

PROCEDIMIENTO DE ACCESO A PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN EN LOS PLANES INTEGRALES DE ATENCIÓN.

Publicado el [10 enero, 2016](#) por [fcornulaport](#)



Por Florencia Cornú

Como es de público conocimiento, en los pasados meses se ha suscitado un gran debate respecto al acceso a prestaciones no incluidas en los planes integrales de atención, tanto de medicamentos como de dispositivos terapéuticos o estudios diagnósticos. La discusión se vio incrementada, en el marco de aprobación de la Ley de Presupuesto, por la sanción de artículos que buscaban evitar la “judicialización” del acceso a medicamentos y tratamientos no incluidos en la normativa del sistema de salud. Desde diversos ámbitos nos hemos opuesto a estos artículos por entender que, en su primera redacción, eran abiertamente inconstitucionales y en la redacción final, incompatibles con la protección del derecho a la salud. Si bien estos artículos incorporados mediante la Ley de Presupuesto seguirán vigentes, el dictado de la Ordenanza Ministerial 882, del 9 de diciembre de 2015 crea un espacio largamente reclamado por quienes durante años hemos trabajado por el acceso de los pacientes a los tratamientos necesarios. Mediante esta disposición se crea un procedimiento abreviado para responder peticiones presentadas ante el MSP por suministro de medicamentos, dispositivos terapéuticos o estudios diagnósticos, no comprendidos en los planes de atención (PIAS, FTM o Estudios Diagnósticos).

Celebramos esta medida, que habilita una instancia administrativa para analizar, caso a caso, las situaciones graves y urgentes que quedan fuera del marco establecido, en forma general, por el FTM o el PIAS, creando una Comisión Técnica Asesora que deberá emitir informe técnico, fundado y circunstanciado, en el que se recomendará si es procedente y conveniente atender a la solicitud del interesado.

El éxito de este procedimiento y, en buena medida, el éxito del tratamiento propuesto para el paciente depende ahora, no solo del MSP y de los profesionales designados para integrar dicha Comisión, sino también del **compromiso del médico tratante y de la Institución Médica.**

Por otra parte, si bien debe considerarse positivamente la falta de exigencia de asistencia letrada para el procedimiento administrativo, que muchas veces puede representar un obstáculo para quienes carecen de acceso a un abogado, debe tenerse en cuenta que se establecen ciertas cargas para los pacientes, de las que deben ser conscientes. Sin perjuicio de que abogamos por un cambio que permita un trámite directo entre la institución y el MSP, en tanto el esquema sea el vigente, es importante que los médicos hagan llegar a sus pacientes la información necesaria para que puedan transitar el procedimiento con éxito.

I. LOS ACTORES INVOLUCRADOS Y SU ROL

A. El médico tratante.

Debe realizar su indicación a través de un INFORME ESCRITO en el que el establecerá los fundamentos del tratamiento propuesto. Este aspecto es de suma importancia y debe tenerse presente que es necesario poner en evidencia todos los elementos que llevaron al profesional a determinar la pertinencia del medicamento, dispositivo terapéutico o estudio diagnóstico para que una Comisión, integrada por personas con diferente formación (que posiblemente no sean especialistas en la materia), evalúe la pertinencia de lo solicitado. El médico tratante debe, por lo tanto, ser claro y preciso tanto en el diagnóstico como en la indicación y su fundamento.

La Ordenanza establece el informe que deberá contener:

1. Resumen de la Historia Clínica, paraclínica, imagenología, informe de anatomía patológica, procedimientos (si correspondieren), u otros estudios diagnósticos.
2. Documentación aportando la información científica que fundamente el tratamiento de elección propuesto frente a la o las opciones previstas en el PIAS/FTM, detallando:
3. Tratamientos alternativos previstos en el PIAS/FTM
4. Comparación entre el tratamiento previsto y las opciones alternativas previstas en el PIAS/FMT en relación a la expectativa de vida y calidad de vida para el paciente y prestaciones involucradas en cada una de ellas.

Este informe debe ser firmado por la Dirección Técnica junto con el médico tratante.

La Ordenanza no lo solicita, pero entendemos que, a efectos prácticos, puede ser útil indicar una forma de contacto: correo electrónico o teléfono celular.

B. La Institución Médica.

La Dirección Técnica de la Institución deberá:

1. Acompañar con su firma el informe médico detallado en el numeral anterior.
2. Presentar un informe con las alternativas disponibles y sus costos.

Oportunamente nos manifestamos contrarios a que la Institución deba realizar el segundo informe, principalmente en lo que tiene relación con los costos dado que, tratándose de medicación o técnicas que no se realizan habitualmente o que no son cubiertas por las instituciones, pueden no contar con la información necesaria. Sin perjuicio de ello, y hasta tanto no se disponga otra cosa, la Institución Médica debe presentar esa información en tiempo y forma.

