

PROYECTO DE LEY

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación, reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de ley...

ATENCIÓN TEMPRANA DE LOS ATAQUES CEREBROVASCULARES

Artículo 1°.- Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho de la población la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación integral e integración social y laboral de las personas afectadas por un accidente cerebrovascular (ACV).

Artículo 2°.- Emergencia tiempo-dependiente. El ACV se considera emergencia médica tiempo-dependiente en todo el territorio nacional. Todo paciente con sospecha de ACV deberá ser atendido en el centro de salud de alta complejidad más cercano con capacidad resolutive, ya sea público o privado, con independencia de su cobertura.

Artículo 3°.- RUAN (Red de Unidades de ACV Nacional). Créase la Red de Unidades de ACV Nacional (RUAN), coordinada por el Ministerio de Salud de la Nación, que establecerá protocolos unificados, estándares mínimos de diagnóstico y tratamiento, y garantizará financiamiento para insumos críticos, incluyendo acceso a fármacos trombolíticos, dispositivos de trombectomía mecánica y tecnología de telemedicina.

Artículo 4°.- RUAP (Red de Unidades de ACV Provinciales). Las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires constituirán su Red de Unidades de ACV Provincial (RUAP), adaptando los protocolos a su realidad sanitaria y organizando derivaciones internas, en articulación permanente con la Red de Unidades de ACV Nacional (RUAN).

Artículo 5°.- Consejo Federal de ACV. Créase el Consejo Federal de ACV, integrado por representantes del Ministerio de Salud, las RUAP provinciales, sociedades científicas, organizaciones de pacientes y ONGs. Tendrá a su cargo actualizar protocolos, diagnósticos terapéuticos y de rehabilitación; evaluar la integración laboral y social; y monitorear el funcionamiento del sistema RUAN-RUAP y publicar informes anuales de desempeño.

Artículo 6°.- Registro Nacional de Pacientes con ACV. Créase el Registro Nacional de Pacientes con ACV, obligatorio para todos los efectores de salud públicos y privados, en el cual deberán reportarse todos los casos de ACV, tanto isquémicos como hemorrágicos, tratados y no tratados. El Registro será de carácter público y se actualizará anualmente, garantizando la confidencialidad de los datos personales.

Artículo 7°.- Cobertura. El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682 de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del Decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741 de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar la cobertura necesaria para la prevención, diagnóstico y tratamiento integral del ACV, a la que se incluye el tratamiento del ACV isquémico por vía endovenosa y endovascular. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) con cobertura total.

Artículo 8°.- Financiamiento. Los gastos que sean necesarios para la aplicación de esta ley se deben tomar de los créditos que correspondan a las partidas presupuestarias de los organismos públicos de que se trate.

Crease un Fondo Federal de ACV para sostener la RUAN, apoyar a las RUAP y financiar insumos críticos.

Facúltase al Jefe de Gabinete de Ministros a modificar las partidas presupuestarias que sean necesarias para aplicar esta ley durante el año de ejercicio correspondiente a su entrada en vigencia.

Artículo 9°.- Autoridad de aplicación. – El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley.

Artículo 10- Capacitación obligatoria. Todos los servicios de emergencia prehospitalaria, guardias, equipos de imágenes y hemodinamia deberán acreditar capacitación anual en protocolos nacionales de ACV, como condición para su habilitación. La capacitación deberá ser multidisciplinaria para que las unidades de ACV sean funcionales.

Artículo 11.- Día Mundial de Lucha contra el ACV. Adhesión. – Adhiérase la República Argentina al Día Mundial de Lucha contra el Ataque Cerebrovascular, instituido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 29 de octubre de cada año. Con motivo de este día, el Poder Ejecutivo de la Nación debe disponer en los distintos ámbitos de su competencia, la implementación de actividades específicas de concientización y sensibilización con relación a la prevención, diagnóstico y tratamiento integral del ACV.

Artículo 12.- Plazos. El Poder Ejecutivo de la Nación debe reglamentar esta ley dentro de los 180 días corridos desde su entrada en vigencia. El Registro deberá estar operativo en 18

meses; la cobertura plena en 24 meses; y la red RUAN—RUAP en 36 meses con implementación progresiva por regiones priorizando zonas de mayor incidencia.

Artículo 13.- De forma. Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

Pablo JULIANO
Facundo MANES
Miguel Ángel PICHETTO
Cecilia MOREAU
Emilio MONZÓ
Pamela CALLETTI
Pablo CERVI
Martín YEZA
Maximiliano FERRARO
Esteban PAULÓN
Carlos D´ALESSANDRO
Victoria TOLOSA PAZ
Oscar AGOST CARREÑO
Karina BANFI
Julia STRADA

FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

Este proyecto de ley tiene por objeto garantizar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, en los términos del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a través del acceso universal a la prevención, diagnóstico y tratamiento integral del ataque cerebrovascular (ACV).

