceras de insulina) y los sensores de monitoreo continuo de glucosa conforme prescripción de los profesionales tratantes.

La magistrada Calvo falló a favor de la Afiliada entendiendo que con la documental acompañada por la amparista se tiene por acreditado que T. es afiliado a Ospecon, en calidad de adherente, con diagnóstico de diabetes tipo 1 cuyo comienzo data del mes de enero de 2009, de acuerdo a los informes emitidos por las médicas tratantes. Y merito que el niño requiere al menos cinco controles al día de glucemia capilar y el dispositivo «freestyle» evita dígito punciones continuas por su edad, dando la posibilidad de realizar controles nocturnos sin tener que despertar al niño por la noche.

El apoderado de Ospecon, apela parcialmente la sentencia en relación a la provisión del aparato de monitoreo continuo, por considerar que el fallo resulta arbitrario en tal extremo, y le causa un gravamen a su mandante, toda vez que la ley 23753 contempla la cobertura de reactivos, pero no hace referencia a la cobertura de dispositivos con sensores, y solicita que se modifique y readecue la sentencia en relación específica a la provisión del aparato de monitoreo.

El Juez rechaza el recurso de apelación interpuesto por Ospecon afirmando que la Jueza de amparo ha realizado un tratamiento razonado y legal del planteo de autos. En este sentido y ante la entidad de las consideraciones expuestas por las médicas tratantes y la falta de prueba científica en contra por parte de la requerida, no corresponde contraponer manifestaciones de neto contenido contractual, máxime dada la amplitud de las prestaciones previstas en la Ley N° 23753 y la R N° 3249 que garantizan la protección integral para los diabéticos. Por ello, de modo alguno cabe

priorizar un mero interés comercial o mercantilista por sobre el derecho a la salud de quienes padecen este tipo de enfermedades. La requerida no ha aportado elementos suficientes para rebatir la sentencia cuestionada. Frente a ello, no resulta arbitrario el fallo que ante la expresa indicación del uso de una nueva tecnología para mejorar la calidad de vida del niño ordenó la cobertura de lo prescripto por las médicas especialistas. Teniendo en cuenta este aspecto, y el plexo normativo mencionado con anterioridad, la demandada se encuentra obligada a brindar la cobertura peticionada por la accionante, tal como lo ha resuelto la sentenciante a fin de preservar la integridad física del niño y procurarle una mejor calidad de vida.[5]

3.1.2 Caso II

Se confirma el amparo que obliga a la empresa de medicina prepaga a cubrir al actor el sensor de glucemia pues es lo más justo de acuerdo con lo indicado por su médico tratante.

En este caso, El Sr. R. H. inició una acción de amparo, con medida cautelar, a fin de que Omint S.A. de Servicios le otorgue la cobertura de: a) sensor de glucemia Free Style Libre, del laboratorio Abbott (conteniendo el lector, aplicador y sensores necesarios para medir la glucemia y recambiar cada 14 días), provisión de tiras reactivas para medir la glucemia a fin de calibrar el sensor; b) insulina degludec (Tresiba); y c) teneligliptina -comprimidos- a razón de 20 mg. por día (cfr. fs. 8). El Sr. Juez decidió hacer lugar a la medida cautelar en los términos solicitados por el amparista.

Contra esa decisión la accionada interpuso recurso de apelación. La demandada solicitó la revocación del pronunciamiento sobre la base de agravios que pueden resumirse en los siguientes: a) el fallo carece de fundamentación suficiente; b) no hay verosimilitud en el derecho. Lo requerido no está contemplado por la normativa aplicable al caso; c) no hay peligro en la demora; y d) no hay contra cautela suficiente, debería ser real y no juratoria.

Ante esto el tribunal establece que, resulta justo confirmar la medida cautelar decretada por el magistrado de la instancia anterior, puesto que resulta ser la solución que, de acuerdo con lo indicado por el médico tratante, mejor se corresponde con la naturaleza del derecho cuya protección cautelar se pretende, en tanto que compromete la salud e integridad física de las personas. Corresponde confirmar la medida cautelar que obliga a la empresa de medicina prepaga que otorgue

[5] Superior Tribunal de Justicia de la Provincia de Río Negro, 9-oct-2019, A. P. A. s/ amparo s/ apelación. Disponible en sitio web de Revista Microjuris: www.aldiaargentina.microjuris.com

al actor la cobertura del sensor de glucemia indicado por su médico, la provisión de tiras reactivas para medir la glucemia a fin de calibrar el sensor, la insulina degludec y los comprimidos toda vez que el Programa Médico Obligatorio (PMO) fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar, no constituye una limitación para los agentes de seguro de salud, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales.

Toda vez que las empresas de medicina prepaga se encuentran igualadas en cuanto a sus obligaciones prestacionales en relación con las restantes obras sociales y a este tipo de casos son aplicables las disposiciones contenidas en la Ley 23.753 -modificada por la Ley 26.914 – y sus normas reglamentarias, puntualmente en cuanto establece que la cobertura de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol de los pacientes con diabetes, será del 100% y en las cantidades necesarias según prescripción médica (art. 5), se confirma la medida cautelar que obliga a la empresa demandada que otorgue la cobertura de dispositivos y medicamentos indicados por el médico tratante del actor.[6]

3.1.3 Caso III

Empresa de medicina prepaga debe en forma inmediata otorgar la cobertura integral, permanente y gratuita de Freestyle Libre Kit de Inicio para el tratamiento de la diabetes que padece la actora.

En el tercer caso analizado, N. A. interpone acción de amparo contra la Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE) filial del Paraná, y solicita la cobertura integral permanente y gratuita para el tratamiento de la patología diagnosticada Diabetes tipo 1, de Freestyle Libre Kit de Inicio (1 lector + 2 sensores), conforme lo recetado y justificado por los médicos tratantes.

N.A. relata en que consiste la enfermedad de diabetes crónica que padece desde los nueve años de edad. Destaca que la dolencia no desaparece, por lo que requerirá tratamiento de por vida. Hace saber que las personas con diabetes, deben seguir un continuo y obligatorio control de sus niveles de glucosa a fin de vigilar constantemente posibles picos en sus mediciones que le hagan caer en una hipoglucemia o en una hiperglucemia. Dice que ambas deben ser evitadas, y que en el caso de hipoglucemias severas el enfermo puede caer en estado de pérdida de consciencia y muerte.

[6]Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, Sala/Juzgado: I, 14-mar-2019, -S.I- H. R. c/ Omint S.A. de Servicios s/ amparo de salud. Disponible en sitio web de Revista Microjuris: www.aldiaargentina.microjuris.com

Hace saber que el Freestyle Libre es un medidor que complementa las mediciones sanguíneas diarias, con la diferencia que es un método no invasivo, capaz de monitorizar los niveles de glucosa en sangre en cualquier momento a través de un escaneo, sin pinchazos.

Indica que el motivo principal que fundamenta el pedido de Freestyle Libre radica en la variabilidad glucémica que presenta hace ya unos cuantos años, la que radica en la oscilación de los niveles de glucosa en sangre por debajo y por encima del rango normal. Señala que también motiva el pedido de esta nueva tecnología, su deseo personal de ser madre. Alega que las mujeres con diabetes deben planificar con antelación suficiente los embarazos para así tener un control más riguroso y que una mujer diabética embarazada, necesita de un tratamiento aún más exhaustivo de su enfermedad, lo que se traduce en mayores mediciones diarias y un control minucioso de la administración de insulina. Subraya que el proyecto de ser madre, motiva la necesidad de mejorar su calidad de vida, teniendo bajo control la enfermedad. Refiere al marco jurídico de protección y a los requisitos de admisibilidad de la acción. Funda en derecho. Ofrece prueba. Hace reserva del caso federal.

