

Revista de
Derecho de la Salud

Nº 03 / Diciembre 2025

Directores: **A. Martín Sabadini - Nicolás Oszust**



Foto: Karola G en pexels.com

**PRESENTACIÓN
DOCTRINA**

**PODCAST
JURISPRUDENCIA**

1. PRESENTACIÓN

- 1.1. Presentación Revista de Derecho de Salud Nro. 3-2025
Por Nicolás Oszust y Armando M. Sabadini 3

2. DOCTRINA

- 2.1. Sobre la situación de vulnerabilidad y el derecho a trabajar
Por M. Laura Lastres 5
- 2.2. Acceso a Risdiplam para la Atrofia Muscular Espinal (AME): análisis desde la calidad
y efectividad clínica
Por Sebastián Sandoval Junyent 8
- 2.3. Legitimación de Asociaciones Civiles como Querellantes en Procesos Penales:
El Caso «Hablemos de Autismo en Quilmes»
Por Nicolás Oszust 19
- 2.4. La Perspectiva de la Discapacidad en el Derecho a la Salud: Un Enfoque Basado
en los Derechos Humanos y el principio de no Discriminación
Por Agustina D. Infiesta 24

3. PODCAST

- 3.1. Ramiro M. Palma. Caso Valentino: Medida cautelar otorgada ante la baja
de afiliación del niño con discapacidad y su grupo familiar por parte
de la prestadora de salud 30

4. JURISPRUDENCIA

- 4.1. R.P. c/ OSDE | sumarísimo de salud 31
- 4.2. B. S. y otro c/ OSDE | prestaciones farmacológicas 32
- 4.3. E. J. M. c/ Galeno Argentina S.A. | prestaciones médicas 33
- 4.4. L. D. A. c/ Nobis S.A. | leyes especiales 34
- 4.5. M.E.N c/ Swiss Medical SA | amparo de salud 35
- 4.6. C. V. S. c/ Obra Social de la Unión del Personal civil de la Nación | daños y perjuicios ... 36
- 4.7. XXX y otro c/ OSDE | prestaciones médicas 38
- 4.8. A. C. A. c/ Asociación Mutual Sancor Salud | amparo contra actos de particulares 40



Presentación Revista de Derecho de Salud Nro. 3-2025

POR NICOLÁS OSZUST¹ Y ARMANDO M. SABADINI²

[MJ-DOC-18606-AR](#) | [MJD18606](#)

Llegamos a fin de año: Balance, Crisis y Compromiso Estimados lectores,

Con orgullo y responsabilidad presentamos la tercera entrega de la Revista de Derecho de la Salud, cerrando un año de intenso trabajo gracias a la generosidad y el apoyo constante de Microjuris.

Sin embargo, este cierre de año nos encuentra en un contexto alarmante. No

podemos soslayar la profunda crisis que atraviesa el sector de la salud en Argentina, y muy especialmente el área de discapacidad. Queremos ser claros: la sanción de la Ley de Emergencia fue un paso necesario, pero al día de hoy no se cumple. La letra de la ley sin ejecución real es una promesa vacía para quienes más lo necesitan. Por ello, desde este espacio exhortamos a las autoridades al cumplimiento pleno y efectivo de

1 Abogado (Universidad Nacional de Lomas de Zamora). Especialista en Derecho a la Salud y diplomado en Intervención en Autismo de la Infancia a la vida adulta en la Universidad de Belgrano y la Universidad de Burgos, España. Especialización en Derecho Individual y Colectivo y maestrando en Derecho del Trabajo y Relaciones Laborales Internacionales de la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Exponente en talleres de discapacidad y Trastorno del Espectro Autista (TEA) a ONGs, profesionales, instituciones y población en general. Autor de publicaciones y titular de Amparando Salud, consultora especializada en temas de derecho a la salud. Director de la Revista de Derecho de Salud de la Editorial Microjuris Argentina.

2 Abogado, UBA. Titular de la materia «El Amparo en salud» de la Facultad de derecho de la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Derecho a la Salud. Director de la Revista de Derecho de Salud de la Editorial Microjuris Argentina. Consejero Directivo CPACF 2024-2026 Consejero Directivo CAAL 2024-2028. Autor de publicaciones sobre temas de su especialidad.

la normativa, para garantizar prestaciones que no son un privilegio, sino un derecho humano fundamental.

Como directores, renovamos nuestro compromiso de seguir visibilizando estas problemáticas y difundiendo herramientas jurídicas para la defensa del derecho a la salud.

En este número, ofrecemos un análisis profundo sobre temas de urgente actualidad:

Legitimación Procesal y Salud Colectiva: El Dr. Nicolás Oszust analiza el fallo «Hablemos de Autismo en Quilmes», un precedente clave de la Cámara Federal de Casación Penal que reconoce a las Asociaciones Civiles como querellantes en procesos penales contra funcionarios públicos, en defensa de los derechos de incidencia colectiva.

Acceso a Medicamentos de Alto Precio: El Dr. Sebastián Sandoval Junyent aborda la compleja problemática del acceso al Risdiplam para la Atrofia Muscular Espinal (AME), analizando la evidencia clínica, la costo-efectividad y la necesidad de modelos de financiamiento que no dependan exclusivamente de la judicialización.

Discapacidad y Derechos Humanos: La Dra. Agustina Daniela Infiesta nos invita a repensar el sistema de salud desde el modelo social de la discapacidad, profundizando en la

autonomía, el consentimiento informado y la obligación estatal de realizar ajustes razonables para evitar la discriminación.

Vulnerabilidad y Derecho a Trabajar: La Dra. María Laura Lastres analiza el fallo «C. L. D. c/ GCBA», destacando la operatividad de los Convenios Colectivos de Trabajo para proteger a familiares de agentes fallecidos en situación de vulnerabilidad económica y de salud, garantizando el acceso a vacantes laborales.

Audiovisual: Análisis de Casos

En nuestra sección multimedia, el Dr. Armando Martín Sabadini dialoga con el Dr. Ramiro Palma sobre un reciente triunfo en la Justicia Federal de Rawson: el Caso Valentino. Analizan la medida cautelar que ordenó la reafiliación inmediata de un niño con autismo que había sido dado de baja por la prepaga alegando una falsa declaración jurada sobre preexistencias, un fallo que pone freno a la arbitrariedad en la cobertura de salud.

Esperamos que este material sea de gran utilidad para su ejercicio profesional y contribuya a la construcción de un sistema de salud más justo.





Sobre la situación de vulnerabilidad y el derecho a trabajar

POR M. LAURA LASTRES¹

[MJ-DOC-18605-AR](#) | [MJD18605](#)

Resumen del fallo

«C. L. D. c/ GCBA s/ Amparo - Incidente de apelación» (Cámara CAyT, Sala III)².

1. Antecedentes del caso: en el caso analizado, la actora, D. C. L., inició un amparo solicitando que el GCBA le reconozca el derecho a ocupar la vacante generada por el fallecimiento de su padre, agente de la Procuración General, fundamentando su pedido en el art. 24 del Convenio Colectivo de Trabajo (CCT)³, que prevé que, si un agente fallecido era único sostén del hogar, se reserva su vacante para un familiar directo que cumpla los requisitos generales. Para ello la actora acreditó:

- Parentesco, convivencia y dependencia económica.
- Pedido efectuado dentro del plazo previsto.
- Situación de vulnerabilidad económica.
- El padecimiento de la actora del Síndrome de Peutz-Jeghers, un trastorno genético hereditario poco común que predispone significativamente a varios cánceres (estómago, colon, mama, ovarios, páncreas, etc.), se hereda de forma autosómica dominante y afecta a hombres y mujeres por igual.

1 Abogada (UBA), Especialista en Investigación Científica del Delito (IUPFA), Especializada en género (UBA, OEA, Comunicar Igualdad).

2 <https://juristeca.jusbaires.gob.ar/fallos/61086.pdf>

3 https://www.atecapital.org/content/convenios_colectivos/422_Convenio_Ciudad_IMP_9.pdf

«Artículo 24.- Cuando se produzca el fallecimiento de un agente que sea único sostén de un núcleo familiar, se reservará la partida que deja el fallecido para un familiar directo de ese núcleo familiar, en tanto cumpla con los requisitos generales de ingreso, a excepción del concurso público».

- La enfermedad grave de su madre, así como también.
- Informe socioambiental que confirma la situación crítica.

En la resolución en primera instancia, el juez ordenó al GCBA completar en 30 días el circuito administrativo necesario para evaluar su incorporación conforme al art. 24 CCT, así como analizar su idoneidad, competencias laborales y nivel educativo, y en caso de dudas, remitir a la Comisión de Interpretación del CCT. Allí también se concedió la medida cautelar en base a la verosimilitud del derecho: puesto que la actora cumplía con los requisitos del CCT, el peligro en la demora por la fuerte vulnerabilidad económica y de salud, al tiempo que se indicaba que la medida no implicaba designación automática, sino avanzar en el procedimiento administrativo.

A dicha resolución se produjo una apelación del GCBA alegando, entre otros puntos, que la falta de designación no implicó incumplir el procedimiento administrativo, ya que no hay arbitrariedad, que los ingresos a la Procuración General se generan por concurso según ley 1218, que la situación planteada por la actora no implica urgencia ni peligro en la demora y que la medida implica un anticipo de la decisión final.

La fiscal Nidia Cicero en su dictamen de la Fiscalía de Cámara recomendó rechazar la apelación, señalando que los agravios del GCBA son genéricos y no desvirtúan la resolución, que la administración no justificó la presunta falta de partida presupuestaria, al tiempo que el artículo 24 del Convenio Colectivo de Trabajo obliga a reservar la partida, ya que la solicitud se hizo dentro del mismo ejercicio presupuestario del fallecimiento y que el análisis de idoneidad está previsto en el propio procedimiento y no impide el avance cautelar.

Planteadas las posiciones, se llegó a la instancia de la decisión de la Sala III de la Cámara CAyT que, por mayoría, resolvió confirmar la medida cautelar y rechazar la apelación del GCBA, con costas. El voto en disidencia de la jueza Seijas entendió que las medidas cautelares deben ser analizadas con prudencia cuando alteran el estado de cosas y anticipan la decisión final, que el art. 24 del convenio debe interpretarse estrictamente por implicar una excepción al ingreso por idoneidad, considerando que conceder la medida es equivalente a admitir la pretensión definitiva, proponiendo revocar la cautelar.