El ACV es un déficit neurológico súbito secundario a una alteración cerebral, que se clasifica en Isquémico (80-85% - secundario a la oclusión arterial y Hemorrágico (15-20% - incluye hemorragias intracerebrales y subaracnoideas).

El riesgo de recurrencia es elevado: 26% a los 5 años y 39% a los 10 años. Además, por cada ACV sintomático existen aproximadamente 9 "infartos silentes", con deterioro cognitivo acumulativo

El ataque cerebrovascular (ACV) constituye una de las principales emergencias sanitarias a nivel mundial y nacional. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año 15 millones de personas sufren un ACV; de ellas, 5 millones fallecen y 5 millones quedan con discapacidad permanente¹. El ACV es la segunda causa de muerte global y la primera causa de discapacidad adquirida en adultos.

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud, 15 millones de personas sufren un ACV por año en todo el mundo. De éstos, mueren 5 millones y otros 5 millones quedan con una discapacidad permanente. Es la segunda causa de muerte luego de la cardiaca y la primera causa de discapacidad.

En Argentina, el ACV representa la tercera causa de mortalidad y la primera de discapacidad en adultos. Estudios epidemiológicos locales como PREVISTA y ESTEPA estiman una incidencia anual de 60.000 nuevos casos, aunque reportes recientes sugieren que la cifra real podría oscilar entre 80.000 y 120.000 casos anuales. La magnitud de esta carga sanitaria obliga a políticas públicas unificadas, equitativas y federales.

El ACV implica una carga económica y social devastadora. El costo estimado en Estados Unidos de Norteamérica es de 55.000 a 73.000 dólares por paciente, con un gasto total de USD 53.600 millones.

En México, el gasto anual alcanzó USD 31 billones en 2010, equivalente al 49% del presupuesto sanitario.

En nuestro país, extrapolando valores conservadores de 60.000 casos/año, el impacto económico es de USD 672 millones en costos directos y de USD 1.344 millones si se incluyen costos indirectos.²

La prevención y el tratamiento precoz no solo salvan vidas, sino que son estrategias costo-efectivas para el sistema de salud.

El infarto puede evolucionar en horas este período, denominado ventana terapéutica, constituye una oportunidad crítica para limitar el daño neuronal.

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), Informe sobre enfermedades no transmisibles, 2022.

² Neurología Argentina, 2015; OPS/OMS 2021).

Los estudios han demostrado que si en las primeras horas se consigue bloquear los procesos metabólicos que conllevan a la muerte neuronal se reduce el área de necrosis y por lo tanto la morbilidad y la mortalidad asociada al ACV. La trombólisis con drogas endovenosas y la trombectomía mecánica endovascular pueden lograr el objetivo de limitar el daño cerebral tras una oclusión arterial cerebral si se adoptan en tiempo y en forma una serie de acciones coordinadas entre distintos actores de la salud."

Las últimas guías para el diagnóstico y tratamiento del ataque cerebral realizadas por American Heart Association (AHA) en el año 2019 y el Consenso Argentino sobre Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo recomiendan con alto nivel de evidencia el tratamiento trombolítico endovenoso para todos los pacientes con ataque cerebral en curso dentro de las tres horas sumado al tratamiento endovascular para extracción del trombo dentro de las 6hs de inicio de los síntomas en aquellos pacientes con ataque cerebral generado en la oclusión de una arteria proximal. Obviamente ambas terapéuticas poseen el aval de la agencia federal de fármacos de EU denominada FDA.

Sin embargo, en Argentina, menos del 5% de los pacientes reciben tratamiento específico, debido a la falta de redes integradas, inequidad en el acceso y ausencia de protocolos estandarizados.

Este proyecto no pretende fijar un costo exacto, sino mostrar el orden de magnitud económico que representa el ACV, incluso con cifras mínimas y conservadoras. Prevenir y tratar precozmente reduce la carga financiera tanto para el sistema público como para el privado.

La constitución de una red que garantice el acceso universal y equitativo al diagnóstico y tratamiento adecuado es uno de los fines de este proyecto de ley.

La Red de Unidades de ACV Nacional (RUAN) establece estándares comunes y financiamiento. Las Redes Provinciales (RUAP) aseguran la implementación en cada territorio con autonomía, pero en armonía con la Nación.

El Consejo Federal de ACV es un espacio multidisciplinario y federal que revisará y actualizará protocolos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación; y promoverá la integración social y laboral de los pacientes. Participan Nación, provincias, sociedades científicas y ONGs como la Fundación ACVvida.