La demandada, Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE), esgrime que no se encuentra previsto en la normativa vigente ni en el plan OSDE el dispositivo requerido. Alega que ha cubierto y provisto rigurosamente tiras reactivas, descartables, insulinas y en el año 2016 la bomba de infusión continua para insulina con la provisión de los descartables correspondientes. Aduce que no se demostró la verosimilitud del derecho supuestamente vulnerado, porque la obra social accionó dentro de las normas legales. Hace saber que el tratamiento solicitado no se encuentra dentro del PMO, tampoco en la ley de diabetes y que no ha incurrido en omisión alguna con relación a su afiliada A.

El tribunal decide que corresponde hacer lugar a la acción de amparo interpuesta y ordenar a la empresa de medicina prepaga accionada que en forma inmediata otorgue la cobertura integral, permanente y gratuita de Freestyle Libre Kit de Inicio para el tratamiento de la diabetes que padece la actora, conforme lo recetado por los médicos tratantes, pues al vedar el acceso a una terapéutica más moderna y segura – y, por añadidura, someter a esta persona a una mecánica que entraña mayor peligro de muerte-, la demandada desnaturaliza el régimen propio de la salud, uno de cuyos estándares es proporcionar el mejor nivel de calidad disponible.

El Programa Médico Obligatorio constituye sólo una parte del complejo de normas que se refieren al derecho a la salud, no acabándose en él las obligaciones de los operadores sanitarios, las

cuales se extienden a las sentadas en los Tratados Internacionales y en la Constitución Nacional; por ello dicha circunstancia no puede constituir una barrera para la efectiva tutela de los derechos conculcados.

La empresa de medicina prepaga demandada no debe excusarse en la no obligatoriedad a la que alude, puesto que las prestaciones establecidas en el Programa Médico Obligatorio constituyen un piso básico insoslayable, el que se encuentra sujeto a actualización periódica atento el carácter dinámico que tiene la evolución de la ciencia médica. [7]

En los tres casos relatados se puede observar como la parte demandada -Ospecon, Omint SA y OSDE- esgrimen las mismas defensas para excusar su obligatoriedad de cumplir con el 100% del tratamiento de los pacientes demandantes. Las obras sociales y prepagas alegan que los aparatos de monitoreo continuo no se encuentran contemplados en la normativa vigente (Ley Nacional de Diabetes) y sus reglamentaciones, ni tampoco se encuentra dentro del PMO.

Asimismo, en los 3 casos estudiados los magistrados fallan a favor de la parte demandante afirmando que: el Programa Médico Obligatorio (PMO) fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar y que no constituye una limitación para los agentes de seguro de salud, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales; las prestaciones establecidas en el Programa Médico Obligatorio constituyen un piso básico insoslayable, el que se encuentra sujeto a actualización periódica atento el carácter dinámico que tiene la evolución de la ciencia médica; y las disposiciones contenidas en la Ley 23.753 -modificada por la Ley 26.914 – y sus normas reglamentarias, establecen que la cobertura de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol de los pacientes con diabetes, será del 100% y en las cantidades necesarias según prescripción médica. (Artículo 5º)

De estas consideraciones se extrae que, las obras sociales/prepagas no sienten la responsabilidad de cumplir con el 100% del tratamiento de los pacientes con Diabetes y que se remiten solo a cumplir con la enumeración de insulinas, tiras reactivas y agujas que marcan la reglamentación de la Ley que se vio y analizó anteriormente. Y cuando al paciente le es prescripto alguna tecnología o insulina que no está descripta en la reglamentación, la Seguridad Social se niega

[7] Cámara Federal de Apelaciones de Paraná, 12-jul-2018, A. N. B c/ OSDE s/ amparo ley 16986. Disponible en sitio web de Revista Microjuris: www.aldiaargentina.microjuris.com

a hacerse cargo del 100% del tratamiento, cubriendo en algunos casos solo el 40% o en el mejor de los casos el 60% del tratamiento.

Por otra parte, si la justicia entiende que, según la Ley, las prepagas deben cumplir con el 100% del tratamiento de los pacientes con diabetes, cabe preguntarnos porque no se entiende de esa manera desde las partes que brindan el servicio de salud.

Se podría afirmar que las reglamentaciones a la Ley y la actualización de las Normas de provisión de medicamentos e insumos para personas con diabetes terminan cercenando el espíritu de la Ley al enumerar el listado de medicamentos e insumos comprendidos por el PMO. Por otro lado, si la Ley establece que se debe cubrir a los pacientes el 100% del tratamiento, la pregunta que surge es porque existe una necesidad de enumerar los medicamentos e insumos que el Plan comprende, y en todo caso si esa enumeración es necesaria, se sabe que queda obsoleta con el paso del tiempo y el avance de la ciencia. Por ello, la Ley preveía que debía realizarse una revisión de las normas cada 2 años, que como ya se vio, no se cumple y lo que es aún peor, la actualización del año 2018 solo trajo una revisión de las insulinas, pero se olvidó de las nuevas tecnologías.

CAPÍTULO IV: ESTUDIO DE CASOS

Para conocer cómo se da la aplicación de la ley en la actualidad, se escogieron seis pacientes con diabetes, tres de ellos con obra social o prepaga y tres pacientes sin obra social que utilizan el sistema de salud pública. Los pacientes seleccionados fueron entrevistados con una serie de preguntas abiertas, diferenciando a los pacientes con obra social y sin obra social.

La finalidad propuesta consiste en poder dilucidar como proceden tanto la salud pública como la privada en el cumplimiento de la Ley Nacional de Diabetes. Para ello también se entrevistó a un profesional médico especialista en la temática, con el fin de conocer su experiencia personal, buscando obtener la información necesaria para comparar con los resultados obtenidos de las entrevistas a los pacientes.

4.1 Información Obtenida de la aplicación de las entrevistas

4.1.1 Pacientes con Diabetes con Prepaga/obra social

Paciente 1: 25 años de edad, diabetes tipo 1 con cobertura de OSDE

El paciente entrevistado fue detectado con diabetes a los 14 años, lleva un tratamiento diario que consta de medición de glucemia con pinchazos en el dedo 6 o 7 veces al día y utilización de reactivos. Utiliza insulina tresiba 1 vez por día y apidra todas las veces que ingiere alimentos o necesita corregir sus niveles, más o menos 7 u 8 veces por día.

Hasta el momento no sufrió ninguna complicación de gravedad, pero considera que se contrala bien y realiza sus chequeos médicos correctamente.

OSDE le provee unas 3 cajas mensuales de 50 reactivos cada una para la medición e Insulina, unas 3 cajas de tresiba y 5 de apidra. Cada caja con 5 biromes de 300 unidades cada una.

Cuando se le preguntó si la Obra social se había negado a brindarle algún medicamento o insumo prescripto por su médico, el paciente respondió que su médico le habría recomendado utilizar bomba de insulina para mejorar el control de la diabetes y disminuir la cantidad de inyecciones diarias y el uso de tecnología flash para medición de glucemia. Respecto de la bomba de insulina, la obra social le requirió una extensa cantidad de informes del médico, psicólogo y educador diabético, por lo que el paciente por falta de tiempo y dinero (OSDE no cubre a las consultas de su médico especialista) abandono los tramites. En relación a su pedido de la tecnología

flash para medición, OSDE le contesto que ese tratamiento no era cubierto ya que no estaba incluido por el Estado en el PMO (Programa Médico Obligatorio).

Cuando se le pregunto si tenía conocimiento sobre la ley de Diabetes y sus derechos, el paciente contestó que tenía algo de conocimiento, pero muy escaso, brindado por su médico.

Paciente 2: 45 años de edad, diabetes tipo 2 con cobertura de Swiss medical.

