



Revista Iberoamericana de Derecho, Cultura y Ambiente



Edición Nº 9 – Julio de 2026

Capítulo de Discapacidad y Derechos

www.aidca.org/revista

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD: ¿Y SI HUBIERA UN NUEVO ESTÁNDAR?

Por Juan Bautista Torres López (h)¹

A partir del fallo dictado el 23 de diciembre de 2025 por la Sala II de la Cámara Civil y Comercial Federal en autos “TORRES, CONRADO C/OSDE S/AMPARO DE SALUD” (Expte. 14906/2023), el presente artículo analiza la continuidad de tratamiento en personas con discapacidad y la actitud asumida por la parte demandada. En este sentido, se pondera la importancia real de repensar la participación de los sujetos involucrados en los procesos judiciales a la luz de la lectura que se hace en la sentencia, más allá del resultado de la contienda.

¹ Abogado (UBA). Socio del Estudio Jurídico TORRES LOPEZ ABOGADOS y responsable del área de Derecho de la Salud de dicho Estudio. Director General Adjunto del área de Asuntos Jurídicos de la Obra Social de la Ciudad de Buenos Aires (ObsBA). Subdirector del Instituto de Derecho de la Salud del Colegio Público de la Abogacía de Capital Federal (CPACF). Docente en la materia Derecho de la Salud (UBA - Catedra Aizenberg). Coordinador Institucional del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho (UBA). Autor de la International Encyclopaedia of Medical Law para la Argentina, volumen integrador de la International Encyclopaedia of Laws.



Palabras Clave: Continuidad del tratamiento, Derecho a la salud, Discapacidad, Enfermedades Poco Frecuentes, In dubio pro paciente, Progresividad, Vulnerabilidad.

INTRODUCCION

Se habla de inclusión más de lo que se la practica. A veces, sobran explicaciones y ornamentados artículos periodísticos o de doctrina que solo buscan **cumplir con un guiño a la corrección política**; que se diga lo que es esperable que se diga; que se oiga lo que *queda bien* que se oiga. Trabajar por la inclusión es más complejo: a veces los objetivos son poco claros, difusos o no tienen en cuenta la voz de a quienes se pretende incluir. La Justicia, quizá sin dimensionarlo del todo, cumple en ello un rol fundamental. Un magistrado puede condenar de manera ejemplar a quien pone barreras entre una persona y su derecho a la salud, o fijar límites a ciertas conductas de una obra social o prepaga incumplidora antes de que se tornen una nociva costumbre. El fallo dictado el 23 de diciembre de 2025 por la Sala II de la Cámara Civil y Comercial Federal en autos “TORRES, CONRADO C/OSDE S/AMPARO DE SALUD” (Expte. 14906/2023) traza fronteras que pueden abrir escenarios concretos desde donde trabajar la dignidad, la protección y la inclusión de las personas con discapacidad.

En el caso bajo estudio, la Cámara confirmó la sentencia de Primera Instancia que ordenó a una empresa de medicina prepaga -OSDE- cubrir el costo total de estudios médicos, medicamentos y tiras reactivas en favor de una persona con discapacidad y diagnóstico de rabdomiólisis, una enfermedad poco frecuente (EPOF) en los términos de la ley 26.689. A su vez, la Justicia impuso a OSDE “asegurar la permanencia y continuidad de las prestaciones médicas recibidas por el afiliado en el Hospital Italiano con relación a su patología”, **punto de especial conflicto** ya que tal como advirtió el Fiscal en su dictamen, el Hospital Italiano fue prestador de la demandada para el plan de salud del amparista hasta el 1° de octubre de 2024, es decir que al momento de resolver, ya no formaba parte de la



cartilla del amparista, que estaba cursando allí un tratamiento. Si bien los argumentos de la Sala II siguen en gran medida los sólidos lineamientos de la Cámara -por ejemplo, la ya sabida doctrina de que el PMO es un piso y no un techo prestacional-, algunas notas distintivas del decisorio merecen ser comentadas.