- La Cámara confirmó que el GCBA debe continuar el procedimiento administrativo para evaluar la incorporación de la actora según el art.24 CCT.
- No implica aún su designación, pero sí habilita a avanzar y evita que la inacción administrativa frustre el derecho invocado. Interpretación jurídica doctrinal del fallo «C. L. D. c/ GCBA» (CAyT Sala III)

El caso examinado ofrece un terreno fértil para el análisis doctrinal en torno a tres ejes fundamentales del derecho administrativo contemporáneo:

1. la naturaleza jurídica del art. 24 del Convenio Colectivo de Trabajo (CCT) como mecanismo de protección frente a la vulnerabilidad socioeconómica;
2. la tensión entre el principio de idoneidad (arts. 16 CN y 43 CCABA) y los regímenes de ingreso por excepción;

3. la configuración y los alcances de las medidas cautelares en sede de amparo, especialmente cuando la pretensión interina se aproxima al objeto final.

El art. 24 del CCT es sin dudas una norma protectoria por su naturaleza jurídica y así lo confirma el fallo de la Cámara cuando interpreta que la reserva de la vacante de un agente fallecido, único sostén familiar, para un familiar directo constituye una obligación convencional operativa para el GCBA, no una potestad discrecional. Para ello es preciso que se realice una reserva obligatoria de la partida presupuestaria, que opera automáticamente desde el fallecimiento del agente y dentro del mismo ejercicio presupuestario, todo desde una lógica de la norma colectiva, que no busca crear un «empleo hereditario» sino neutralizar el daño socioeconómico derivado de la pérdida del sostén familiar y que articula con los principios constitucionales de: tutela de grupos vulnerables, derechos sociales de segunda generación y protección del trabajador y su familia.

Es cierto, se trata de una excepción al concurso, pero la excepción está normativamente habilitada y reglada, y por tanto su aplicación debe respetar el principio de legalidad. Y aún ante el planteo de la minoría con la disidencia de la jueza Seijas, que coloca el acento en el art. 16 CN y la exigencia de idoneidad para el acceso al empleo público, considerando al art. 24 CCT como una excepción de carácter restrictivo por su semejanza con un supuesto «empleo hereditario», el voto mayoritario adopta una interpretación más contemporánea del principio de idoneidad que no se presume ausente, sino que debe ser evaluada en el trámite administrativo previsto, puesto que el mecanismo convencional no suprime la evaluación, sino que sólo exime del concurso público, manteniendo intactos los requisitos objetivos de idoneidad y la potestad estatal de verificarla. La Constitución no impone un modelo único de concurso, sino que exige garantías de razonabilidad, transparencia y aptitud en la selección.

Por otro lado, la vacante no necesariamente debe producirse en el organismo donde trabajaba el agente fallecido, eliminando cualquier sospecha de «linaje administrativo», ya que los regímenes de ingreso por excepción son válidos, siempre que estén previstos en normas válidas, respondan a fines legítimos como la protección social y mantengan instancias de control de idoneidad.

Finalmente destacar que la concesión una medida cautelar no es anticipo de jurisdicción, ya que no se está designando a la actora, sino que se insta a continuar el trámite administrativo, sin crear un cargo ni afectar presupuestariamente así como tampoco implica incorporación automática. Todo conduce a impedir que la Administración utilice su propia inacción para tornar ilusorio el derecho invocado en pos de la doctrina de la tutela judicial efectiva y la prohibición de frustración del derecho por demora estatal.

Los derechos reconocidos en convenios colectivos del sector público poseen fuerza normativa suficiente para generar deberes exigibles a la Administración, en tanto que la idoneidad es un principio compatible con regímenes de excepción cuando estos preservan mecanismos de evaluación.



Acceso a Risdiplam para la Atrofia Muscular Espinal (AME): análisis desde la calidad y efectividad clínica

POR SEBASTIÁN SANDOVAL JUNYENT¹

MJ-DOC-18603-AR | MJD18603

Sumario: I. Resumen. II. Introducción. III. Calidad y Efectividad Clínica. V. Risdiplam para la Atrofia Muscular Espinal. V. La Aprobación Regulatoria como Punto de Partida. VI. Evidencia Clínica de Eficacia y Seguridad: Ensayo SUNFISH. VII. Seguridad de Paciente. VIII. Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias y Guías de Práctica Clínica. IX. Necesidad Clínica Insatisfecha y Enfermedades Poco Frecuentes (EPOF). X. Algunos aspectos éticos a considerar. XI. Reflexión Final y Contribución en la materia.

RESUMEN

La Atrofia Muscular Espinal (AME) es una enfermedad genética poco frecuente que afecta la función motora, con impactos severos en la calidad de vida y una alta carga económica para los sistemas de salud.

Risdiplam, un modulador del splicing del gen SMN2, ha sido aprobado para el tratamiento de la AME al demostrar mejoras significativas en la función motora y supervivencia, según estudios clínicos fase III como FIREFISH y SUNFISH². En Argentina, su cobertura ha generado controversias debido a su alto costo y la ausencia de una evaluación formal de

1 Abogado UCC, Mgtr. Derecho Empresario UES21, Maestrando en Gerencia y Administración de Servicios de Salud UNC, Diplomado en Derecho Sanitario UAustral, Investigador de la Sala de Derecho a la Salud de la UBP miembro de la Red Federal de Derecho a la Salud.

2 Finkel, R. S., Mercuri, E., Darras, B. T., et al. (2021). Risdiplam in Type 1 Spinal Muscular Atrophy. *The New England Journal of Medicine*, 384(10), 915-923.

costo-efectividad por parte de la CONETEC³. Este trabajo explora la razonabilidad de su cobertura, el impacto en la equidad del sistema y las propuestas de modelos de financiamiento alternativos, como los acuerdos de riesgo compartido y la negociación centralizada de precios.

I. INTRODUCCIÓN

El acceso a medicamentos innovadores para el tratamiento de enfermedades poco frecuentes plantea un desafío constante en los sistemas de salud. La Atrofia Muscular Espinal (AME)⁴ es una patología neurodegenerativa severa que afecta la función motora, con consecuencias devastadoras en la calidad de vida de los pacientes, por ello es considerada una enfermedad poco frecuente (EPOF). En este contexto, Risdiplam⁵, un modulador del splicing del gen SMN2, ha surgido como una opción terapéutica efectiva, respaldada por evidencia clínica y aprobaciones regulatorias internacionales. Sin embargo, su alto costo y la falta de una evaluación formal de costo-efectividad por parte de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud (CONETEC) en Argentina han generado tensiones en torno a su cobertura y acceso. Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud. (2021)⁶. El presente trabajo tiene como objetivo analizar la calidad y efectividad clínica de Risdiplam, su impacto en la equidad del sistema de salud argentino y la razonabilidad de su prescripción⁷ y cobertura. Para ello, se abordarán distintos ejes de análisis:

Evaluación de la calidad⁸ y efectividad clínica⁹: Se examinará la evidencia científica disponible sobre Risdiplam, con especial énfasis en los resultados de los ensayos clíni-

3 Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC). (2021) Informe rápido de evaluación de tecnologías sanitarias N° 1: Onasemnogene abeparvovec (Zolgensma) en atrofia muscular espinal. Ministerio de Salud de Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/conectec-informe-zolgensma.pdf>

4 National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). (2024). Spinal Muscular Atrophy (SMA) Fact Sheet. Recuperado el 30/3/2025 de: <https://www.ninds.nih.gov>

5 National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). (2024). Spinal Muscular Atrophy (SMA) Fact Sheet. Recuperado el 30/3/2025 de: <https://www.ninds.nih.gov>

6 Informe rápido de evaluación de tecnologías sanitarias N° 1: Onasemnogene abeparvovec (Zolgensma) en atrofia muscular espinal. Ministerio de Salud de Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/conectec-informe-zolgensma.pdf>

7 Institute of Medicine (US). (2007). Cancer Control Opportunities in Low- and Middle-Income Countries. Washington, DC: National Academies Press. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54027/>

8 World Health Organization (WHO). (2015). Health technology assessment of medical devices. WHO Technical Report. Recuperado el 30/3/2025 de <https://www.who.int/>

9 European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA). (2016). HTA Core Model versión 3.0. Recuperado de <https://www.eunetha.eu/>

cos¹⁰ FIREFISH y SUNFISH, así como en las aprobaciones regulatorias otorgadas por la FDA (Food and Drug Administration) y la EMA (European Medicines Agency).

Modelos internacionales de acceso y cobertura: Se explorarán las estrategias adoptadas en países como España y Alemania, donde la inclusión de terapias innovadoras en el sistema de salud se ha basado en acuerdos de riesgo compartido y negociación centralizada de precios.

Judicialización y acceso a medicamentos en Argentina: Se analizará el impacto de los amparos judiciales como mecanismo de acceso a medicamentos de alto costo, considerando las implicancias en la equidad del sistema de salud y la sostenibilidad financiera.

Razonabilidad de la cobertura de Risdiplam: Se evaluará si la inclusión de Risdiplam en los esquemas de cobertura puede justificarse en términos de evidencia científica, impacto presupuestario y equidad en salud. Se propondrá un modelo de financiamiento basado en resultados, que garantice el acceso a tratamientos innovadores sin comprometer la sustentabilidad del sistema.

Este estudio contribuirá al debate sobre el acceso a tecnologías sanitarias¹¹ innovadoras en Argentina, ofreciendo una visión integral desde el derecho sanitario, la evaluación de tecnologías en salud y la economía de la salud. Con base en un análisis de derecho comparado y en la mejor evidencia disponible, se busca aportar criterios objetivos que orienten la toma de decisiones en materia de cobertura y financiamiento de Risdiplam en el país^{12 13}.

III. CALIDAD Y EFECTIVIDAD CLÍNICA

La calidad y la efectividad clínica son pilares fundamentales de un sistema de salud que busca ofrecer soluciones a los problemas de la comunidad, mejorar la calidad de vida y

10 Institute of Medicine (US) Committee on Evaluating Clinical Applications of Telemedicine. (1996). *Telemedicine: A Guide to Assessing Telecommunications in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press. Recuperado el 30/3/2025 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45448/>

11 Institute of Medicine (US) Committee on Evaluating Clinical Applications of Telemedicine. (1996). *Telemedicine: A Guide to Assessing Telecommunications in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press. Recuperado el 30/3/2025 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45448/>

12 Luzzatto, L., Hollak, C. E. M., Cox, T. M., Schieppati, A., Licht, C., Kääriäinen, H., Merlini, G., Schaefer, F., Simoens, S., Pani, L., Garattini, S., & Remuzzi, G. (2015). Rare diseases and effective treatments: Are we delivering? *The Lancet*, 385(9970), 750-752. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60297-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60297-5)

13 Vargas-Peláez, C. M., Rover, M. R. M., Soares, L., Blatt, C. R., Mantel-Teeuwisse, A. K., Rossi Buenaventura, F. A., Restrepo, L. G., Latorre, M. C., López, J. J., Bürgin, M. T., & Farias, M. R. (2019). Judicialization of access to medicines in four Latin American countries: A comparative qualitative

realizar un uso racional y eficaz de los recursos disponibles. Para lograr estos objetivos, se requiere un análisis riguroso de las tecnologías sanitarias, considerando no solo su seguridad y eficacia, sino también su efectividad en el mundo real, su costo-efectividad y su impacto en el sistema de salud en general. Este artículo explora los conceptos de calidad y efectividad clínica a través de la lente de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS), basándose en la información proporcionada en las fuentes.

La Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS) se define como un proceso multidisciplinario que utiliza métodos explícitos para determinar el valor de una tecnología de salud en diferentes puntos de su ciclo de vida. Su objetivo principal es otorgar información científica de calidad para la toma de decisiones acerca de las tecnologías sanitarias y promover un sistema de salud equitativo, eficiente y de alta calidad mediante la asignación adecuada de recursos, basada en el análisis sistemático de la mejor evidencia científica disponible. La ETS puede aplicarse antes de la comercialización, durante la aprobación, después de la comercialización e incluso para la desinversión de una tecnología.

Las tecnologías sanitarias se evalúan en base a grandes ejes, siendo los principales la eficacia, la seguridad y el costo. Sin embargo, la ETS va más allá de la aprobación regulatoria, que se centra principalmente en la eficacia y seguridad comparado contra placebo o tratamientos no estándar. La ETS incorpora criterios complementarios, evaluando la efectividad (la utilización de la tecnología en la vida real), la costo-efectividad (comparación de costos y resultados de dos o más tecnologías), el impacto presupuestario, la calidad de la evidencia, la innovación, el impacto en la equidad y en la salud pública, y la conveniencia.

La calidad de la evidencia científica es un aspecto crucial en la ETS. Existe una jerarquía de la evidencia, donde los metaanálisis y las revisiones sistemáticas representan el mayor nivel. Las Guías de Práctica Clínica (GPC), desarrolladas mediante la búsqueda sistemática y el análisis de la mejor evidencia disponible, también ocupan un lugar importante. Es fundamental que las decisiones sobre la incorporación de tecnologías se basen en evidencia de alta calidad para asegurar la efectividad clínica.

En Argentina, la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud (CONETEC) juega un rol importante en la evaluación de la eficacia y el valor de nuevas tecnologías y tratamientos. Si bien no existe una implementación formal y completa del modelo Value-Based Healthcare (VBHC) a nivel nacional, la CONETEC ha comenzado a abordar principios alineados con este modelo en sus evaluaciones, especialmente en la relación entre costo-efectividad y resultados clínicos. El enfoque de la CONETEC busca asegurar que las tecnologías incorporadas al sistema de salud público cumplan con criterios de eficiencia y mejoren los resultados en salud. Sus informes de evaluación de impacto presupuestario para tratamientos costosos, como los oncológicos, analizan los costos a largo plazo en relación con los resultados obtenidos, una práctica consistente con el enfoque del

analysis. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0960-zpubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

VBHC. La reciente jerarquización de la CONETEC busca adecuar sus procesos a estándares internacionales, fortaleciendo su rol en la evaluación de tecnologías sanitarias según criterios de calidad de la evidencia, beneficio clínico e impacto económico en la equidad y la salud pública. Sus recomendaciones técnicas sobre la incorporación, desinversión, forma de uso, financiamiento y cobertura de tecnologías tendrán carácter de referencia técnica nacional, y las definiciones técnicas sometidas a su consulta serán vinculantes para el Ministerio de Salud y sus organismos¹⁴.

A nivel internacional, existen agencias de ETS consolidadas como el NICE en Inglaterra, el IQWiG en Alemania y el SBU en Suecia. Estas agencias evalúan la evidencia científica, incluyendo la efectividad clínica y la costo-efectividad, para emitir recomendaciones sobre la adopción y financiación de tecnologías sanitarias.

Es crucial que las agencias de ETS operen con transparencia e involucren a todos los grupos de interés en sus procesos. La publicación de informes, incluyendo borradores para comentarios, contribuye a la transparencia del proceso. Además, la autoridad y reputación de la agencia son activos fundamentales que deben ser resguardados para que sus recomendaciones sean consideradas y no cuestionadas.

La implementación de la ETS y la búsqueda de la calidad y efectividad clínica enfrentan diversos desafíos, especialmente en contextos con infraestructura sanitaria y recursos limitados, como se menciona en el caso de Argentina. La necesidad de una mayor digitalización y recolección de datos para medir resultados clínicos de manera efectiva es fundamental para avanzar hacia modelos de atención basados en valor.

La ETS no solo se aplica a nivel nacional, sino que también puede implementarse a nivel hospitalario. Las unidades de ETS hospitalarias evalúan medicamentos, dispositivos médicos, equipamiento, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y sistemas organizacionales, contribuyendo a la gestión de la tecnología en el entorno hospitalario.

Finalmente, es importante destacar que la definición de coberturas y la implementación de líneas de cuidado basadas en la evidencia son estrategias clave para mejorar la calidad y efectividad clínica.

En conclusión, la calidad y efectividad clínica son objetivos esenciales en la prestación de servicios de salud. La Evaluación de Tecnologías Sanitarias emerge como un proceso fundamental para alcanzar estos objetivos, proporcionando información basada en la evidencia para la toma de decisiones sobre la incorporación, uso y desinversión de tecnologías. A través de la evaluación de la eficacia, seguridad, efectividad y costo-efectividad, y mediante procesos transparentes que involucran a diversos actores, la ETS contribuye a

14 Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Resolución 2092/2023:Reglamento de las Mesas de Trabajo y Manual de Procedimiento de la CONETEC. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado el 30/3/2025 de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/294474/20230920boletinoficial.gob.ar+2>

la construcción de sistemas de salud más eficientes, equitativos y orientados a la mejora continua de la salud de la población^{15 16 17}.

IV. RISDIPLAM PARA LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

A los fines de comprender en este caso la razonabilidad de prescripción de esta tecnología sanitaria y su cobertura, es necesario volver a repasar lo propio de la enfermedad (AME) dentro del tipo enfermedades neuromusculares neurodegenerativas.

Se trata de una enfermedad progresiva causada por la deficiencia de la proteína SMN, Sin esta proteína, las neuronas motoras mueren progresivamente, lo que lleva a una pérdida irreversible de la función muscular.

Existen ensayos (estudios conocidos como FIREFISH y SUNFISH han demostrado que cuanto antes se administre Risdiplam, mayor es la cantidad de neuronas motoras que se pueden preservar, mejorando así la respuesta al tratamiento.

Otra cuestión a tener en cuenta es lo crítico que es el desarrollo neuromuscular en la infancia. Los primeros meses y años de vida de la persona, son cruciales para el desarrollo neuromuscular y motor. Durante este período, los niños desarrollan habilidades motoras básicas como sostener la cabeza, sentarse, gatear y caminar.

Existe Evidencia clínica: Un análisis del SMA Natural History Study mostró que los niños con AME tipo 1 y 2 que no reciben tratamiento temprano (ventana terapéutica óptima) pierden progresivamente la capacidad de desarrollar funciones motoras básicas. En este sentido, la falta de tratamiento oportuno impide que los niños alcancen hitos motores esenciales, lo que impacta directamente en su calidad de vida y autonomía futura.

En relación a la venta o tiempo que impacta sobre la eficacia en términos de ocasión de inicio del tratamiento, estudios clínicos han demostrado que la eficacia de Risdiplam es mayor en lactantes y niños pequeños, en comparación con pacientes que inician el tratamiento más tarde.

15 Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4ª ed.). Oxford University Press.
[it.wikipedia.org+4pure.york.ac.uk+4 pure.york.ac.uk+4](https://www.pure.york.ac.uk/). Este libro, publicado en septiembre de 2015, es ampliamente reconocido en el campo de la evaluación económica de programas de atención médica. [pure.york.ac.uk](https://www.pure.york.ac.uk/)

16 Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Resolución 2092/2023: Reglamento de las Mesas de Trabajo y Manual de Procedimiento de la CONETEC. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/294474/2023092>

17 Lifschitz, E., Martich, E., Tobar, S., & Watman, R. (2015). *Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Lecciones aprendidas en países de Latinoamérica y Europa*. Fundación de Estudios para la Salud y la Seguridad Social. Recuperado de <https://fsg.org.ar/wpfsg/wp-content/uploads/2022/01/AgenciasEvaluacionTecnologiasSanitarias.pdf>

Existe evidencia clínica en el ensayo FIREFISH en bebés con AME tipo 1 mostró que un porcentaje significativo de los niños tratados con Risdiplam lograron sentarse sin apoyo, algo que rara vez ocurre sin tratamiento. En niños mayores, el daño neuromuscular ya avanzado limita el potencial de respuesta al tratamiento, reduciendo su efectividad.

Las evidencias demostraron que existe un impacto en la calidad de vida y autonomía a ganar por la persona. El acceso temprano a Risdiplam puede marcar la diferencia entre desarrollar habilidades motoras esenciales o depender completamente de asistencia mecánica y cuidados constantes. Estudios de calidad de vida en niños con AME muestran que el tratamiento temprano mejora no solo la movilidad, sino también la respiración, la deglución y la capacidad para comunicarse. Un inicio tardío del tratamiento implica una pérdida significativa de autonomía, afectando el bienestar del paciente y la carga para la familia^{18 19}.

En materia de tecnologías y su subordinación prescriptiva para tratamientos de enfermedades existen las Recomendaciones de Guías Clínicas Internacionales. Tal es el caso de FDA, EMA y CONITEC en Brasil han enfatizado que el tratamiento con Risdiplam debe administrarse lo antes posible, idealmente al momento del diagnóstico. La American Spinal Muscular Atrophy Foundation recomienda el tratamiento precoz en bebés diagnosticados mediante cribado neonatal para maximizar los beneficios.

Se ha decidido hacer un repaso por el periodo ventana y la oportunidad ya que el retraso en el uso de la tecnología que nos ocupa, reduce significativamente su eficacia, ya que la AME progresa de manera irreversible sin tratamiento. Las neuronas motoras que se pierden no pueden regenerarse, por lo que la ventana terapéutica óptima es clave. La demora en el acceso al tratamiento puede significar la diferencia entre un niño que logra desarrollar habilidades motoras y uno que queda dependiente de asistencia para toda la vida.

Desde una perspectiva ética, clínica y de salud pública, garantizar el acceso temprano a Risdiplam no solo es una cuestión de equidad en salud, sino de eficiencia en la utilización de recursos sanitarios y calidad de vida de los pacientes.