El paciente entrevistado fue detectado con diabetes tipo 2 a los 40 años, lleva un tratamiento diario con antidiabéticos orales, con pastillas Zomarist Met (Vildagliptin y Metformina) normalmente toma una por la mañana y una por la noche. Se mide la glucemia una vez por día, por la mañana.

Hasta el momento no sufrió ninguna complicación de gravedad, y Swiss Medical le provee el 100% del tratamiento y le da cobertura total de los análisis.

Cuando se le pregunto si tenía conocimiento sobre la ley de Diabetes y sus derechos, el paciente contesto que no tenía interés en conocer sobre el tema porque su obra social le cubría todo.

Paciente 3: 66 años de edad, diabetes tipo 1 con cobertura de PAMI.

El paciente entrevistado fue detectado con diabetes tipo 1 a los 54 años, lleva un tratamiento diario que consta de medición de glucemia con pinchazo en el dedo y uso de tiras reactivas e inyección de insulina de acuerdo a los niveles que tenga en el momento, dos veces por día.

Cuando se le pregunto acerca de las complicaciones que había sufrido, el paciente respondió que había bajado 20 kg, y que sus complicaciones normalmente dependían de sus niveles de glucemia.

La obra social le facilita la insulina que se inyecta, Insulatar, y las tiras reactivas. Y hasta el momento su médico no le ha prescripto ninguna medicación o tratamiento que la obra social se haya negado a cumplir con el 100% de su cobertura. Se indagó acerca de si su médico le había comentado sobre bombas de insulina o tecnología flash y el paciente contestó que no tenía idea, que no sabía nada pues su médico no le comentó sobre el tema.

Cuando se le pregunto si tenía conocimiento sobre la ley de Diabetes y sus derechos, el paciente contesto que no tenía conocimiento en absoluto.

Los datos recabados de los pacientes entrevistados, brindan un espectro muy amplio de experiencias y las conclusiones al respecto no nos permitirían por sí solas llegar a aseveraciones contundentes. Sin embargo, si se cruza esta información con la que se vio párrafos más arriba, podríamos observar cómo se repite, en el caso del paciente número 1, lo que se analizaba en los casos de la jurisprudencia. Se ve como la obra social incumple con la ley al negarle el acceso a la cobertura total del 100% del sensor freestyle libre y la burocracia excesiva que OSDE le solicita para brindarle la cobertura de la bomba de insulina. Sumado a ello vemos que su obra social no cubre las consultas con su médico especialista y que debe costearlo por su propia cuenta.

En el caso del Paciente 2, es un paciente que tiene diabetes tipo 2 o Diabetes Mellitus, por lo que en este caso el accionar de la obra social es siempre acorde a la ley pues no tiene necesidad de brindarle bombas o sensores de monitoreo continuo.

Finalmente, en el último caso tratado, el paciente padece Diabetes del tipo 1, sin embargo, los controles que se realiza diariamente se reducen a solo 2 por día, a diferencia del primer paciente que se realiza 6 a 7 pinchazos diarios, que según se vio anteriormente, es lo recomendado por la mayoría de especialistas en el caso de pacientes con Diabetes tipo 1. Tampoco su médico le ha comentado sobre la necesidad o no de la bomba de insulina, por lo que en este caso tampoco es posible analizar si PAMI le brindaría la cobertura total o se negaría.

Lo que es común a todos los casos tratados es el desconocimiento de la Ley Nacional de Diabetes y los derechos que tienen como pacientes con diabetes.

4.1.2 Pacientes con Diabetes sin Prepaga/obra social

Paciente 4: 32 años de edad, con diabetes Tipo 1.

Fue diagnosticado a los 13 años con diabetes tipo 1.

Lleva un tratamiento diario que consta de un control de glucemia mediante pinchazos en el dedo, 2 o 3 veces por día (ya que debe fraccionar las tiras reactivas de las que dispone) e inyección de Insulina lantus 1 vez por día e insulina Apidra entre 2 y 3 veces por día.

El paciente ha sufrido complicaciones como la perdida de la sensibilidad en los pies y daños en los riñones a causa de la diabetes.

Es atendido en el Hospital del Centenario, de la ciudad de Rosario, y los medicamentos e insumos los retira del Centro de Salud Dr. Roque Coulin. Los medicamentos e insumos que recibe

varían todos los meses, a veces consigue una caja de 50 reactivos para medición de glucemia y a veces no consigue nada porque el Centro no dispone de insumos. A veces consigue insulina lantus, pero no apidra, y viceversa. A veces directamente el centro de salud no dispone de insulina y según el paciente, el centro nunca dispone de agujas.

Para conseguir los medicamentos e insumos que no le brinda el Centro de salud para llevar a cabo su tratamiento diario, debe comprar en la farmacia y también costear las agujas que el centro de salud no le brinda.

El paciente comentó que en Facebook hay una red de diabéticos de Rosario que dona cajas de reactivos o insulina a quien necesite. Pero no es posible conseguir siempre por esa vía.

Cuando se le preguntó si su médico le había prescripto alguna medicación o insumo que el hospital no haya podido facilitarte, el paciente contestó que su médico le había comentado sobre bombas de insulina y aparatos de medición constante de glucemia como el freestyle libre. Pero que no se los prescribió pues no es posible conseguirlos por intermedio del hospital y el paciente no está en condiciones de afrontarlo.

Cuando se le pregunto si tenía conocimiento sobre la ley de Diabetes y sus derechos, el paciente contesto que muy poco, casi nada.

Paciente 5: 40 años de edad, con diabetes Tipo 2.

Fue diagnosticado a los 38 años con diabetes tipo 2.

Lleva un tratamiento diario que consta de la ingesta de antidiabéticos orales, toma 2 pastillas diarias de Glibenclamida y 2 de Zomarist (Vildagliptin). El control de la glucemia lo realiza con su médico a través de análisis, pero desde que comenzó la pandemia no se controla. No se pincha el dedo ni utiliza reactivos para la medición de su glucemia.

Es atendido en el Hospital Regional de la ciudad Capital de Santiago del Estero, y los medicamentos no se los proporciona el hospital, sino que su esposa los consigue por intermedio del Ministerio de Salud, que tiene una demora considerable en la entrega y el cual le requiere una serie de trámites. En ocasiones sus compañeros le consiguen la insulina que necesita en alguno de los pueblos donde trabajan.

Cuando se le preguntó si su médico le había prescripto alguna medicación o insumo que el hospital no haya podido facilitarte, no contesto la pregunta, ya que anteriormente había contestado que los medicamentos los tiene que tramitar en el ministerio cada vez que se queda sin.

Cuando se le preguntó si tenía conocimiento sobre la ley de Diabetes y sus derechos, el paciente contestó un no rotundo.

Paciente 6: 49 años de edad con Diabetes tipo 2 diagnosticado a los 42 años.

Lleva a cabo un tratamiento diario que consta de medición de glucemia una vez por día y la ingesta de Metformina 1000mg. 2 veces por día y recientemente comenzó a tomar, además de la Metformina, dapagliflozina una vez por día.

El paciente sufre de algunas complicaciones en el corazón a causa de la diabetes y también debe tomar medicación.

Es atendido en el Hospital Centenario de Rosario, lugar donde retira también la medicación que logra conseguir. En lo que refiere a la metformina, el hospital se la provee sin problemas para todo el mes. Pero en cuanto a los reactivos para medición de glucemia debe conseguirlos por su cuenta pues el hospital no tiene disponibles. Para poder acceder a la medicación primero debe asistir a una cita con su médico, quien le entrega las recetas y con eso más su carnet, puede dirigirse a la farmacia del hospital y retirar.