El fallo aborda de manera directa **uno de los aspectos más controversiales y frecuentes de los últimos tiempos en materia de salud**: qué deben hacer los usuarios frente a la quita de prestadores de cartilla y qué ocurre con los tratamientos en ejecución, más aún si se trata de una persona con discapacidad. Este asunto es, no por casualidad, también uno de los puntos más velados para los afiliados: la coyuntura urgente ha hecho que se popularizaran las normas -o la violación de ellas- vinculadas a los aumentos en el valor de las cuotas; menos conocido es el derecho que ostentan los pacientes a continuar un tratamiento con un determinado prestador cuando de manera intempestiva, ese prestador sale del plan del afiliado.

EXODO DE PRESTADORES: CONTINUIDAD Y SOLUCIÓN

“Respecto de la atención del afiliado en el Hospital Italiano” -resalta la Sala II en la sentencia bajo estudio- “el Fiscal advierte que ese nosocomio fue prestador de la demandada para el plan de salud del amparista hasta el 1° de octubre de 2024 (conf. correo electrónico acompañado por el actor de agosto de 2024) y, en ese contexto, considera aplicable lo dispuesto por el decreto 1993/2011, reglamentario de la ley 26.682, en cuanto reconoce que ‘[s]i por cualquier causa o razón se produce un cambio de prestador en la cartilla contratada por plan, **el usuario tendrá derecho a seguir siendo asistido en el prestador de origen de su tratamiento** hasta el alta médica de la patología existente en el momento de producirse el cambio, sin costo adicional alguno’(artículo 26).”

Vale reiterar que **la quita de prestadores en una determinada cartilla médica es un hecho tan frecuente como incómodo** de cara a los recortes acaecidos en el mapa de la salud privada. Y es, en efecto, una consulta habitual



para los operadores del derecho, en especial por parte de aquellas personas que se venían atendiendo con un galeno en concreto. Como se adelantó, llama la atención el profundo desconocimiento de este precepto contenido en el artículo 26 del Decreto 1993/2011 -que reglamenta la Ley de Medicina Prepaga-, artículo que sin haber sido modificado por las últimas oleadas reformistas a partir del DNU 70/2023, también contiene conceptos clave sobre los aumentos en las cuotas de medicina prepaga.²

El fallo citado ahonda en el valor de la continuidad del tratamiento y en la **conservación del prestador**: “...la Superintendencia de Servicios de Salud dictó el día 15 de octubre de 2009 la resolución 1025, mediante la cual, reconoce que “[l]a modificación de la cartilla de prestadores de los Agentes del Seguro de Salud no podrá afectar la continuidad de tratamiento de las prácticas asistenciales en curso de ejecución de su población beneficiaria y por el período dispuesto en la orden de práctica”, por lo que, sus beneficiarios tienen derecho a elegir continuar con esos abordajes “...sin que ello [les] implique [un] costo adicional...” (v. artículos 1° y 2°). En el caso, la Sala II “considera necesario agregar que la demandada no toma nota ni controvierte de manera concreta el hecho de que su parte tenía entre su cartilla de prestadores al Hospital Italiano cuando el afiliado inició el tratamiento” con una médica concreta -Dra. Ana Clara Roa, especialista en metabolismo y genética- del mencionado establecimiento. La solución alcanzada por el Tribunal, al margen de encontrar directo sustento en una norma (art. 26 del Decreto 1993/2011), también tiene íntegra relación con otro principio de sólidas bases en el Derecho de la Salud: aquel que recuerda que “no es recomendable introducir cambios en los tratamientos cuando tuvieron principio de

²En la reglamentación del art. 26 de la Ley 26.682, se establece que “A los efectos del mantenimiento de una adecuada calidad de servicio todo tipo de modificación posterior a la aprobación de los respectivos planes por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sea en estructura sanitaria, prestaciones y/o tecnología sanitaria de aplicación que fuera incluida en los planes de cobertura, deberá ser notificada a la Autoridad de Aplicación para su autorización, correspondiendo o no una modificación de cuota.” He tenido la oportunidad de explayarme sobre este asunto -que considero una herramienta fundamental aún no explorada acabadamente por la Justicia- al desarrollar la trascendencia del derecho a la equivalencia en un artículo titulado “El ‘derecho a la equivalencia’: llave maestra frente a los aumentos sin control en las cuotas de medicina prepaga”, publicado el 30 de abril de 2025 en el Número 1 / Mayo 2025 de la Revista de Derecho de la Salud de MICROJURIS.