18 De Vivo, D. C., Bertini, E., Swoboda, K. J., Hwu, W.-L., Crawford, T. O., Finkel, R. S., Kirschner, J., Kuntz, N. L., Parsons, J. A., Ryan, M. M., Butterfield, R. J., Topaloglu, H., Ben-Omran, T., Sansone, V. A., Jong, Y.-J., Shu, F., Staropoli, J. F., Kerr, D., Foster, R., Gheuens, S., Farwell, W., & Reyna, S. P. (2019). Nusinersen initiated in infants during the presymptomatic stage of spinal muscular atrophy: Interim efficacy and safety results from the Phase 2 NURTURE study. *Neuromuscular Disorders*, 29(11), 842-856. <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2019.09.007>

19 Baranello, G., Darras, B. T., Day, J. W., Deconinck, N., Klein, A., Masson, R., Mercuri, E., Rose, K., El-Khairi, M., Gerber, M., Gorni, K., Khwaja, O., Kletzl, H., Scalco, R. S., Seabrook, T., Fontoura, P., & Servais, L. (2021). Risdiplam in type 1 spinal muscular atrophy. *The New England Journal of Medicine*, 384(10), 915-923. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2009965>

V. LA APROBACIÓN REGULATORIA COMO PUNTO DE PARTIDA

Risdiplam cuenta con la aprobación de la FDA desde 2020 para el tratamiento de pacientes adultos y pediátricos con AME. En Perú, posee un Registro Sanitario vigente (N° EE09813) para el tratamiento de pacientes con AME tipo 1, 2 o 3, a partir de los 2 meses de edad. Esta aprobación inicial se basa en la demostración de seguridad y eficacia del medicamento, un requisito fundamental para cualquier tecnología sanitaria^{20 21}.

VI. EVIDENCIA CLÍNICA DE EFICACIA Y SEGURIDAD: ENSAYO SUNFISH

La conveniencia de Risdiplam desde la perspectiva de la calidad y efectividad clínica se apoya en la evidencia científica disponible. Un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) de fase 2/3, denominado SUNFISH, incluyó pacientes con AME tipo II y tipo III, y sus resultados fueron clave en la evaluación de risdiplam. Este estudio demostró mejoras en la función motora, medida a través de la escala MFM, en el grupo tratado con Risdiplam en comparación con el placebo. Si bien algunas Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias (ETS) señalaron incertidumbre sobre la relevancia clínica del tamaño del efecto observado, la EMA (Agencia Europea de Medicamentos) considera que una diferencia de 3 o más puntos en la escala MFM sería clínicamente relevante. El ECA SUNFISH mostró una diferencia a favor de risdiplam de 1.55 puntos en esta escala.

VII. SEGURIDAD DE PACIENTE

Un aspecto significativo que contribuye a la conveniencia de Risdiplam es su vía de administración oral. Esto representa una ventaja considerable en comparación con otras terapias para la AME que requieren administración intratecal, un procedimiento más invasivo. La administración oral facilita el tratamiento para los pacientes, especialmente para aquellos que podrían tener dificultades con la administración intratecal debido a condiciones como cirugías de columna. Esta característica puede mejorar la adherencia al tratamiento y, por lo tanto, la efectividad clínica en el mundo real.

20 European Medicines Agency (EMA). (2024). Evrysdi (risdiplam) Public Assessment Report. Recuperado de <https://www.ema.europa.eu>

21 Chiriboga, C. A., Bruno, C., Duong, T., Fischer, D., Mercuri, E., Kirschner, J., Kostera-Pruszyk, A., Jaber, B., Gorni, K., Kletzl, H., Carruthers, I., Martin, C., Warren, F., Scalco, R. S., Wagner, K. R., & Muntoni, F. (2023). Risdiplam in patients previously treated with other therapies for spinal muscular atrophy: An interim analysis from the JEWELFISH study. *Neurology and Therapy*, 12(2), 543-557. <https://doi.org/10.1007/s40120-023-00444-1pmc.ncbi.nlm.nih.gov+4pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+4nnd.name+4>

VIII. EVALUACIONES DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Diversas ETS internacionales han evaluado Risdiplam para el tratamiento de la AME tipo II. Si bien el costo-efectividad fue un punto de debate, ya que algunas ETS concluyeron que risdiplam no era costo-efectivo frente a la mejor terapia de soporte, tres de las cuatro ETS (CADTH, NICE, SMC) aprobaron su uso bajo condiciones específicas, como acuerdos de costos confidenciales entre la empresa farmacéutica y el sistema de salud. La ETS de CONITEC en Brasil también recomendó el uso de risdiplam, considerando otros aspectos como la ventaja de la vía oral y la necesidad clínica insatisfecha para esta enfermedad poco frecuente.

La Guía de Práctica Clínica (GPC) desarrollada por la Sociedad Peruana de Neurología recomienda condicionalmente el uso de risdiplam para pacientes con AME tipo 2 y 3, aunque con una certeza de evidencia muy baja. Esta recomendación, a pesar de la baja certeza de la evidencia, subraya el potencial beneficio del tratamiento en un contexto donde las opciones terapéuticas efectivas son limitadas.

IX. NECESIDAD CLÍNICA INSATISFECHA Y ENFERMEDADES POCO FRECUENTES (EPOF)

La AME es una enfermedad poco frecuente, y la disponibilidad de tratamientos efectivos que puedan retrasar su progresión representa una importante necesidad clínica insatisfecha. En este contexto, incluso mejoras modestas en la función motora pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. La consideración de la AME como una enfermedad rara influyó en la decisión de algunas ETS de recomendar risdiplam a pesar de no demostrar una clara costo-efectividad.

X. ALGUNOS ASPECTOS ÉTICOS A CONSIDERAR

Algunos aspectos éticos en relación con los altos costos de tratamientos para la AME son:

1. Dilema del racionamiento: ¿A quién se trata cuando los recursos son limitados y no se puede tratar a todos? Esta es una cuestión ética central cuando el costo de un tratamiento como el Risdiplam es muy elevado y puede generar dificultades de acceso para muchos pacientes y sistemas de salud.
2. Cobertura y financiamiento: Algunas ETS, como en Perú, aprobaron su uso bajo la condición de acuerdos de costos confidenciales entre la empresa farmacéutica y el sistema de salud de cada país para asegurar su costo-efectividad. Esto refleja la tensión ética entre la necesidad de acceso al tratamiento y la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

3. Valoración de la vida y la discapacidad: Empatizamos con un paciente adulto con AME y reflexionamos sobre cómo valoramos las diferentes formas de mejora en la vida de las personas con discapacidad y cómo priorizamos la asignación de recursos.
4. Justicia y equidad: La justicia para las personas con discapacidad se extiende más allá de los medicamentos e incluye mejorar su capacidad para vivir una vida con sentido. Esto se relaciona con los principios de un sistema de salud eficaz y equitativo y la búsqueda de protecciones sociales en salud universales y de calidad homogénea.
5. Transparencia y acceso a la información: El hecho de que los acuerdos de costos para el risdiplam sean confidenciales, como sugiere la ETS de Perú, también plantea interrogantes éticos sobre la transparencia en la fijación de precios de los medicamentos y cómo está la confidencialidad afecta la rendición de cuentas y la posibilidad²² de negociar²³ mejores²⁴ precios²⁵.

XI. REFLEXIÓN FINAL Y CONTRIBUCIÓN EN LA MATERIA

El acceso a Risdiplam (Evrysdi) para el tratamiento de la Atrofia Muscular Espinal (AME) plantea desafíos significativos en términos de calidad, efectividad clínica y razonabilidad de cobertura en el contexto argentino. A lo largo de este trabajo, se ha analizado la evidencia científica que respalda su uso, la influencia de la ventana terapéutica óptima en la eficacia del tratamiento, y los modelos internacionales de acceso que podrían servir de referencia para la regulación nacional.

Desde el punto de vista clínico, los estudios FIREFISH y SUNFISH han demostrado que Risdiplam mejora la función motora y la sobrevida en pacientes con AME, reforzando su perfil de efectividad y seguridad. La administración temprana del fármaco dentro de la

22 Rawlins, M. D., & Culyer, A. J. (2004). National Institute for Clinical Excellence and its value judgments. *BMJ*, 329(7459), 224- 227. Recuperado en <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC487742/>

23 Garrison, L. P., Jr., Neumann, P. J., Willke, R. J., Basu, A., Danzon, P. M., Doshi, J. A., Drummond, M. F., Lakdawalla, D. N., Pauly, M. V., Phelps, C. E., Ramsey, S. D., Towse, A., & Weinstein, M. C. (2018). A health economics approach to US value assessment frameworks—Summary and recommendations of the ISPOR Special Task Force report [7]. *Value in Health*, 21(2), 161-165. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.12.009pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

24 Persad, G., Wertheimer, A., & Emanuel, E. J. (2009). Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet*, 373(9661), 423-431. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19186274/>

25 Alysa Burgart, MD, MA (2025) \$ 2 Million Gene Therapy. An effective rare disease therapy is overshadowed by de cost, while pharma rakes in cash. *Proppies & Propofol - Ethics and Culture in House of Medicine* (2025). Recuperado de <https://www.poppiesandpropofol.com/p/2-million-gene-therapy>

ventana terapéutica es crucial, ya que la enfermedad es progresiva e irreversible. La demora en la prescripción puede significar la pérdida de la oportunidad de tratamiento y el deterioro irreversible de la función neuromuscular.

Desde una perspectiva regulatoria y de acceso, la ausencia de una evaluación formal de costo-efectividad por parte de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud (CONETEC) ha llevado a que los mecanismos de acceso en Argentina dependen en gran medida de la judicialización. Este fenómeno genera tensiones entre la equidad sanitaria y la sustentabilidad del sistema, evidenciando la necesidad de establecer un modelo de financiamiento basado en resultados, similar a los acuerdos de riesgo compartido adoptados en países como España y Alemania.

A nivel ético y económico, la alta carga económica de Risdiplam representa un dilema para la asignación de recursos en el sistema de salud. Si bien la evaluación de tecnologías sanitarias busca equilibrar la equidad con la sostenibilidad, la falta de transparencia en los acuerdos de precios y la dificultad para medir su impacto real en la calidad de vida de los pacientes generan incertidumbre sobre su implementación en el país.

En este contexto, resulta fundamental que Argentina avance hacia un marco regulatorio más robusto y basado en evidencia, que contemple no solo la efectividad clínica, sino también mecanismos de acceso equitativo y estrategias de financiamiento sostenibles. La incorporación de Risdiplam en los esquemas de cobertura debe fundamentarse en criterios de equidad, efectividad y razonabilidad económica, con una supervisión continua de su impacto clínico y presupuestario.