Su médico le prescribió dapagliflozina (Forxiga o Saxarxiga) debido a que la metformina que el estado le provee le provoca algunos efectos colaterales, aunque con previa aclaración de que el hospital no estaba en condiciones de facilitársela, pues es una medicación costosa que el hospital no tiene disponible. El paciente debe costear la totalidad de dicha medicación, que como se dijo, no solo es costosa, sino que también es difícil de conseguir. En cuanto a los reactivos que utiliza para medirse la glucemia, tiene que recurrir a amigos o familiares que padecen la misma patología y que se los brindan cuando tienen de más.

Cuando se le preguntó si tenía conocimiento sobre la ley de Diabetes y sus derechos contestó que muy poco, casi nada.

En el caso de los pacientes sin obra social, se presentan dos con Diabetes del tipo 2, por lo cual, ingieren antidiabéticos orales. En el caso del Paciente 5, se podría decir que busca la manera de conseguir que el Estado le provea la medicación, pero, en muchas situaciones las consigue de manera informal o irregular. Y hay que remarcar que no se realiza testeos diarios, sino que su control está sujeto a la consulta con su médico y el pedido por parte del especialista de análisis

necesarios. Esto lleva a afirmar que este paciente no tiene un control correcto de su glucemia y ya lleva más de un ano sin controles.

En el caso del Paciente 6, también con Diabetes tipo 2, ingiere dos tipos de medicación, una de las cuales se la provee el sistema de salud público. Sin embargo, en el caso de la dapagliflozina, medicamento costoso y nada fácil de conseguir, debe costearlo el paciente. Lo mismo sucede con las tiras reactivas para la medición de la glucemia que debe conseguirlas por su propia cuenta.

La situación del Paciente 4 es la más compleja de las 3 debido a que padece Diabetes tipo 1, cuyos requerimientos de control y de medicación e insumos son mayores respecto de la Diabetes del tipo 2. Los medicamentos e insumos que recibe del centro de Salud correspondiente, varían todos los meses. En lo que respecta a la Insulina, el paciente se inyecta insulina lantus y apidra, y a veces consigue que el centro de salud le dé una y no la otra, y viceversa y hay veces que el centro de salud no dispone de insulina. Lo mismo sucede con las tiras reactivas para la medición de su glucemia, a veces consigue una caja de 50 reactivos y a veces no consigue nada porque el Centro no dispone de insumos. Y, según el paciente, el centro nunca dispone de agujas. Todo lo que el centro de salud no le brinda para llevar a cabo su tratamiento diario, debe costearlo por su propia cuenta, y en ocasiones recurre a un grupo de la red social Facebook, que es una red de diabéticos de Rosario y que dona cajas de reactivos o insulina a quien necesite.

Respecto de la bomba de insulina, su médico le comento sobre los beneficios de las mismas, así como de los aparatos de medición constante de glucemia como el freestyle libre. Pero que no se los prescribió pues no es posible conseguirlos por intermedio del hospital y el paciente no está en condiciones de afrontar este tipo de sistemas muy costosos.

En el sistema de salud pública, a lo máximo que puede aspirar un paciente es a conseguir los insumos básicos que necesita para su tratamiento diario, pero como puede verse, esto no sucede así. Ni los hospitales, ni los centros de salud disponen de agujas, y no siempre tienen insulina o tiras reactivas para que un paciente pueda llevar un tratamiento digno.

4.1.3 Entrevista a Profesional médico especialista en Diabetes:

Doctor Lucas Rista, especialidad, diabetología

El médico entrevistado ejerce su profesión en el CEDIN (Centro de Diabetes y Nutrición de Rosario), en el Sanatorio del niño y en el Sanatorio del Parque. Aproximadamente atiende 240 pacientes diabéticos por mes, divididos entre los 3 centros a en los cuales ejerce su profesión.

En primer lugar, se indagó acerca de la cobertura del tratamiento que tienen sus pacientes con obra social y con qué frecuencia atiende casos en los que la obra social se niega a cumplir con la cobertura total de algún insumo o tratamiento prescripto por él. Rista respondió que hay que discernir entre lo que está en la ley actual de diabetes, que en general no existen problemas de cobertura, ya sean las insulinas, tiras reactivas, el medidor y las lancetas, que en mayor o menor medida y peleándose un poco con la obra social se consigue una cobertura del 100%. Lo mismo sucede con la bomba de insulina, que, aunque muchas veces hay que mandar carta a documente a las obras sociales, están terminan por hacerse cargo de la cobertura de las mismas. Pero no sucede lo mismo con el sensor Freestyle, en este caso es más variable, y Rista asegura que actualmente están logrando que aproximadamente un 30% de los pacientes que empiezan a usar el freestyle se los cubra la obra social, y el 70% restante de los pacientes que usan el freestyle, lo pagan de su bolsillo.

En relación a lo antedicho, se le pregunto entonces, cuántos de sus pacientes utilizan tecnología flash para la medición de su glucemia y los beneficios que trae el uso de este tipo de tecnologías. Rista afirmó que de los pacientes con diabetes tipo 1, el 50% usan tecnología flash, es decir, el sensor freestyle de medición. Los beneficios que el sensor trae aparejado son:

1. Disminuye la cantidad de mediciones capilares y pinchazos en el dedo.
2. El monitoreo flash se puede hacer todas las veces que uno quiera durante el día.
3. Da información sobre la glucemia durante la noche.
4. Y brinda una medición del valor de la glucemia en contexto, si viene subiendo o viene bajando o está estable y no solo la del momento, como resulta de la medición tradicional.

En segundo lugar, en lo que respecta al sector privado, se le preguntó sobre las carencias que él consideraba, padecen los pacientes con diabetes. A los que el Médico respondió que una de las grandes carencias que tienen los pacientes con diabetes es que no está cubierta la educación diabetológica, que no se reconoce a la educadora como agente de salud, con lo cual, si el paciente no lo paga, no lo tiene. Y agregó que, sin lugar a dudas, hay un gran desconocimiento de las obras sociales en cuanto a la cobertura de las bombas. Con lo cual, las bombas se adquieren porque el paciente o el médico se pelea con la obra social para lograrlo, pero no porque la obra social se dé

cuenta de que va a mejorar los resultados de la persona, o sea, mejorar la calidad de vida del paciente, mejorar las hipoglucemias, por ejemplo.

En tercer lugar, se indagó acerca del sector público y las carencias que padecen los pacientes con diabetes. En este aspecto, el especialista aseveró que en el sector público las carencias son mucho más graves, porque a las mismas carencias que tiene un paciente del sector privado, se le suma que no hay suficiente acceso a tiras reactivas, no hay suficiente acceso a insulinas modernas, a agujas, etc. Rista aseguró que el problema del sector público es mucho más básico, desde no tener acceso a consultas frecuentes con el médico diabetólogo o endocrinólogo, no hay aparatos de medición para brindarle al paciente, no es suficiente la cantidad de tiras reactivas que le dan a un paciente por día. A esto se le suma una muy baja formación profesional de los médicos que trabajan en el sector público. Y continúa afirmando que, un paciente con diabetes tipo 1 que se atiende en un hospital, consigue con suerte una caja de reactivos por mes y a veces mucho menos, cuando una obra social les da a sus pacientes 2 o 3 cajas mensuales. Y en relación a las bombas de insulina, Rista expresó que no hay forma que se le pueda recetar una bomba de insulina a un paciente del sector público, porque directamente un hospital no tiene los medios económicos, y una bomba en Argentina oscila entre USDD 6000 a USDD 12000.

En Uruguay o España, por ejemplo, si el médico, ya sea del sector privado o público, considera necesario que su paciente requiere la bomba de insulina, el paciente debe pedirla al Estado pues siempre la reconoce el sistema público de salud. Hay un programa público para todos los pacientes.