ejecución (...), circunstancia pone de manifiesto la necesidad de asegurar su permanencia y continuidad (Fallos: 327:53739 y esta Sala, causas n° 2694/2013 del 13.9.2013; 5237/2012 del 22.3.2013; 8129/2007 del 14.3.2008; 2700/2017 del 19.12.2018; 10850/2018 del 3.4.2019, entre otras).”³

HACIA NUEVOS PUNTOS DE PARTIDA

Otra nota original del fallo se encuentra a la hora de analizar el reproche de la demandada cuando cuestiona la procedencia de los requeridos estudios médicos (Exoma con CNV y secuenciación con delección y duplicación de ADN mitocondrial TRIO). El fallo no solo destaca que la ley 24.901 -de Discapacidad- “reconoce a sus beneficiarios aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que provean los entes obligados conforme así lo determinen las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la norma (ver inciso b del artículo 39)”, también apunta que “la demandada no cumplió con su obligación indicando -únicamente- que la prestación solicitada no se encontraba dentro del PMO o que aquella carecía de probada eficacia y suficiente evidencia científica para otorgarla”.

También se indica que la **prepaga “debió citar al amparista** a fin de evaluar su particular situación y en su caso, **orientarlo a la prestación** que -a criterio del equipo médico interdisciplinario de la entidad- mejor se ajustara a sus necesidades”, extremo que no se verificó en la causa. Esta última cita brilla por varias cuestiones, y puede ser leída como un hilo que enhebra principios fundamentales que no siempre son debidamente ponderados. Me explico:

1) Por un lado, **traza con precisión los roles del vínculo usuario-empresa de medicina prepaga**⁴ (y, me atrevo a decir, realiza en cierto modo una exacta ponderación sobre el principio de las cargas probatorias dinámicas). El

³Causa n° 8901/2018, autos “Incidente N° 3 - ACTOR: S. V, H. T. DEMANDADO: CEMIC Y OTROS s/INCIDENTE DE APELACION”, fallo de la Sala II de la Cámara Civil y Comercial Federal, 26/05/2026.

⁴Sobre el aporte que haría una aplicación autónoma del derecho del consumidor en el marco del derecho de la salud, ver “¿Por qué necesitamos del Principio in dubio pro paciente?”, artículo de quien suscribe, publicado en LA LEY JACaba 2026 (abril), 25 JA 2026-II (cita: TR LALEY AR/DOC/680/2026).



artículo 53 de la Ley 24.240 -norma que no siempre es tan tenida en cuenta-, marca que “los proveedores deberán aportar al proceso todos los elementos de prueba que obren en su poder, conforme a las características del bien o servicio, prestando la colaboración necesaria para el esclarecimiento de la cuestión debatida en el juicio”. En la cita efectuada, la Sala II le indica a la parte más fuerte de la relación -OSDE, que es también la parte que se encuentra en mejores condiciones de facilitar esa acción para resolver el conflicto- que “debió citar a la amparista”, **ubicando en cabeza de ella un deber concreto** no en exclusivo beneficio de la parte actora, sino en pos de la situación y en definitiva, de una efectiva respuesta que hubiese -en el mejor de los casos- evitado el juicio.

2) Esta noción se emparenta de manera ineludible con el concepto de **“consumidor en situación vulnerable y de desventaja”** (Disposición 137/2024), que vino a sustituir a la categoría de “consumidores hipervulnerables” de la derogada Resolución 139/2020. La Resolución 139/2020 mencionaba a las personas con discapacidad como consumidores hipervulnerables, estableciendo entre otras cuestiones, que todos los procedimientos administrativos en los que esté involucrado un consumidor o consumidora hipervulnerable deberían observar los principios procedimentales de lenguaje accesible y el deber reforzado de colaboración. Este último aspecto implicaba que los proveedores deberían “desplegar un comportamiento tendiente a garantizar la adecuada y rápida composición del conflicto prestando para ello toda su colaboración posible”. La pauta acercada por el tribunal en el fallo “Torres” se asemeja bastante al cumplimiento de ese deber reforzado de colaboración. Cabe apuntar que **la nueva normativa -Disposición 137/2024- no menciona ni una vez a las personas con discapacidad** ni tampoco acerca principios rectores como lo era el ya mencionado deber reforzado de colaboración.