Es imperioso que las instituciones adopten las medidas necesarias para evitar que demoras administrativas incidan negativamente en las chances del paciente de acceder tempestivamente al medicamento, procedimiento o estudio diagnóstico indicado.

Es imprescindible que las Instituciones, tanto a nivel de su personal médico, jerárquico como administrativo, tomen conciencia de la responsabilidad en la que pueden incurrir en caso de demoras injustificadas en la tramitación y gestión de estas solicitudes o de los recaudos necesarios para presentarla. Además de estar frente a un compromiso moral y ético con sus pacientes, el nuevo procedimiento pone de su cargo obligaciones concretas que pueden dar lugar a responsabilidad civil en caso de verificarse incumplimiento o demoras pasibles de producir un menoscabo a la posibilidad del paciente de acceder a un medicamento, procedimiento o técnica de diagnóstico.

Si se presentan dudas acerca de cualquier etapa de este procedimiento, recomendamos tomar urgente contacto con la Dirección General de Salud.

C. Comisión Técnica Asesora

Por Ordenanza 888 de 2015, la Comisión quedó integrada de la siguiente manera: En representación de la Dirección General de Salud, Dres. Jorge Quián, Raquel Sosa, Clara Niz, Gabriela Piriz, titular y suplentes, respectivamente. En representación de la División de Evaluación Sanitaria, Dres. Ana Pérez, Alicia Alemán, David de Sosa y Alejandra Croci, titular y suplentes, respectivamente. Como Escribano: A los Esc. Graciela Pereyra, Walter Aguirre, Isabel Priggione y Carmen Quintana, titular y suplentes, respectivamente.

La Comisión estará integrada, además, por un médico clínico que se convocará. Entendemos que es importante que el médico convocado sea un especialista en la patología del paciente, de manera de contar con un interlocutor bien informado que pueda articular adecuadamente entre la indicación médica y la Comisión, integrada por profesionales que poseen otras especializaciones.

La Comisión deberá adoptar una resolución fundada. Esto importa un gran avance respecto de la situación anterior en la que la negativa se respaldaba únicamente en un dato formal: que el medicamento, procedimiento o técnica de diagnóstico no estuviera incorporado en los planes integrales de atención (PIAS o FTM).

Es una facultad de la Comisión requerir información adicional. Entendemos que, en la medida de lo posible en caso de duda, sería de buena práctica convocar al médico tratante o al menos realizar el contacto pertinente.

Es importante destacar que, el principio básico que debe regir la labor de esta Comisión es evaluar la idoneidad de la indicación médica para la protección de la salud y la vida del paciente, dentro de un procedimiento ágil y abreviado.

Esta Comisión no tiene por cometido el diseño de políticas públicas ni la priorización en la incorporación de medicamentos, procedimientos o estudios diagnósticos a los planes integrales, sino que su objetivo es dirimir casos individuales urgentes con la mayor celeridad y rigor técnico posible.

Entendemos, así mismo, que no es su competencia ingresar al estudio de impacto presupuestal o evaluación económica de la prestación solicitada y es importante que, quienes desempeñan multiplicidad de roles e integran comisiones que deben incorporar esas perspectivas, no pierdan de vista el rol que desempeñan en esta instancia.

Oportunamente señalamos que el nombre elegido para esta comisión puede llevar a confusión, dado que existe otra con el mismo nombre. No debe confundirse, por tanto, ésta con la Comisión Técnico Asesora del FTM que tiene otra integración.

D. El peticionante.

En nuestra opinión, lo ideal sería que la indicación médica y la información pertinente se canalizara directamente entre la Institución Médica y la Comisión, pero el diseño del procedimiento exige que el paciente o alguien que lo represente sea quien se presente ante el MSP.

Dado que inicialmente no se requerirá asistencia letrada, es muy importante que el peticionante tenga en cuenta la existencia de PLAZOS, tanto para presentar documentación

faltante (10 días corridos desde la presentación inicial), como para recurrir la decisión en vía administrativa (10 días corridos) o para, eventualmente, presentar un Amparo en vía judicial (30 días desde la negativa). En los dos últimos casos, deberá solicitar asistencia legal en forma inmediata si desea continuar con las gestiones administrativas o judiciales.

II. ALGUNOS APUNTES SOBRE EL PROCEDIMIENTO

A. Presentación ante el MSP

La petición debe presentarse en ATENCIÓN AL USUARIO del Ministerio de Salud Pública. (18 de Julio 1892, Planta Baja, de 9 a 18 horas. Ante consulta de Laura Navarro, se informó que en el interior del país debe ser presentado ante la Dirección de Salud de cada departamento, que remitirá con carácter de urgente a Montevideo)

1. Solicitud escrita dirigida al Sr. Ministro de Salud Pública, conteniendo los siguientes datos: NOMBRE COMPLETO, DOMICILIO, TELEFONO, CORREO ELECTRÓNICO, con firma y contrafirma del interesado. (Si el peticionante es menor de edad, actúan los padres en su representación)
2. Fotocopia de Cédula de Identidad
3. Informe del Médico Tratante con firma del Director Técnico de la institución.
4. Informe Dirección Técnica Institución.