Por lo tanto, este trabajo concluye que la cobertura de Risdiplam en Argentina no debe depender exclusivamente de la judicialización, sino que debe enmarcarse dentro de un modelo de evaluación transparente, basado en datos clínicos y criterios de priorización sanitaria. La equidad en salud exige soluciones que garanticen el acceso oportuno a terapias innovadoras sin comprometer la sostenibilidad del sistema, asegurando que cada decisión se tome con base en la mejor evidencia disponible y en un análisis integral del impacto para pacientes, familias y el sistema de salud²⁶ en su conjunto²⁷.

26 Newson, A. J., Dive, L., Cini, J., Hurley, E., & Farrar, M. A. (2022). Ethical aspects of the changing landscape for spinal muscular atrophy management in Australia. *Australian Journal of General Practice*, 51(3), 131-135. <https://doi.org/10.31128/AJGP-06-21-6028www1.racgp.org.au+3>

27 Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC). (2023). Informe final de priorización 2023. Ministerio de Salud de Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/04/conetec-informe-final-priorizacion-2023.pdf>



Legitimación de Asociaciones Civiles como Querellantes en Procesos Penales: El Caso «Hablemos de Autismo en Quilmes»

POR NICOLÁS OSZUST¹

[MJ-DOC-18602-AR](#) | [MJD18602](#)

Sumario: *I. Introducción: Contexto de la Resolución 1/25 del Ministerio de Salud y sus Consecuencias. II. La Cuestión de la Legitimación Activa: Ofendido Particular y Daño Colectivo. III. Interpretación Constitucional y Progresiva del Art. 82 del C.P.P.N. IV. La Decisión de la Cámara Federal de Casación Penal. V. Conclusión e Impacto.*

La presente nota analiza la trascendental resolución de la Cámara Federal de Casación Penal, Sala IV (Causa CFP 2328/2025/1/CFC1), que hizo lugar al recurso de casación de la Asociación Civil Hablemos de Autismo en Quilmes y la reconoció como parte querellante en un proceso penal contra funcionarios del Ministerio de Salud y organismos de control². El fallo sienta un precedente relevante al adoptar una interpretación amplia y progresiva del concepto de “particularmente ofendido” (art. 82, C.P.P.N.), permitiendo la participación de una asociación en defensa de los derechos de incidencia colectiva de personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), un grupo vulnerable, frente a un perjuicio real y concreto derivado de una supuesta administración fraudulenta y abuso de autoridad.

1 Abogado, UBA. Titular de la materia «El Amparo en salud» de la Facultad de derecho de la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Derecho a la Salud. Director de la Revista de Derecho de Salud de la Editorial Microjuris Argentina. Consejero Directivo CPACF 2024-2026 Consejero Directivo CAAL 2024-2028. Autor de publicaciones sobre temas de su especialidad.

2 CÁMARA FEDERAL DE CASACIÓN PENAL, Sala IV. CFP 2328/2025/1/CFC1 - «Asociación Civil Hablemos de Autismo en Quilmes s/ recurso de casación», Res. Reg. N° 1266/25.4, 3 de noviembre de 2025.

I. INTRODUCCIÓN: CONTEXTO DE LA RESOLUCIÓN 1/25 DEL MINISTERIO DE SALUD Y SUS CONSECUENCIAS

La Sala IV de la Cámara Federal de Casación Penal (CFCP) resolvió, por mayoría, una cuestión central para la participación de la sociedad civil en el proceso penal, al revocar una decisión previa que negaba la legitimación para querellar a la Asociación Civil Hablemos de Autismo en Quilmes³.

El caso se originó con la denuncia penal formulada por la Asociación contra funcionarios del Ministerio de Salud, la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) y la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA)⁴. El objeto de la denuncia era la supuesta comisión de los delitos de administración fraudulenta (art. 173, inc. 7, C.P.) y usurpación de funciones o abuso de autoridad (arts. 246, inc. 3 y 248, C.P.).

Los hechos se centran en el dictado de la Resolución 1/2025 del Ministerio de Salud⁵, suscripta por el titular de la Unidad Gabinete de Asesores (un funcionario sin competencia para un acto de alcance general). Dicha norma dispuso la derivación directa de aportes desde las obras sociales a las entidades contratadas (empresas de medicina prepaga).

El perjuicio denunciado se configuró por la aplicación retroactiva de la Resolución al 1 de enero de 2025 (pese a haberse publicado el 31 de enero de 2025), lo que implicó la derivación de aportes correspondientes a prestaciones ya brindadas por las obras sociales en ese mes. Esta acción, presuntamente ilegal, afectó gravemente a los afiliados, particularmente a las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) representadas por la Asociación, generando:

- Interrupción abrupta de tratamientos y terapias.
- Ruptura del vínculo terapéutico esencial.
- Reclamos de pago y endeudamiento a las familias por prestaciones ya brindadas por falta de pago a prestadores.
- Exigencia de copagos o “excedentes” ilegales por servicios que debían ser gratuitos.

3 CÁMARA FEDERAL DE CASACIÓN PENAL, Sala IV. CFP 2328/2025/1/CFC1 - “Asociación Civil Hablemos de Autismo en Quilmes s/ recurso de casación”, Res. Reg. N° 1266/25.4, 3 de noviembre de 2025.

4 JUZGADO FEDERAL [Jurisdicción omitida]. Denuncia penal y solicitud de ser tenido por parte querellante, presentada por Nicolás Oszust en representación de la Asociación Civil Hablemos de Autismo en Quilmes. (Confr. el documento de querrela acompañado).

5 MINISTERIO DE SALUD - UNIDAD GABINETE DE ASESORES. Resolución 1/2025, RESL-2025-1-APN-UGA#MS, Ciudad de Buenos Aires, 30 de enero de 2025. Publicada en el Boletín Oficial el 31 de enero de 2025.

La negativa inicial a la constitución como querellante se fundó en que el art. 82 del C.P.P.N. exige la calidad de “ofendido” por el delito, condición que la Cámara de Apelaciones no atribuía a una asociación civil, y que el art. 82 bis se limitaba a casos de lesa humanidad o graves violaciones a derechos humanos.

II. LA CUESTIÓN DE LA LEGITIMACIÓN ACTIVA: OFENDIDO PARTICULAR Y DAÑO COLECTIVO

El núcleo del recurso de casación fue que la resolución denegatoria carecía de motivación suficiente y se basó en una interpretación restrictiva del art. 82 del C.P.P.N., omitiendo jurisprudencia que reconoce la legitimación de entidades en defensa de intereses colectivos⁶.

La Asociación argumentó que el perjuicio sufrido no era meramente potencial o difuso, sino inmediato, tangible y real⁷, afectando directamente los derechos a la salud y la atención integral de las personas con TEA, un grupo especialmente protegido, lo cual se vincula con el objeto estatutario de la entidad. El daño, al recaer sobre niños, niñas y adolescentes con discapacidad, excede el interés individual y alcanza una dimensión colectiva de derechos humanos.

Se citó una línea jurisprudencial que avala una interpretación amplia de la figura del querellante en casos de afectación a la administración pública y derechos colectivos, como en los casos “Kayat,” “Bonavota,” “Cabezas,” y “Poder Ciudadano”.

III. INTERPRETACIÓN CONSTITUCIONAL Y PROGRESIVA DEL ART. 82 DEL C.P.P.N.

El Juez Gustavo M. Hornos⁸, cuyo voto lideró la mayoría, fundamentó la admisibilidad del recurso en el control de constitucionalidad y la garantía del debido proceso (art. 18 C.N.).

Respecto al fondo del asunto, la Sala IV sostuvo que la noción de “particularmente ofendido” excede la de sujeto pasivo típico del delito. El principio rector es que quien sufra un perjuicio real y concreto por el hecho investigado se encuentra legitimado para ejercer

6 CÁMARA FEDERAL DE CASACIÓN PENAL, Sala IV. CFP 2328/2025/1/CFC1 - «Asociación Civil Hablemos de Autismo en Quilmes s/ recurso de casación», Res. Reg. N° 1266/25.4, 3 de noviembre de 2025.

7 JUZGADO FEDERAL [Jurisdicción omitida]. Denuncia penal y solicitud de ser tenido por parte querellante, presentada por Nicolás Oszust en representación de la Asociación Civil Hablemos de Autismo en Quilmes. (Confr. el documento de querrela acompañado).

8 Voto del Dr. Gustavo M. Hornos en CÁMARA FEDERAL DE CASACIÓN PENAL, Sala IV. CFP 2328/2025/1/CFC1, cit. supra nota 1, Considerandos III y IV.

el rol de querellante, aun cuando el bien jurídico primordialmente afectado sea la administración pública.

El Tribunal abrazó una interpretación amplia, progresiva y constitucionalmente orientada del art. 82 del C.P.P.N. y de los derechos de incidencia colectiva (art. 43 C.N.). Esta perspectiva se alinea con la doctrina según la cual:

- Se debe dar la mayor protección posible al ser humano y a los derechos de incidencia colectiva.
- La asociación representa un mecanismo para asegurar la defensa de los derechos de un sector particularmente vulnerable (pacientes con TEA) frente a delitos que atentan contra su subsistencia y bienestar.
- La legitimación se basa en un perjuicio grave, aunque indirecto, que impacta en la prestación de un servicio fundamental a un grupo vulnerable.
- Se aplica el mandato hermenéutico del art. 2 del C.P.P.N., que exige una interpretación restrictiva solo para normas que coarten la libertad personal, limiten un derecho o establezcan sanciones procesales, lo que implica que las normas que atribuyen derechos o facultades deben ser interpretadas en sentido favorable.
- La intervención de la asociación, con su “experiencia” y “técnica”, complementa la labor del Ministerio Público Fiscal y favorece el control de la actuación de los órganos públicos.

IV. LA DECISIÓN DE LA CÁMARA FEDERAL DE CASACIÓN PENAL

En definitiva, la mayoría de la Sala IV (Jueces Hornos y Borinsky) consideró que, dado que el objeto social de la Asociación está directamente vinculado a la defensa de los derechos a la atención de salud y dignidad de un grupo vulnerable, y que los delitos investigados los afectan, corresponde reconocerla como querellante particular⁹.

La resolución final dispuso:

- **HACER LUGAR** al recurso de casación interpuesto.
- **CASAR Y REVOCAR** la resolución impugnada.
- **TENER POR PARTE QUERELLANTE** a la Asociación Civil Hablemos de Autismo en Quilmes (Artículos 82 y 470 del CPPN)¹⁰.

9 Voto del Dr. Gustavo M. Hornos en CÁMARA FEDERAL DE CASACIÓN PENAL, Sala IV. CFP 2328/2025/1/CFC1, cit. supra nota 1, Considerandos III y IV.

10 CÁMARA FEDERAL DE CASACIÓN PENAL, Sala IV. CFP 2328/2025/1/CFC1, cit. supra nota 1, parte dispositiva (RESUELVE).

El Juez Javier Carbajo se pronunció por el rechazo del recurso, al considerar que no se advierte un perjuicio directo e inmediato en el incipiente estadio de la investigación y que el interés resulta “difuso”, con los derechos ya resguardados por la intervención del Ministerio Público Fiscal.