Para finalizar, se le preguntó si tenía conocimiento de la ley nacional de diabetes y sus modificaciones. Y en caso de contestar afirmativamente, cómo consideraba él, que estas modificaciones, o la demora en las mismas, afectan a los pacientes con diabetes. Rista confirmó tener conocimientos sobre la misma. Con lo cual, el considera que desde que se implementó la Ley Nacional de Diabetes en la Argentina hasta la actualidad no se actualizó, en tanto no incorporó la tecnología flash, que le permite a los pacientes mejorar enormemente los resultados y la calidad de vida. Entonces la no actualización de la ley tiene un impacto enorme en la calidad de vida de los pacientes. Y aseguró que la Ley es universal, es tanto para el sector público como para el sector privado, pero el sector público no dispone de recursos para cumplirla y el sector privado está tratando constantemente de no cumplir con lo que la ley prescribe, se puede conseguir el cumplimiento completo a través de carta documento o recurso de amparo de ser necesario.

La información recabada mediante la entrevista al profesional fue muy rica y completa y al contrastarla con la información obtenida de los pacientes con diabetes, se puede observar una total coincidencia entre las experiencias de los pacientes y la experiencia del Médico.

Se puede afirmar que las carencias que sufren los pacientes con Diabetes tipo 1, con prepaga/obra social, que se pudo ver en las entrevistas y que se vio también en el capítulo donde se analiza la jurisprudencia, son las mismas que afirma Lucas Rista. Nos referimos a que los pacientes que requieren bomba de insulina, deben llegar muchas veces a litigios con las obras sociales para poder conseguirlas, pero finalmente, un paciente que tiene una obra social termina por conseguir que la misma se haga responsable de cubrir el costo total de la bomba. Ahora bien, el mayor problema se ve con los sensores de monitoreo continuo, que, tal como afirmaba Rista, solo un 30% de los pacientes logran conseguirlos de sus obras sociales y el restante 70% deben costearlo.

Es menester resaltar lo que afirmaba el profesional respecto de las obras sociales y es su gran desconocimiento de las bombas de insulina, que deberían brindarlas a sus afiliados sin que se tenga que llegar si quiera a un cruce de cartas documento. Y también remarcar que la educación diabetológica, que se vio párrafos anteriores como parte del Tratamiento Integral del paciente diabético, tampoco está considerado por las obras sociales.

Respecto del resto del tratamiento, a saber, insulinas, agujas, tiras reactivas para medición y aparato para medición de la glucemia son brindados sin ningún problema por las Obra sociales.

En lo que respecta al sector público las carencias son mucho más graves, y esto se ve claramente en las entrevistas y las confirma el Doctor Rista. Un paciente que se atiende en el Sector público siempre debe rebuscarse para conseguir lo que necesita, incluso un paciente que padece Diabetes del tipo 2, que toma pastillas, muchas veces no consigue lo que su médico le indica. Y los pacientes con Diabetes del tipo 1 tienen dificultad para conseguir tiras reactivas, agujas y muchas veces hasta la insulina que se inyectan. En el sector público, ningún paciente y por supuesto, ningún médico, puede aspirar a conseguir una bomba, porque las carencias que sufre la Salud Pública en Argentina están a la vista de todo el mundo.

CONCLUSIONES

En el primer capítulo se conceptualizo a la diabetes sacarina o diabetes mellitus como una enfermedad crónica, caracterizada por una concentración anormalmente alta de glucosa o azúcar en la sangre. Se produce porque existe una carencia o una mala utilización de la insulina, hormona producida por el páncreas, indispensable para transformar la glucosa de los alimentos que comemos en energía. En efecto, el azúcar o glucosa de los alimentos es el principal combustible que nuestro organismo utiliza como energía para realizar todas sus funciones, es decir pensar, respirar, contraer el corazón, trabajar y otras. Cuando falta la insulina o ésta se produce en cantidad suficiente, pero existen problemas que impiden su utilización en el organismo, el azúcar no puede entrar a las células y se acumula en la sangre, produciendo hiperglucemia. Esta hiperglucemia o elevación del azúcar en la sangre es lo que caracteriza a la diabetes.

Si bien la Diabetes es un padecimiento que aún no tiene cura, puede ser controlada para tener una vida larga. Para ello se requiere de un tratamiento integral, que consiste en múltiples tareas a ser realizadas para llevar una vida más sana y/o mejorar su calidad. Entre los más conocidos se encuentran: reducir la glucemia a través de la insulinoterapia, llevar una dieta saludable, realizar actividad física, pero también hay que tener en cuenta la educación diabetológica y el apoyo psicoterapéutico. Los objetivos del tratamiento integral apuntan a lograr un buen control metabólico, crecimiento y desarrollo normal, evitar las complicaciones agudas y prevenir las crónicas. Asimismo, lograr un efectivo automonitoreo y autocuidado de la enfermedad, estimulando una autonomía progresiva y un equilibrio emocional adecuado

En nuestro país este tratamiento está garantizado por la Ley Nacional de Diabetes N.º 26.914 (siendo la Ley N.º 23.753 su antecedente) norma que regula todo lo relacionado al tema. En el segundo capítulo de la presente tesis, se pudo ver cómo fueron sucediendo las normativas referidas a la Diabetes, y lo que cada una de ellas establecía, dando cumplimento al segundo objetivo especifico del presente trabajo, a saber: aanalizar la periodicidad de la actualización de la Ley Nacional de Diabetes.

En el mencionado capítulo se pudo concluir que las actualizaciones prescriptas por la norma no se cumplen en el tiempo establecido generando demoras inaceptables y lo que es más grave aún, cada actualización viene desfasada de lo que sucede en la realidad, quedan muchos medicamentos por fuera de la cobertura y se dejan de lado los avances que hoy ya están disponibles

en nuestro país. Por ello se considera que lo más importante en este punto es cumplir con lo que norma prescribe y actualizarse el listado de medicamentos cada dos años y que estas actualizaciones incluyan todo lo que va llegando. La ciencia no se detiene, avanza continuamente y, en la medida que aparecen nuevas herramientas que ayudan a mejorar el manejo de una enfermedad tan compleja como es la Diabetes, el Estado debe dar rápida respuesta para su inclusión en los sistemas de cobertura.

Si la Norma expresamente en su Artículo 5º establece la obligación de actualizar el listado de medicamentos e insumos cada 2 años como mínimo para incluir nuevas prácticas, es preocupante ver como deja afuera tecnologías que podrían significar un cambio muy positivo en la calidad de vida y el tratamiento de la persona con diabetes. Ya, en lo que va del año 2021, todavía no se ha avanzado. El Estado está para garantizar nuestro derecho a la salud y, en este caso, no sólo viene rezagado, sino que se está quedando a mitad de camino. Lo que es aún peor, esta grave demora genera un vacío legal aprovechado por los prestadores de los servicios de la salud que siempre tomaron la resolución como un techo y no como un piso.

Esta investigación se propuso exponer y evidenciar como la falta de periodicidad constante en la actualización de la norma, afecta o influye negativamente en el tratamiento integral de las personas con diabetes, en nuestro país. Para ello se analizaron los casos de la jurisprudencia en los que pacientes con diabetes inician un recurso de amparo a sus Obras Sociales/Prepaga para lograr la cobertura del 100% de sus prescripciones médicas.

Resulta inaudito ver como un Paciente tiene que llegar a anteponer un recurso legal para lograr lo que por Ley es un derecho adquirido, sin embargo, es a veces la única herramienta de que dispone un paciente para conseguir tener una mejor calidad de vida.

En los tres casos analizados en el capítulo 3, se puede observar como la parte demandada -Ospecon, Omint SA y OSDE- esgrimen las mismas defensas para excusar su obligatoriedad de cumplir con el 100% del tratamiento de los pacientes demandantes. Las obras sociales y prepagas alegan que los aparatos de monitoreo continuo no se encuentran contemplados en la normativa vigente (Ley Nacional de Diabetes) y sus reglamentaciones, ni tampoco se encuentra dentro del PMO.