El Registro Nacional de ACV será obligatorio para todos los efectores públicos y privados. Incluirá todos los ACV, isquémicos y hemorrágicos, tratados y no tratados. Permitirá medir la incidencia real, evaluar eficacia del sistema RUAN—RUAP y detectar brechas de acceso.

Se promoverán herramientas tecnológicas que acorten tiempos de respuesta, como el Botón de Emergencia ACV desarrollado y donado gratuitamente por la Fundación ACVvida.

De conformidad con lo que establece la Constitución Nacional, corresponde al Congreso "proveer lo conducente al desarrollo humano" (Art. 75 Inc. 19). Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) reconoce el derecho de toda persona al "más alto nivel posible de salud física y mental" (Art. 12.1). En dicho pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, Argentina asumió el compromiso internacional de adoptar las medidas necesarias para: "la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas" y "la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" (Art. 12.2 Incs. c y d del PIDESC).

Respecto al derecho a la salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales manifestó que: "La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley." (CESCR, Observación General N° 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000).

Además, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también sostuvo que los elementos esenciales del derecho a la salud son la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad (CESCR, Observación General N° 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000).

Lo dicho coincide con la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349; Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018. Serie C No. 359; entre otros) y de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN, Fallos 323:1339, 321:1684, 335:197, entre otros). De lo que surge que, más allá de las facultades concurrentes con las jurisdicciones, el Estado Nacional es garante del derecho a la salud.

En 1989 este Congreso sancionó la Ley 23.661 que creó el Sistema Nacional del Seguro de Salud "a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica" (Art. 1).

Dicho Sistema tiene "como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva" (Art. 2). Según esta ley, los agentes del seguro deben desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ex ANSSAL hoy Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, establece y actualiza periódicamente las prestaciones que deben otorgarse obligatoriamente (Art. 28). Luego de ciertas normas reglamentarias, el Decreto 492/1995 avanzó hacia la creación del PMO. Luego, la Ley 24.754 y posteriormente la Ley 26.682 extendieron la obligación de cumplir con el PMO a las entidades de medicina prepaga. Consideramos que es oportuno y conveniente, asegurar la cobertura de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento integral de los ACV, mediante su inclusión en el PMO.

Por estas razones es que sostenemos que es imperioso garantizar el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento integral del ACV

Cada paciente tratado precozmente y rehabilitado es una vida recuperada y un ahorro para la Nación. Este proyecto tiene por finalidad transformar el ACV en una prioridad de Estado, con control, plazos y participación social.

Finalmente, hemos trabajado con especialistas en la materia, a quienes agradecemos su incommensurable contribución a esta iniciativa, la cual cuenta con el respaldo de la Fundación ACVvida, organización conformada por pacientes, familiares y voluntarios

que han vivido el ACV en primera persona. Desde su presidente hasta sus miembros más activos, se trata de una comunidad que transforma la experiencia del sufrimiento en acción solidaria y en propuestas de política pública. Esta característica otorga a la ley no solo legitimidad técnica y científica, sino también una legitimidad social y ciudadana, que la convierte en una respuesta reclamada desde abajo por quienes padecen directamente las consecuencias del ACV.

Este proyecto busca robustecer la prevención, mediante campañas masivas de concientización y sensibilización, y también actuando sobre los determinantes de la salud. Todo ello dirigido a educar a la comunidad en general, y al personal de la salud en particular, tanto sobre el ACV en sí, como en la necesidad de buscar atención especializada inmediata dentro de la venta terapéutica, y de alertar sobre los factores de riesgo y la necesidad de llevar un estilo de vida saludable. La evidencia demuestra que con estas medidas se reduciría significativamente la incidencia de la patología: las personas que logran un cambio en el estilo de vida tienen un 80% menos de riesgo de sufrir un ACV que aquellos que no lo logran, y el uso de medidas preventivas ha logrado una disminución del 40% de ACV en Oxfordshire, Reino Unido, en los últimos 20 años.

El apoyo a esta norma es, por lo tanto, una oportunidad política de dar voz y respuesta a miles de familias argentinas afectadas por el ACV, es por ello que solicito a mis pares que me acompañen en la aprobación del presente proyecto de ley.

Pablo JULIANO
Facundo MANES
Miguel Ángel PICHETTO
Cecilia MOREAU
Emilio MONZÓ
Pamela CALLETTI
Pablo CERVI
Martín YEZA
Maximiliano FERRARO
Esteban PAULÓN
Carlos D'ALESSANDRO
Victoria TOLOSA PAZ
Oscar AGOST CARREÑO
Karina BANFI
Julia STRADA