V. CONCLUSIÓN E IMPACTO

La decisión de la CFCP constituye un hito en el reconocimiento de la legitimación activa de las asociaciones civiles, reforzando la operatividad del art. 43 de la Constitución Nacional en el ámbito penal. Al adoptar una interpretación que maximiza la protección de derechos fundamentales y el acceso a la justicia de los grupos vulnerables (arts. 8 y 25 C.A.D.H., y 18 C.N.), el fallo se erige como un valioso precedente para la intervención de la sociedad civil en la investigación de delitos que, si bien afectan primariamente a la administración pública, tienen un impacto directo y concreto en los derechos de incidencia colectiva.



La Perspectiva de la Discapacidad en el Derecho a la Salud: Un Enfoque Basado en los Derechos Humanos y el principio de no Discriminación

POR AGUSTINA D. INFUESTA¹

MJ-DOC-18604-AR | MJD18604

Sumario: I. Resumen. II. Introducción. III. El Derecho a la Salud: Contenido y Alcance de las Obligaciones. IV. La Prohibición de la Discriminación y el Consentimiento Informado. V. Capacidad Jurídica, Apoyos e Interdisciplinariedad en Salud Mental. VI. Justiciabilidad y Deber Reforzado de Diligencia Judicial (Caso Furlan). VII. Conclusiones.

I. RESUMEN

El presente trabajo analiza las obligaciones del Estado Argentino y los principios jurídicos que rigen el derecho al más alto nivel posible de salud de las personas con discapacidad, en el marco del modelo social de derechos humanos en nuestro país. La adopción de la normativa internacional con jerarquía constitucional en Argentina (Ley N° 26.378 y Ley N° 27.044) ha configurado un mandato normativo que desplaza la visión médico-asistencial hacia la garantía de la autonomía individual, presunción de capacidad, la no discriminación y la accesibilidad. Se enfatiza que la denegación de ajustes razonables en el ámbito de la salud constituye una forma de discriminación, y que el derecho a la misma se

¹ Abogada (UNLZ, 2014); Profesora para la Educación Media y Superior (UAI, 2017); Especialista en Derecho de Familia (UBA, 2024); Especialista en Derecho Procesal de Familia (UAI, 2025); Maestranda de la Carrera de Maestría en Derecho de Familia, Infancia y Adolescencia (UBA, en curso); Doctoranda de la Carrera de Doctorado en Derecho (UCES, en curso); Diplomaturas: en Violencias por Razones de Género (SCBA), Innovación y Gestión Judicial (Univ. Champagnat), Derecho Constitucional y Magistratura (Univ. del Oeste); múltiples cursos en derecho de familia, género y acceso a la justicia.

configura como un derecho justiciable y una condición habilitante para el ejercicio pleno de los demás derechos fundamentales. La jurisprudencia interamericana, notablemente el Caso Furlan y Familiares vs. Argentina (CIDH, 2012), subraya la necesidad de acceso a la justicia del derecho a la salud, vinculando la falta de rehabilitación oportuna y la dilación judicial con la vulneración de la integridad personal y la discriminación.

II. INTRODUCCIÓN

La interpretación jurídica de la discapacidad ha experimentado una profunda transformación, transitando desde un enfoque obsoleto centrado en la deficiencia individual (modelo médico/asistencial) hacia un modelo social de derechos humanos. Bajo este paradigma, la discapacidad se concibe como un concepto dinámico y relacional, que surge de la interacción entre las diversidades funcionales de las personas y las barreras, incluyendo las actitudinales, arquitectónicas y comunicacionales, entre otras, que limitan u obstaculizan su participación plena y efectiva en la sociedad en condiciones de igualdad.

Esta evolución se consolidó con la ratificación del marco normativo internacional con jerarquía constitucional en Argentina (Ley N° 26.378 y Ley N° 27.044). Dicho marco consagra a las personas con discapacidad como plenos sujetos de derechos, enfatizando principios rectores fundamentales: el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual (que incluye la libertad de tomar las propias decisiones), la no discriminación, la participación e inclusión plenas y la accesibilidad. Los Estados se encuentran obligados a adoptar medidas legislativas y administrativas activas para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas que configuren o perpetúen la discriminación.

El objeto del presente análisis se centra en el derecho fundamental a gozar del más alto nivel posible de salud, exigible sin sufrir discriminación alguna por motivos de discapacidad. Este derecho se articula bajo el principio de igualdad sustantiva, que requiere más que una mera equiparación formal; demanda la implementación de medidas afirmativas para contrarrestar las desventajas estructurales históricamente arraigadas en el acceso a la atención sanitaria. La exclusión de estas personas del sistema de salud no solo vulnera su dignidad humana, sino que también contraviene el principio de no regresividad.

El alcance de las obligaciones estatales en materia sanitaria es de carácter diferenciado y exhaustivo. Abarca la necesidad de asegurar la disponibilidad y asequibilidad de programas y atención de salud gratuitos o a precios accesibles, que deben ser de la misma variedad, gama y calidad que los ofrecidos a la población general. Esto se extiende a la atención específica requerida como consecuencia de la discapacidad, incluyendo la pronta detección e intervención, y requiere garantizar la accesibilidad geográfica de los servicios, especialmente en zonas rurales.

Un eje central de la tutela efectiva lo constituye la erradicación de prácticas discriminatorias, definidas jurídicamente para incluir la denegación de ajustes razonables. Estos

ajustes son modificaciones necesarias que, sin imponer una carga desproporcionada o indebida, garantizan el ejercicio pleno de los derechos en igualdad de condiciones. En el ámbito de la salud, esto implica asegurar la accesibilidad comunicacional y arquitectónica, así como la observancia de la autonomía de la persona con discapacidad mediante el consentimiento libre e informado en todos los procedimientos.

En este contexto, la omisión estatal en la provisión de una atención adecuada, incluyendo la falta de rehabilitación o los ajustes necesarios, ha sido considerada una violación a derechos fundamentales con base en la jurisprudencia interamericana, reafirmando la justiciabilidad y exigibilidad de este derecho. El propósito del presente análisis es, por tanto, examinar las herramientas jurídicas destinadas a asegurar que la igualdad formal se materialice en igualdad real de oportunidades, garantizando el respeto irrestricto a la capacidad jurídica y a la toma de decisiones de las personas con discapacidad en todo el sistema de Salud.

III. EL DERECHO A LA SALUD: CONTENIDO Y ALCANCE DE LAS OBLIGACIONES

El derecho fundamental de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, sin sufrir discriminación, exige la adopción de medidas pertinentes que aseguren el acceso a servicios que tomen en cuenta las cuestiones de género, incluyendo la rehabilitación vinculada a la salud.

Este reconocimiento responde al principio de igualdad sustantiva. No se satisface con la mera equiparación formal, sino que exige la implementación de medidas afirmativas para contrarrestar las desventajas estructurales históricamente padecidas en el acceso a la atención sanitaria. La exclusión de estas personas de los sistemas de salud representa una vulneración de la dignidad humana y del principio de no regresividad.

Las obligaciones que recaen sobre el Estado en esta materia son de carácter diferenciado: la disponibilidad y accesibilidad que se debe asegurar la provisión de programas y atención de salud gratuitos o a precios asequibles, ofreciendo la misma variedad, gama y calidad que al resto de la población. Esto abarca servicios de salud sexual y reproductiva y programas de salud pública. Como así también la atención específica e integral la que se debe proporcionar en los servicios de salud y que se necesiten específicamente como consecuencia de la discapacidad, incluyendo la pronta detección e intervención y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades. Y la accesibilidad Geográfica ya que los servicios deben proporcionarse lo más cerca posible de las comunidades donde residen las personas con discapacidad, cubriendo también las zonas rurales.

IV. LA PROHIBICIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El derecho a la salud está intrínsecamente ligado al principio de no discriminación. El marco jurídico internacional prohíbe explícitamente toda forma de discriminación en la provisión de atención médica.

La discriminación en la atención sanitaria se manifiesta en prácticas como la negación de servicios (tratamientos quirúrgicos o rehabilitatorios), la segregación en servicios de menor calidad o la exclusión de cobertura de seguros públicos o privados. Es crucial destacar que se debe impedir que se nieguen servicios de salud, atención sanitaria o alimentos sólidos o líquidos de manera discriminatoria por motivos de discapacidad.

IV.1. LOS AJUSTES RAZONABLES COMO GARANTÍA DE IGUALDAD

Conforme a los lineamientos jurídicos internacionales, la discriminación incluye la denegación de ajustes razonables. Estos ajustes son modificaciones o adaptaciones requeridas en un caso particular para garantizar el ejercicio de los derechos en igualdad.

En el ámbito de la salud, la falta de accesibilidad comunicacional y arquitectónica constituye una barrera que puede impedir a las personas comprender diagnósticos o acceder físicamente a los centros de salud. La implementación de ajustes razonables implica garantizar materiales en formatos accesibles (lectura fácil, Braille), la provisión de intérpretes de lengua de señas, o la adaptación de consultorios y equipos médicos, resulta una obligación implementar estos ajustes debe ser inmediata y exigible no solo en la salud sino también en ámbitos tales como la justicia.

IV.2. AUTONOMÍA Y CONSENTIMIENTO

El respeto de la autonomía individual resulta ser un principio rector que reconoce el derecho a tomar decisiones sobre la propia vida, incluyendo la esfera de la Salud. Nuestro ordenamiento legal vigente de fondo (arts. 1, 2 y 51 Código Civil y Comercial de la Nación) reafirma la centralidad de la autonomía y la dignidad de las personas.

La autonomía se materializa en el consentimiento libre e informado. Los profesionales de la salud tienen la obligación de prestar atención con la misma calidad que a las demás personas, asegurando que esta atención se base en un consentimiento libre e informado, utilizando formatos accesibles y comprensibles.

Por eso la imposición de procedimientos médicos sin consentimiento válido vulnera la autonomía y constituye discriminación. La formación continua del personal de la salud debe promover la sensibilización respecto a los derechos humanos, la dignidad y la autonomía de las personas con discapacidad.

Asimismo, las personas con discapacidad tienen derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás, y nadie puede ser sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.

V. CAPACIDAD JURÍDICA, APOYOS E INTERDISCIPLINARIEDAD EN SALUD MENTAL

En consonancia con la Convención internacional sobre derechos de personas con discapacidad, Ley 26.378, reconoce la igualdad de condiciones en todos los aspectos de la vida. La capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, incluso estando internada.

El Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCN) ha incorporado el sistema de apoyos (art. 43 CCyCN), que constituyen cualquier medida, judicial o extrajudicial, que promueve la autonomía y facilita la toma de decisiones, la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad. Las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y restrictivo, imponiéndose siempre en beneficio de la persona y buscando la menor afectación a su autonomía de la voluntad.

La intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial (art. 31 inc. c CCyCN). Esta exigencia legal es coherente con el modelo social de la discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental.

La jurisprudencia de nuestro país ha destacado la importancia de que el dictamen interdisciplinario se rija como prueba necesaria e indispensable para la restricción de la capacidad jurídica. Si bien la Ley de Salud Mental busca diluir la anterior preponderancia de la psiquiatría en favor del paradigma social, no debe soslayarse por completo la psiquiatría en los informes que sirven de base a quienes impartimos justicia. Posibilitar la exclusión de un especialista en psiquiatría o médico en el equipo interdisciplinario podría reducir drásticamente las garantías a favor del sujeto de derecho.

Esto es esencial para verificar los avances en tratamientos y medicación y considerar que el padecimiento mental no puede ser considerado un estado inmodificable. La privación de esta evaluación adecuada puede configurar un claro supuesto de discriminación.

VI. JUSTICIABILIDAD Y DEBER REFORZADO DE DILIGENCIA JUDICIAL (CASO FURLAN)

El acceso efectivo a la justicia para las personas con discapacidad requiere el goce de un debido proceso legal en condiciones de igualdad. La presencia de desigualdad real obliga a adoptar medidas de compensación que reduzcan o eliminen obstáculos.

El Caso Furlan y Familiares vs. Argentina (CIDH, 2012) ilustra las obligaciones estatales en la intersección entre discapacidad, salud y justicia. Al tratarse de un menor de edad y,

posteriormente, un adulto con discapacidad y de bajos recursos económicos, existía una obligación reforzada de respeto y garantía de sus derechos.

La Corte IDH determinó que el proceso civil por daños y perjuicios (del cual dependía la obtención de una indemnización para tratamientos médicos y rehabilitación) excedió el plazo razonable. La prolongación injustificada del proceso incidió de manera relevante en la situación jurídica de la víctima, lo cual requería de las autoridades judiciales una diligencia excepcional.

La demora en la percepción indemnizatoria limitó las posibilidades de acceder a tratamientos integrales y rehabilitación. Esta falta de acceso a una rehabilitación oportuna, que hubiera podido brindarle una mejor calidad de vida, constituyó una violación separada del derecho a la integridad personal (física y psíquica).

El Estado tiene la responsabilidad de garantizar la ejecución completa, integral y sin demora de las sentencias. La aplicación de normativas que regulaban el pago diferido de indemnizaciones (como la Ley 23.982) sin considerar la situación de Sebastián Furlan (persona con discapacidad y de bajos recursos) implicó un impacto desproporcionado. La ejecución ineficaz generó desprotección judicial.

La Corte concluyó que existió una discriminación de hecho asociada a las violaciones de garantías judiciales, protección judicial y derecho a la propiedad, reafirmando la necesidad de que las interpretaciones judiciales y administrativas se adecuen a los principios de trato preferencial a personas con discapacidad.

VII. CONCLUSIONES

El análisis del derecho a la salud desde la perspectiva de la discapacidad establece que se trata de un derecho humano complejo y exigible, indispensable para el ejercicio de la autonomía y la inclusión social.

La legislación argentina, al incorporar los estándares internacionales de derechos humanos (Ley N° 26.378/27.044), obliga al Estado a asegurar la cobertura sanitaria universal y a transformar el sistema asistencial en uno inclusivo, accesible y no discriminatorio. La Constitución Nacional (art. 75 incs. 22 y 23) impone al Congreso el deber de adoptar medidas de acción positiva para garantizar la igualdad real.

La jurisprudencia del sistema interamericano, como lo demostrado en Furlan y Familiares vs. Argentina (CIDH, 2012), ha consolidado el acceso a la justicia en relación al derecho a la salud, al reconocer que la omisión estatal en la provisión de una rehabilitación adecuada viola derechos fundamentales y afecta el proyecto de vida de la persona.

En definitiva, la efectividad del derecho al más alto nivel posible de salud exige que la igualdad formal se traduzca en igualdad real de oportunidades. Esto se logra mediante el respeto a la capacidad jurídica y de decisión de la persona con discapacidad, la prohibición estricta de la discriminación, y la garantía activa de la accesibilidad y la implementación de los ajustes razonables en todo el sistema de salud.



Podcast



Ramiro M. Palma

Caso Valentino: Medida cautelar otorgada ante la baja de afiliación del niño con discapacidad y su grupo familiar por parte de la prestadora de salud

<https://open.spotify.com/episode/0GknvuU4oqoOEjJoZRSTXK?si=1d929b6831c643f6>



Medicina Prepaga - Salud - Cobertura Médica - Escuelas de Educación Especial - Menores - Personas con Discapacidad

R.P. c/ OSDE | sumarísimo de salud

[MJJ-U-M-156886-AR](#) | [MJJ156886](#)

Se condena a la empresa de medicina prepaga a otorgarle al menor la cobertura de la prestación de escolaridad en el colegio requerido por sus padres, con integración.

Sumario:

1.-La cuestión no admite ser circunscripta a una opción entre instituciones públicas o privadas sino a una escuela que reúna las características adecuadas para las necesidades actuales del niño y siendo que la actora acreditó los extremos que pesaban sobre dicha parte, y que la accionada no demostró las circunstancias que debía probar, corresponde desestimar sus quejas y confirmar lo resuelto en la instancia de grado, por la que se la condenó a que le otorgara la cobertura de la prestación de escolaridad en el colegio requerido, con integración.

2.-A diferencia de la postura de la actora, no hay constancias de que la apelante hubiera realizado alguna actividad concreta tendiente a determinar la existencia de oferta estatal adecuada a las necesidades del niño ni mucho menos acreditó que la eventual modificación de la institución educativa no resulte nociva para su evolución.

3.-Es la entidad obligada quien debe ocuparse concretamente de poner a disposición de su beneficiario una institución educativa que proporcione un servicio análogo al que se persigue en juicio, y también demostrar la exorbitancia o sinrazón de la elección realizada por los padres del niño, siendo claro que este último extremo no se encuentra satisfecho.

Acceda al texto del fallo completo en: [MJJ156886](#)

Obras Sociales y Prepagas - Medicina Prepaga - Obras Sociales - Cobertura Médica - Cobertura de Medicamentos - Personas con Discapacidad - Enfermedades poco Frecuentes - ANMAT

B. S. y otro c/ OSDE | prestaciones farmacológicas

[MJ-JU-M-156943-AR](#) | [MJJ156943](#)

La prepaga debe cubrir el costo de la medicación recetada a un menor de edad en extremo grado de vulnerabilidad, aún cuando no haya sido aprobada por la ANMAT.

Sumario:

1.-Aún cuando la medicación solicitada no se encuentre aprobada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), ello no puede resultar un obstáculo para su administración si los profesionales que se encuentran a cargo del tratamiento médico del niño la consideraron como la opción más idónea y viable para paliar los efectos de la enfermedad poco frecuente -fibrosis quística-; frente a ello, debe ponderarse que se trata de un menor de edad en extremo grado de vulnerabilidad, por lo cual la medida adoptada deberá velar por el cumplimiento de sus derechos de carácter constitucional.

Acceda al texto del fallo completo en: [MJJ156943](#)

Juzgado Federal de Santa Rosa - Sala civil

25-agosto-2025

Obras Sociales y Prepagas - Medicina Prepaga - Cobertura Médica - Personas con Discapacidad

E. J. M. c/ Galeno Argentina S.A. | prestaciones médicas

[MJ-JU-M-156916-AR](#) | [MJJ156916](#)

La empresa de medicina prepaga debe brindar cobertura total del sistema de comunicación táctil prescripto al afiliado menor de edad con discapacidad.

Sumario:

1.-Es procedente condenar a la empresa de medicina prepaga a brindar cobertura integral, irrestricta e ininterrumpida del sistema de comunicación táctil prescripto al afiliado menor de edad con discapacidad, siendo que en el caso la negativa a la cobertura total e integral solo estaría basada en una errónea interpretación y en cuestiones mercantiles, perdiendo de vista que los fundamentos de la Ley 24.901 son la protección a la salud, asegurándole a quien padezca de este tipo de patologías el acceso al tratamiento que mejor se adapte a sus condiciones.

2.-Teniendo en cuenta que se está reclamando la cobertura de una prescripción hecha por la profesional médica a un menor con discapacidad, resulta aplicable al caso la legislación específica que protege a las personas con discapacidad, debiendo ponderarse las disposiciones de la Ley 24901, que instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos (art. 1); y establece que las obras sociales tienen a su cargo, con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en ella que necesiten sus afiliados con discapacidad.

Acceda al texto del fallo completo en: [MJJ156916](#)

Derecho a la Salud - Medicina Prepaga - Cobertura Médica - Sida - Amparo - Obras Sociales y Prepagas

L. D. A. c/ Nobis S.A. | leyes especiales

[MJ-JU-M-156953-AR](#) | [MJJ156953](#)

Se ordena a una empresa de medicina prepaga brindar cobertura integral a una persona con VIH, pero se rechaza la obligación de mantenerlo en un plan superador por haber omitido declarar su condición de salud en el formulario de afiliación.

Sumario:

- 1.-La desafiliación del actor del plan superador resulta legítima, en tanto omitió declarar su condición de salud preexistente -padece HIV- en el formulario de afiliación, configurando el supuesto de falsedad previsto en el art. 9 de la Ley 26.682.
- 2.-El principio de buena fe obliga a los potenciales afiliados a declarar bajo juramento aspectos que atañen a su situación de salud, siendo indispensable su conocimiento por parte de las prestadoras para la equidad del vínculo contractual.
- 3.-La empresa de medicina prepaga demandada debe cumplir con la cobertura de salud actor y mantener su afiliación, pues en su calidad de gerenciana de una obra social, le corresponde cubrir la patología que padece el actor en sus tratamientos médicos, psicológicos y fármacos, en la medida en que las prestaciones vinculadas con VIH/SIDA están incluidas en el Programa Médico Obligatorio, y tanto las obras sociales como las empresas de medicina prepaga tienen la obligación de brindarles la asistencia pertinente, estableciendo el art. 3 de la Ley 27.675 -en lo que aquí interesa- a la carga de los agentes de salud de brindar asistencia integral, universal y gratuita a aquellas personas expuestas y/o afectadas por VIH, reconociendo en el art. 21 inc. k) 'el acceso gratuito a las pruebas de detección, análisis y estudios necesarios para su confirmación y seguimiento, garantizando la periodicidad en la realización'.