Asimismo, en los 3 casos estudiados los magistrados fallan a favor de la parte demandante afirmando que: el Programa Médico Obligatorio (PMO) fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar y que no constituye una limitación para los

agentes de seguro de salud, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales; las prestaciones establecidas en el Programa Médico Obligatorio constituyen un piso básico insoslayable, el que se encuentra sujeto a actualización periódica atento el carácter dinámico que tiene la evolución de la ciencia médica; y las disposiciones contenidas en la Ley 23.753 -modificada por la Ley 26.914 – y sus normas reglamentarias, establecen que la cobertura de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol de los pacientes con diabetes, será del 100% y en las cantidades necesarias según prescripción médica.

Estamos en condiciones de aseverar que las obras sociales/prepagas no sienten la responsabilidad de cumplir con el 100% del tratamiento de los pacientes con Diabetes y que se remiten solo a cumplir con las cantidades de insulinas, tiras reactivas y agujas que marca la reglamentación de la Ley que se vio y analizó previamente. Y cuando al paciente le es prescripto alguna tecnología o insulina que no está descripta en la reglamentación, la Seguridad Social se niega a hacerse cargo del 100% del tratamiento, cubriendo en algunos casos solo el 40% o en el mejor de los casos el 60% del tratamiento.

Esto nos lleva a confirmar la hipótesis inicial al ver que la no actualización de la norma perjudica a los pacientes diabéticos ya que las obras sociales se remiten a cumplir con lo que la norma enlista específicamente en los cuadros que se presentaron en el Capítulo 2.

En el Capítulo 4 se procuró hacer un análisis más exhaustivo de lo que sucede en la realidad con la finalidad de mostrar lo que ocurre con los pacientes que no tienen acceso a una prepaga y deben atenderse en el Sector Público de la Salud. Para ello se eligieron pacientes con diabetes con obra social y sin obra social a los que se les realizo una entrevista con preguntas abiertas, para que puedan contar sus experiencias personales.

En primer lugar, se consideraron los casos de Pacientes con Obra social/prepaga. Los datos recabados de los entrevistados, brindaron un espectro muy amplio de experiencias. Sin embargo, al cruzar la información recolectada con lo que se vio en el análisis de la jurisprudencia, se puede observar el mismo patrón de comportamiento en el caso del primer paciente. La obra social incumple con la ley al negarle el acceso a la cobertura total del 100% del sensor freestyle libre. Sumado a ello vemos que su obra social no cubre las consultas con su médico especialista y que debe costearlo por su propia cuenta.

En el caso de los pacientes sin obra social, se presentaron dos con Diabetes del tipo 2, por lo cual, ingieren antidiabéticos orales. En ambos casos deben rebuscárselas para conseguir los medicamentos o costearlos por su propia cuenta ya que el sistema de salud público no está siempre en condiciones de brindarles lo necesario para llevar adelante el tratamiento.

La situación más compleja la presento el Paciente 4, debido a que padece Diabetes tipo 1 y sus requerimientos de control y de medicación e insumos son mayores respecto de la Diabetes del tipo 2. Los medicamentos e insumos que recibe del centro de Salud correspondiente, varían todos los meses, a veces consigue las insulinas que necesita y a veces no, lo mismo sucede con las tiras reactivas para la medición de su glucemia, pero e centro de salud nunca dispone de agujas. Todo lo que el centro de salud no le brinda para llevar a cabo su tratamiento diario, debe costearlo por su propia cuenta. Respecto de la bomba de insulina y del sensor freestyle libre, su médico aclaro que no puede prescribírselos pues no es posible conseguirlos por intermedio del hospital y el paciente no está en condiciones de afrontar este tipo de sistemas muy costosos.

De los datos detallados se pudo concluir que, en el sistema de salud pública, a lo máximo que puede aspirar un paciente es a conseguir los insumos básicos que necesita para su tratamiento diario, pero como pudo verse, esto no sucede así. Ni los hospitales, ni los centros de salud disponen de agujas, y no siempre tienen insulina o tiras reactivas para que un paciente pueda llevar un tratamiento digno.

La información recabada mediante la entrevista al profesional fue muy rica y completa y al contrastarla con la información obtenida de los pacientes con diabetes, se pudo observar una total coincidencia entre las experiencias de los pacientes y la experiencia del Médico.

Se puede ratificar que las carencias que sufren los pacientes con Diabetes tipo 1, con prepaga/obra social, que se pudo ver en las entrevistas y que se vio también en el capítulo donde se analiza la jurisprudencia, son las mismas que afirma Lucas Rista. Nos referimos a que los pacientes que requieren bomba de insulina, deben llegar muchas veces a litigios con las obras sociales para poder conseguirlas, pero finalmente, un paciente que tiene una obra social termina por conseguir que la misma se haga responsable de cubrir el costo total de la bomba. Ahora bien, el mayor problema se ve con los sensores de monitoreo continuo, que, tal como afirmaba Rista, solo un 30% de los pacientes logran conseguirlos de sus obras sociales y el restante 70% deben costearlo. En este punto es menester resaltar lo que afirmaba el profesional respecto de las obras

sociales y es su gran desconocimiento de las bombas de insulina, que deberían brindarlas a sus afiliados sin que se tenga que llegar si quiera a un cruce de cartas documento.

Respecto del resto del tratamiento, a saber, insulinas, agujas, tiras reactivas para medición y aparato para medición de la glucemia son brindados sin ningún problema por las Obra sociales.

En lo que respecta al sector público las carencias son mucho más graves, y esto se ve claramente en las entrevistas y las confirma el Doctor Rista. Un paciente que se atiende en el Sector público siempre debe rebuscarse para conseguir lo que necesita, incluso un paciente que padece Diabetes del tipo 2, que toma pastillas, muchas veces no consigue lo que su médico le indica. Y los pacientes con Diabetes del tipo 1 tienen dificultad para conseguir tiras reactivas, agujas y muchas veces hasta la insulina que se inyectan. En el sector público, ningún paciente y por supuesto, ningún médico, puede aspirar a conseguir una bomba, porque las carencias que sufre la Salud Pública en Argentina están a la vista de todo el mundo.

Se podría entonces concluir que las reglamentaciones a la Ley y la actualización de las Normas de provisión de medicamentos e insumos para personas con diabetes terminan cercenando el espíritu de la Ley al enumerar el listado de medicamentos e insumos comprendidos por el PMO. Por otro lado, si la Ley establece que se debe cubrir a los pacientes el 100% del tratamiento, la pregunta que surge es porque existe una necesidad de enumerar los medicamentos e insumos que el Plan comprende, y en todo caso si esa enumeración es necesaria, se sabe que queda obsoleta con el paso del tiempo y el avance de la ciencia. Por ello, la Ley preveía que debía realizarse una revisión de las normas cada 2 años, que como ya se vio, no se cumple y lo que es aún peor, la actualización del año 2018 solo trajo una revisión de las insulinas, pero se olvidó de las nuevas tecnologías.