B. Qué sucede si falta documentación?

La Ordenanza prevé un plazo de 10 días corridos para presentar la documentación que pudiera faltar. La consecuencia del vencimiento del plazo sin presentar la documentación es que el procedimiento deja de ser abreviado y pasa a regirse por el Decreto 500/91, lo que lo vuelve incompatible con la urgencia del caso.

Nos hemos manifestado contrarios a esta solución, dado que es el paciente quien resultará damnificado por la falta de presentación de documentación que, en la mayoría de los casos, no obra en su poder ni depende de su diligencia. Consideramos preferible que se establezca una intimación a la institución o se prevean sanciones administrativas para el caso de demora en el cumplimiento, cuando el mismo sea imputable a la institución o al médico tratante.

C. Cuánto tiempo tiene la Comisión para expedirse?

La Ordenanza no establece un plazo máximo para expedirse pero debe esperarse el pronunciamiento en un plazo razonable, compatible con el objetivo de celeridad del procedimiento propuesto y la urgencia de las situaciones puestas a su consideración.

D. Quién resuelve la petición?

La Comisión efectúa su recomendación mediante un Informe Técnico, que debe ser elevado de forma urgente al Ministro de Salud Pública, con la firma de DI.GE.SA, para que éste resuelva.

E. Cómo se comunica la resolución al usuario?

El peticionante será convocado para notificarse personalmente de la resolución y sus fundamentos.

F. Qué sucede si la resolución es favorable?

Una vez notificada al usuario, se notifica a la División Recursos Materiales para tramitar la compra.

Nuestra recomendación a los usuarios, sobre todo en casos en que se requieren medicamentos con una cierta periodicidad, es que establezcan una forma de contacto tanto en el MSP como en la farmacia de las instituciones, de manera de hacer el seguimiento y asegurarse que las dosis necesarias estarán disponibles en los tiempos pautados.

G. Qué sucede si la resolución no es favorable?

La Ordenanza no establece un procedimiento para recurrir una resolución desfavorable, de manera que debe estarse al procedimiento administrativo regular.

Dado que los plazos de un recurso administrativo no son compatibles con la urgencia de la mayoría de las situaciones que deben resolverse, entendemos que, además de recurrir la resolución (con recursos de revocación y jerárquico), puede presentarse la Acción de Amparo si se entiende que la negativa afecta un derecho fundamental y resulta de una acción manifiestamente ilegítima.

III. EN RESUMEN:

La protección judicial de los derechos fundamentales es de principio y no puede ni debe limitarse injustificadamente. Sin embargo, este procedimiento debe verse como un avance en la medida de que agilite y facilite el acceso a la medicación, procedimiento o técnica de diagnóstico que el paciente necesite para la protección de su derecho a la salud y la vida.

Que se transforme en una herramienta garantista o en un nuevo obstáculo depende, no solo de la norma reglamentaria, sino del compromiso de los actores que en él intervienen.

Las instituciones deben ser conscientes del rol trascendental que pasan a desempeñar y deben adecuar sus tiempos y procedimientos para posibilitar el acceso tempestivo a los tratamientos indicados, sin perder de vista los principios éticos y legales que deben inspirar su actuación.

Nos consta que la mayoría de **los médicos** actúan en cumplimiento de sus obligaciones e indican los tratamientos que consideran más apropiados para sus pacientes, independientemente de su incorporación o no a los planes integrales, debiendo muchas veces disponer de su tiempo personal o laboral para asistir a audiencias judiciales. Este procedimiento puede alivianar esa carga, en la medida de que realicen sus indicaciones en forma precisa y bien documentada para su sometimiento a la Comisión Técnico Asesora.

La Comisión debe realizar su tarea con el mayor celo, tanto desde el punto de vista técnico como de los tiempos que emplea para resolver, sin perder de vista que las situaciones sometidas a su consideración revisten gravedad y urgencia.

El **Ministerio de Salud Pública** debe efectuar el seguimiento de los casos y tomar como insumo la actividad desplegada por la Comisión Técnico Asesora, a efectos de acelerar los procedimientos de actualización de los planes integrales de atención.

TODOS, pacientes, médicos, abogados, instituciones, autoridades, asociaciones debemos colaborar para que este procedimiento nos acerque más al acceso universal y equitativo a las prestaciones médicas necesarias, de conformidad a lo establecido por la Constitución Nacional y de acuerdo a los principios de igualdad y protección de la vida que son parte de la base filosófica de nuestra organización social.