Acceda al texto del fallo completo en: [MJJ156953](#)

Amparo - Salud - Medicina Prepaga - Cobertura Médica - Adicciones - Salud Mental

M.E.N c/ Swiss Medical SA | amparo de salud

[MJ-JU-M-157130-AR](#) | [MJJ157130](#)

La empresa de medicina prepaga de otorgar la cobertura integral del tratamiento de rehabilitación en adicciones, en virtud del diagnóstico de ludopatía que padece el actor, en el establecimiento requerido.

Sumario:

- 1.-Corresponde confirmar la sentencia que condenó a la empresa de medicina prepaga que otorgue al actor la cobertura integral del tratamiento de rehabilitación en adicciones, en virtud del diagnóstico de ludopatía que padece, en el establecimiento requerido, junto con la medicación prescrita, conforme las indicaciones dadas o que, eventualmente, determinen sus médicos tratantes, pues en consideración de la normativa aplicable, las circunstancias particulares del caso y el resumen de historia clínica aportado, el Tribunal entiende que, la cobertura se halla justificada y no puede perderse de vista que surge expresada la necesidad de continuar con dicho tratamiento por resultar efectivo y obtener evolución y adherencia.
- 2.-El estado de salud del actor conduce a la aplicación de la Ley N° 26.657 de Protección de la Salud Mental, cuyo art. 4º dispone que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental y que las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la ley en su relación con los servicios de salud.
- 3.-Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

Acceda al texto del fallo completo en: [MJJ157130](#)

Daños y Perjuicios – Obras Sociales – Edad Jubilatoria – Afiliación a Obras Sociales – Personas con Discapacidad – Cancer – Daño Moral – Daño Punitivo – Relación de Consumo

C. V. S. c/ Obra Social de la Unión del Personal civil de la Nación | daños y perjuicios
[MJJ-U-M-157125-AR](#) | [MJJ157125](#)

Procede el daño punitivo contra la obra social que de manera imprevista desafilió a la actora, mientras se encontraba en tratamiento contra el cáncer de mama que padece.

Sumario:

1.- En una interpretación amplia del art. 52 bis de la ley de defensa del consumidor puede concluirse que el incumplimiento por parte del proveedor de sus obligaciones legales o contractuales para con el consumidor configura meramente una condición que habilita al magistrado a valorar la procedencia de esta sanción ejemplar, a lo que se suma que, además de ese incumplimiento, es imprescindible la existencia de una justificación jurídica adicional para arribar a la convicción fundada en derecho de que el demandado merece la sanción. Y esa justificación jurídica no es otra que el tipo particular de reproche que se exige a la conducta del agente dañador.

2.- Admitir la procedencia del daño punitivo -de excepción- ante un mero incumplimiento y sin exigirse ningún requisito adicional, transformaría a aquélla en un componente más de la condena que devendría -en definitiva- en una fuente de especulación para la víctima del daño, quien sólo buscará el engrosamiento de su indemnización, lo que desnaturalizaría los objetivos de los daños punitivos y echaría por la borda más de dos siglos de análisis de parte de jueces y doctrinarios en aquellos países en donde la aplicación del instituto es de larga data.

3.- Corresponde la aplicación de la multa civil pues una conducta como la que tuvo la demandada se traduce claramente en una actitud de grave despreocupación de la prestadora de salud ante el eventual resultado perjudicial para con su afiliada, aunque dicho resultado no haya sido deliberadamente buscado; en efecto, las constancias que surgen de las dos causas por amparo ponen

de relieve todos los trámites y reclamos que debió llevar adelante la accionante y que han sido adecuadamente merituados por el juez de grado, al momento de apreciar la gravedad de la conducta desplegada por la obra social, que tenía a su cargo algo tan importante como la salud de su afiliada.

4.-Teniendo en consideración la posición de mercado del infractor y el ejercicio abusivo de la posición de superioridad en la que las empresas o instituciones se encuentran respecto del individuo particular, es fuente habitual de situaciones dañosas o potencialmente dañosas a las que día a día se ven expuestas, pues el productor de bienes y servicios se encuentra en una posición dominante frente al consumidor y el usuario para evitar los perjuicios que pueden derivar de los artículos que comercializa o de los servicios que presta.

5.-En el caso el curso de acción resulta contrario a la buena fe con la que el prestador del servicio debe cumplir con sus obligaciones, adoptando un comportamiento que proteja las expectativas razonables que se crearon -en este caso en su afiliada- si de manera imprevista se le informa en oportunidad de ir a retirar sus medicamentos oncológicos que será desafiliada a los pocos días y a partir de ahí la actora no tiene manera de solucionar el caso, salvo iniciar una acción judicial, con toda la incertidumbre, angustia y pérdida de tiempo y dinero que implica, mientras afronta un delicado estado de salud.

6.-Corresponde admitir el resarcimiento del daño moral para la actora quien fuera desafiliada de la obra social pues lo declarado por el testigo pone en evidencia la gravedad del perjuicio sufrido por la actora, que sin duda va más allá de las molestias que implica un mero incumplimiento contractual; máxime siendo que más allá de que la perito médica oncóloga haya señalado que el suspensión del tratamiento tuvo consecuencias directas en su patología oncológica, también es cierto que indicó que el no cumplimiento de los mismos (refiriéndose a los tratamientos), aumenta el riesgo de resistencia adquirida de las células tumorales, que motivará la rotación a una nueva línea de tratamiento con menor expectativa de respuesta.

7.-Parece suficientemente acreditado que en una paciente que atraviesa la situación de salud de la actora, el temor fundado de que su situación oncológica se viera perjudicada y con ella su expectativa concreta de vida, por la demora en la continuidad del tratamiento, constituye una fuente importante de padecimiento emocional que debe ser adecuadamente merituada y si bien obtuvo una rápida respuesta cautelar por parte de la justicia con relación a su afiliación y tratamiento, no puede perderse de vista que varios meses después tuvo que iniciar un nuevo amparo para regularizar la provisión de la medicación oncológica y psiquiátrica.

Acceda al texto del fallo completo en: [MJJ157125](#)

Cámara Federal de Apelaciones de Mendoza - Sala A

15-septiembre-2025

Medicina Prepaga - Derecho a la Salud - Cobertura Médica - Derechos del Niño - Interés Superior del Niño - Amparo - Medidas Cautelares - Protección del Consumidor - Programa Médico Obligatorio

XXX y otro c/ OSDE | prestaciones médicas

[MJ-JU-M-157180-AR](#) | [MJJ157180](#)

Se ordena a una empresa de medicina prepaga brindar cobertura total de una hormona de crecimiento a favor un menor con diagnóstico de déficit de GH y retraso de crecimiento intrauterino.

Sumario:

- 1.-Corresponde admitir la acción de amparo y ordenar a la empresa de medicina prepaga otorgar la cobertura integral de la prestación médica solicitada, en tanto estamos en presencia de un menor de edad, que debido a su diagnóstico podría tener problemas irreparables en su salud y calidad de vida; debe agregarse que precisamente la hormona de crecimiento se encuentra contemplada en el anexo VI, art. 4 de la Res. 500/04 APE.
- 2.-La solución que mejor armoniza los derechos humanos en juego para el normal desarrollo psicofísico del niño, es aquella que permita remover los posibles obstáculos a fin de acceder al tratamiento para su enfermedad, intentando así adecuar la imagen auto percibida en relación con su edad cronológica; para cuya plena garantía se hace necesario que la cobertura por parte de la empresa de medicina prepaga del costo del medicamento prescripto por la galena sea del 100%
- 3.-Cuando un afiliado reclama a la empresa de medicina prepaga el cumplimiento o la extensión de la cobertura que ha contratado, no persigue un mero producto o servicio, lo que está en juego es, ni más ni menos, su derecho a la salud, su integridad psicofísica, su plenitud, y su seguridad.
- 4.-Al momento de resolver el conflicto planteado entre un usuario y una empresa de medicina prepaga, debe necesariamente tenerse presente este marco normativo dado por nuestra Carta Magna, los Tratados Internacionales y

toda ley, entre ellas la de Defensa del Consumidor, que proteja la parte más débil y necesitada de la relación jurídica.

5.-Las instituciones que integran el sistema nacional de salud deben extremar al máximo los servicios que proporcionan, a fin de lograr la recuperación del paciente; incluso más allá de las exigencias del PMO, toda vez que debe entenderse que éste fija un piso de prestaciones mínimas y no máximas para el aseguramiento de los derechos constitucionales a la vida y a la salud.

6.-La existencia de una regulación de prestaciones mínimas no implica que en caso de que se demuestre acabadamente la necesidad de alguna no incluida, que ponga en juego el derecho a la salud de una persona, estas entidades puedan librarse con la sola invocación de la no inclusión expresa.

Acceda al texto del fallo completo en: [MJJ157180](#)

Medicina Prepaga - Derecho a la Salud - Medidas Cautelares - Verosimilitud del Derecho - Peligro en la Demora - Enfermedad Preexistente

A. C. A. c/ Asociación Mutual Sancor Salud | amparo contra actos de particulares

[MJ-JU-M-158081-AR](#) | [MJJ158081](#)

Se hace lugar a la medida cautelar solicitada y se ordena a una empresa de medicina prepaga mantener la afiliación de la actora y su grupo familiar, así como la cobertura del plan contratado, sin aplicar valor diferencial por preexistencias, hasta tanto se dicte sentencia definitiva.

Sumario:

- 1.-Corresponde admitir la medida cautelar y ordenar a la empresa de medicina prepaga mantener la afiliación a la actora y su grupo familiar sin exigir valor diferencial, dado que, con los elementos hasta ahora aportados, no se advierte que la actora haya falseado la declaración jurada, de forma tal que la demandada pueda rescindir el contrato conforme el art. 9 de la Ley 26.682, extremo que, a todo evento, quedará sujeto a mayor debate y prueba.
- 2.-El peligro en la demora tiene suficiente sustento en la naturaleza del derecho impostergable y operativo a la salud, en el cuadro médico y en la falta de una respuesta por parte del agente de salud, todo lo cual pone en evidencia la existencia de una situación controversial que no puede esperar, intolerante al tiempo que insumiría el curso normal del proceso hasta tanto la pretensión tenga eventual acogida en una sentencia definitiva.
- 3.-Para el cobro de valores diferenciales por preexistencias, las entidades comprendidas en la Ley 26.682 deben solicitar autorización a la autoridad de aplicación, por lo que la fijación unilateral del valor diferencial por parte de la demandada luce, en principio, inadecuada.

Acceda al texto del fallo completo en: [MJJ158081](#)

Valor MJ

Más Información, Mejores Resultados



NOVEDADES VIRALES



LÍNEA EXCLUSIVA



NEWSLETTER DIARIO



PODCAST DE ACTUALIDAD