Todo ello nos conduce a la confirmación de la hipótesis planteada en el inicio, la falta de periodicidad constante en la actualización de la norma, afecta o influye negativamente en el tratamiento integral de las personas con diabetes, en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

- Agnese, L. (2008). *El paciente con Diabetes Mellitus, su familia y su entorno: como atenuar el impacto del diagnóstico y la evolución de la enfermedad*. Curso Internacional Niños y Jóvenes con Diabetes.
- Alemzadeh R. (2011). *Diabetes Mellitus*. En Kligman, R. (ed.) Textbook of Pediatrics. Philadelphia: Saunders
- Amparando Salud. El amparo de salud, la forma más rápida de proteger tus derechos. Disponible en: El amparo de salud, la forma más rápida de proteger tus derechos. - Amparando Salud [Ultima consulta: 21/09/2021]
- Asenjo, S., Muzzo, S., Pérez, M., Ugarte, F., Willshaw, M. (2007) *Consenso en el diagnóstico de la Diabetes tipo 1 del niño y adolescente*. Revista Chile Pediatría, 78
- Asociación Latinoamericana de Diabetes (2019). *Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia*. Revista de la ALAD. Disponible en: https://revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf [Ultima consulta: 21/09/2021]
- BD (2021). *Riesgos relacionados con la reutilización de las agujas*. Disponible en: https://www.bd.com/es-es/our-products/diabetes-care/health-professionals/risks-related-to-the-reuse-of-needles [Ultima consulta: 21/09/2021]
- Carrasco E., Flores G., Gálvez C., Miranda D., Pérez M., Rojas G. (2007). *Manual para Educadores en Diabetes Mellitus*. Programa de Educación en Diabetes. Organización Panamericana de la Salud. Gobierno de Chile. Disponible en: https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/189130/918750/file/ENT%20Diabetes,%20Manual%20para%20educadores.PDF [Ultima consulta: 21/09/2021]
- Colino, E. (2006). *Tratamiento con bomba de infusión continúa de insulina en niños y adolescentes con diabetes tipo 1*. Anuario de la Diabetes 2006. http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/articulos/tratamiento_conbombas.htm#arriba [Ultima consulta: 19/04/2021]
- Costa Gil, J., Fuente, G., Cagide, A., Salzberg, S., Buso, C., Tonietti, M., Ozuna, B. (2008) *Opiniones y recomendaciones. Tratamiento de la diabetes mellitus con insulina.*

Actualización año 2007. Sociedad Argentina de Diabetes. Disponible en: http://diabetes.org.ar/2019/images/Opiniones/Tto-con-insulina.pdf [Ultima consulta: 21/09/2021]

- Costa Gil, J., Ferraro, M., Ruiz, M., Litwak, L. (2012). *Guía para el uso de bombas de insulina en Argentina*. Sociedad Argentina de Diabetes. Disponible en: http://diabetes.org.ar/2019/images/Opiniones/Guia-Bombas-Insulina-2011.pdf [Ultima consulta: 21/09/2021]
- Federación Argentina de Diabetes (2018). *Urgente Actualización de la Ley de Diabetes. Una enfermedad que afecta en la Argentina a 1 de cada 10 mayores de 18 años.* Disponible en: https://www.fad.org.ar/urgente-actualizacion-de-la-ley-de-diabetes/ [Ultima consulta: 21/09/2021]
- Gali, R. (2016). *Acerca de la Ley 26.914 de Diabetes*. Revista Microjuris.com. Al Dia, Argentina. Disponible en https://www.fad.org.ar/wp-content/uploads/2017/06/FAD-MARZO-2016-COMPLETA-web.pdf [Ultima consulta: 21/09/2021]
- López, G. (2006). *Tratamiento no farmacológico de la DM2*. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Revista de la ALAD. Disponible en: https://revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf [Ultima consulta: 21/09/2021]
- Ministerio de Salud de Argentina. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/diabetes 2021 [Ultima consulta: 21/09/2021]
- Montagna G., Manucci C. Ramos O., Santillán S., Agnese L., Moreno I. (2008). *Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1*. Curso Internacional Niños y Jóvenes con Diabetes. Revista ALAD, VOL. XVI - Nº 4. Disponible en: https://www.revistaalad.com/pdfs/0904_TratamD.pdf [Ultima consulta: 21/09/2021]
- Murillo, S. (2006) *Prescripción del ejercicio físico en la diabetes: Aplicación de programas de ejercicio*. En A., Novials, A., Chico (Eds.). Diabetes y Ejercicio. Barcelona: Ediciones Mayo SA
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Diabetes, datos y cifras*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes [Ultima consulta: 21/09/2021]

- Organización Panamericana de la Salud (2021). *Diabetes.* Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/diabetes [Ultima consulta: 21/09/2021]
- Pérez, A., Carreras, G. (2006). *Prescripción del ejercicio Físico en la diabetes: Ajuste del tratamiento y adaptación de las complicaciones tardías*. En A., Novials, A., Chico (Eds.). Diabetes y Ejercicio. Barcelona: Ediciones Mayo SA
- Sainz, E. (2013) Educadies. https://www.educadies.com/2013/07/11/cuantas-veces-medir-la-glucosa/ [Ultima consulta: 21/09/2021]
- Santillan, S. (2008). Educación. *La importancia del Automonitoreo: nuevos métodos didácticos y su alcance pedagógico*. Curso Internacional Niños y Jóvenes con Diabetes.
- Torpy, J., Lynm, C., Glass, R. (2009). *Diabetes*. Journal of de American Medical Association.
- Vitoria-Gasteiz (2008). *Guías de Práctica Clínica en el SNS* (1° ed.). País Vasco: Estudios Gráficos ZURE S.A.

OTROS MATERIALES

Fallos

- Cámara Federal de Apelaciones de Paraná, 12-jul-2018, A. N. B c/ OSDE s/ amparo ley 16986. Revista Microjuris. Al día, Argentina. Disponible en: https://aldiaargentina.microjuris.com/2018/10/01/empresa-de-medicina-prepaga-debe-en-forma-inmediata-otorgar-la-cobertura-integral-permanente-y-gratuita-de-freestyle-libre-kit-de-inicio-para-el-tratamiento-de-la-diabetes-que-padece-la-actora/ [Ultima consulta: 21/09/2021].
- Tribuna Superior Tribunal de Justicia de la Provincia de Río Negro, 9-oct-2019, A. P. A. s/ amparo s/ apelación. Revista Microjuris. Al día, Argentina. Disponible en: https://aldiaargentina.microjuris.com/2019/12/11/suministro-de-insulina-cobertura-de-los-medicamentos-y-reactivos-de-diagnostico-para-autocontrol-de-la-diabetes-que-sufre-un-menor-afiliado/ [Ultima consulta: 21/09/2021].
- Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, Sala/Juzgado: I, 14-mar-2019, -S.I- H. R. c/ Omint S.A. de Servicios s/ amparo de salud. Revista Microjuris. Al día, Argentina. Disponible en: https://aldiaargentina.microjuris.com/2019/06/06/medicion-de-glucemia-asegurada-la-empresa-de-medicina-prepaga-debe-cubrir-al-actor-el-sensor-de-glucemia-indicado-por-su-medico-tratante/ [Ultima consulta: 21/09/2021].

Normas

- Decreto 1271/98. (1998) Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/50000-54999/53950/norma.htm [Ultima consulta: 21/09/2021]
- Ley 26.914 (2013). Disponible en: https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/22185.html [Ultima consulta: 21/09/2021]
- Resolución 301/1999 Ministerio de Salud y Acción Social (1999). Disponible en https://www.sssalud.gob.ar/normativas/consulta/000047.pdf [Ultima consulta: 21/09/2021]

- Resolución 764/2018. Anexo 1, Secretaría de Gobierno de Salud. (2018) Disponible en http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgsres423_2018anexo1.pdf [Ultima consulta: 21/09/2021]

ANEXOS

Anexo I: Entrevista a pacientes con Diabetes sin Prepaga/obra social
Edad: 49

Tipo de Diabetes: Tipo 2

1. ¿Cuándo te diagnosticaron con Diabetes?

Hace 7 años

2. ¿Qué tratamiento llevas a cabo diariamente?

Metformina 1000mg. 2 veces por día. Y ahora también dapagliflozina una vez por día.

3. ¿Sufriste algún tipo de complicación a causa de la diabetes? ¿Qué complicaciones?

Algunas complicaciones en el corazón para las cuales también estoy medicado.

4. ¿En qué hospital llevas a cabo tu atención médica?

Hospital centenario de Rosario. Retiro la medicación en el mismo hospital.

5. ¿Qué medicamentos e insumos te facilita el hospital? ¿en qué cantidades?

La metformina me la provee sin problemas para todo el mes. Reactivos para medición de glucemia no me facilita porque no tienen disponibles. Debo conseguirlos por otro lado.

6. ¿Cómo haces para conseguir los medicamentos e insumos que necesitas para tu tratamiento todos los meses?

Debo ir a una cita con mi médico, quien me entrega las recetas y con eso, sumado a mi carnet, puedo ir a la farmacia del hospital y retirarlo. Muchas veces dependo de la disponibilidad de mi médico para obtener las recetas.

7. ¿Tu médico te ha prescripto alguna medicación o insumo que el hospital no pueda facilitarte? ¿Cuál es ese medicamento o insumo? ¿Cómo hiciste o haces para conseguirlo?

forxiga y saxarxiga es lo mismo. ese lo compro particular y esta 4 lucas, pero en el hospital no me lo pueden dar a causa del costo. la metformina es la que te da el estado, pero tiene efectos colaterales como cagadera y demás

Me ha prescripto la dapagliflozina ya que la metformina que te da el estado me provoca algunos efectos colaterales, pero de entrada me dijo que en el hospital no me la podrían facilitar. Debo pagarla de mi bolsillo y es un medicamento obviamente más caro y difícil de

conseguir. También está el tema de los reactivos para medir la glucemia. No me los dan en el hospital y son un insumo caro para pagar de manera particular, por lo que recurro a amigos y familiares que me van dando cuando tienen. Me ha comentado sobre la tecnología flash para la medición, pero también me comento que es imposible que en el hospital me lo den gratis, afortunadamente me mido la glucemia una vez al día por lo que no es tan necesario en mi caso. Pero no sé cómo puede hacer una persona que debe medir su glucemia más veces al día.

8. ¿Tenes conocimiento sobre la ley de Diabetes y tus derechos?

Muy poco. Casi nada.

Anexo II: Entrevista a pacientes con Diabetes con Prepaga/obra social
Edad: 25

Obra Social/Prepaga: OSDE

Tipo de Diabetes: Tipo 1

1. ¿Cuándo te diagnosticaron con Diabetes?

Hace 11 años. Cuando tenía 14

2. ¿Qué tratamiento llevas a cabo diariamente?

Medición de glucemia con pinchazos en el dedo y utilización de reactivos. Unas 6 o 7 mediciones por día. Luego insulina utilizo tresiba 1 vez por día y apidra todas las veces que ingiero alimentos o necesito corregir mis niveles, más o menos 7 u 8 veces por día.

3. ¿Sufriste algún tipo de complicación a cauda de la diabetes? ¿Qué complicaciones debiste afrontar?

Por el momento no sufrí complicaciones de gravedad. Me controlo bastante yendo al médico. Pero hay que estar atento ya que no es difícil sufrir algunas complicaciones si uno se descuida.

4. ¿Qué medicamentos e insumos te facilita la obra social? ¿en qué cantidades?

Reactivos para la medición unas 3 cajas mensuales de 50 reactivos cada una. Insulina unas 3 cajas de tresiba y 5 de apidra. Cada caja con 5 biromes de 300 unidades cada una.

5. ¿Tu médico te ha prescripto alguna medicación o insumo que la obra social se haya negado a cumplir con el 100% del mismo? ¿Cuál es ese medicamento o insumo? ¿Cómo hiciste o haces para conseguirlo?

Mi médico me ha recomendado utilizar bomba de insulina porque es mejor el control que uno tiene de su condición y disminuye muchísimo la cantidad de inyecciones que uno debe aplicarse. También me ha comentado de la tecnología flash para medición de glucemia. Esa me intereso ya que paso de 6 o 7 pinchazos en el dedo por día a 1 cada 20 días que debo cambiar el parche que mide mi glucemia.

Fui a mi obra social por ambos insumos. Para la bomba me pidieron muchos informes de mi médico, psicólogo, educador diabético, etc. asique termine abandonando la idea ya que no tenía tiempo y mi obra social no cubre a mi médico especialista, debiendo afrontar los costos de cada informe y consulta por mi cuenta. Para la medición con tecnología flash me dijeron que ese tratamiento no era cubierto ya que no estaba incluido por el Estado en el PMO

(Programa Médico Obligatorio). Por lo que no podían brindarme un tratamiento que no esté avalado por dicho programa. Me pareció rarísimo ya que por lo que vi es una tecnología que se utiliza en todo el mundo. Mi médico luego me saco de duda al contarme que son maneras de la obra social para no hacerse cargo de los costos del tratamiento.

6. ¿Tenes conocimiento sobre la ley de Diabetes y tus derechos?

Tengo algo de conocimiento, pero muy escaso. Mi médico me comento la mayor parte luego de contarle la respuesta que había recibido de mi obra social cuando fui a pedirles la bomba de insulina y la tecnología flash para medir mi glucemia.

Anexo III: Entrevista a pacientes con Diabetes sin Prepaga/obra social
Edad: 32

Tipo de Diabetes: Tipo 1

1. ¿Cuándo te diagnosticaron con Diabetes?

Hace 19 años soy diabético.

2. ¿Qué tratamiento llevas a cabo diariamente?

Control de glucemia mediante pinchazos en el dedo y medición de la misma con tiras reactivas. Alrededor de 2 o 3 mediciones por día ya que debo fraccionar las tiras reactivas que dispongo. Tratamiento con insulina mediante la inyección de la misma. Insulina lantus 1 vez por día e insulina apidra entre 2 y 3 veces por día por el mismo motivo que explique antes.

3. ¿Sufriste algún tipo de complicación a causa de la diabetes? ¿Qué complicaciones?

He perdido la sensibilidad en los pies y debo tener especial cuidado con los riñones ya que están algo dañados a causa de mi condición.

4. ¿En qué hospital llevas a cabo tu atención médica?

En el Hospital del Centenario. En Urquiza al 3100 más o menos. Los medicamentos y eso los retiro por el Centro de Salud "Dr. Roque Coulin".

5. ¿Qué medicamentos e insumos te facilita el hospital? ¿en qué cantidades?

Depende porque varia todos los meses, a veces llego a recibir una caja de 50 reactivos para medición de glucemia. A veces voy y no tienen reactivos para darme. A veces tienen insulina lantus, pero no apidra, y viceversa. A veces directamente no hay insulina. Nunca hay agujas.

6. ¿Cómo haces para conseguir los medicamentos e insumos que necesitas para tu tratamiento todos los meses?

Debo comprarlos en la farmacia y son muy caros. También debo costear agujas que cuestan buen dinero y en el centro de salud nunca hay. En Facebook hay una red de diabéticos de Rosario que si necesitas alguna cajita de reactivos o de insulina te pueden donar. Pero no es nada seguro y por supuesto uno lo utiliza para emergencias, no es posible conseguir siempre por esa vía.

7. ¿Tu médico te ha prescripto alguna medicación o insumo que el hospital no pueda facilitarte? ¿Cuál es ese medicamento o insumo? ¿Cómo hiciste o haces para conseguirlo?

Mi médico me ha comentado sobre bombas de insulina y aparatos de medición constante de glucemia como el freestyle libre. Pero a modo de charla. No puede prescribírmelos ya que no es posible conseguirlos sin una obra social que los cubra. Por supuesto que pagarlos de mi bolsillo es imposible. Y conseguirlos en el hospital es solo una utopía.

8. ¿Tenes conocimiento sobre la ley de Diabetes y tus derechos?

Muy poco. Casi nada. Solo me he enterado cuando me comentaste del trabajo que estabas haciendo, pero aun así no lo entiendo. Veo que se me otorgan derechos que luego no se cumplen por ninguna vía. O si se cumplen, es de una forma muy precaria.