3) Las instrucciones brindadas en el fallo sobre la conducta esperable de OSDE (“la demandada no cumplió con su obligación indicando -únicamente- que la prestación solicitada no se encontraba dentro del PMO” o que “debió citar al amparista a fin de evaluar su particular situación y en su caso, orientarlo a la



prestación”) son también terreno fértil para **repensar soluciones a la siempre mencionada “judicialización de la salud”**. Quizá pueda haber procesos menos adversariales -en los que haya una real voluntad de resolver las controversias como espíritu de las partes y con una Justicia mas cercana-, y frente a comprobados incumplimientos repetidos, sanciones ejemplares y costas que en verdad desalienten el incumplimiento arbitrario.

CONCLUSIÓN. ¿ES POSIBLE UN SISTEMA “COLABORATIVO”?

Al margen de lo hasta aquí dicho, la sentencia bajo estudio cita a la SSSALUD, que en el expediente informó que “...los estudios a efectuar a cargo de los Agentes del Seguro, a partir de la consulta con especialista en genética de su cartilla, son los previstos en el acápite de Genética Humana del Anexo II del mentado PMO y, en el caso de las personas con discapacidad, conforme Artículos 11 y 39 de la Ley N° 24.901, aquellos que decida el equipo interdisciplinario tratante asignado a la afiliada. En conclusión, esta Gerencia de Control Prestacional considera responsabilidad exclusiva de la Auditoría Médica y el equipo interdisciplinario determinar **en acuerdo con el médico prescriptor de cartilla**, no sólo la conducta terapéutica a seguir y el prestador asignado al efecto, sino también su supervisión, reformulación y evaluación periódica, efectuando el seguimiento del cuadro del paciente, brindándole todas las prestaciones inherentes a su patología, en el marco de la normativa citada, **en forma suficiente, accesible y oportuna.**”.

La Cámara apunta a que se evalúe la petición del afiliado a través de la auditoria médica de la prepaga y que la demandada en definitiva “actúe en forma conjunta con el profesional que lo atiende”, coordinadas que gozan de toda lógica y que mantienen en el foco a la salud del amparista con discapacidad por sobre cualquier otra cuestión.

“Tales acciones de evaluación concreta del caso, **interacción con el profesional que atiende al afiliado y el oportuno consenso entre los especialistas** hacen a la diligencia en la concreción de su principal objetivo es



asegurar el pleno goce del derecho a la salud de sus afiliados y la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios (art. 2 de la ley 23.661 y art. 1º de la ley 26.682)”, enfatiza la sentencia, que también hace especial mérito sobre el dictamen del Cuerpo Médico Forense y la orden médica del galeno tratante, que labró una pormenorizada indicación sobre el estudio prescripto. Sobre este último es preciso recordar otro principio medular que impera en el Fuero: el médico tratante “es quien se encuentra en las mejores condiciones a los fines de determinar el tratamiento más adecuado para su paciente y es dable presumir de su parte un conocimiento acabado del caso concreto y de lo que resulta más apropiado para aquél”⁵.

En conclusión: al margen del análisis de fondo sobre la viabilidad del pedido del amparista y su resultado en tribunales, la riqueza del fallo radica en su actualidad y en la solidez con que traza directrices de lo que se espera de una demandada diligente frente a un usuario que requiere prestaciones o tratamientos. ¿Podrían estar allí las bases de un nuevo estándar en materia de salud, que de manera explícita facilite el camino de los litigantes, más aún si se trata de personas con discapacidad? ¿Serviría el -aún no desarrollado en Argentina- **principio “in dubio pro paciente”**⁶ para apalancar una nueva y reforzada concepción? En una época en la que se especula con que la crueldad se ha puesto de moda, definir procesos, funciones y responsabilidades -con rigor técnico pero con la sensibilidad necesaria que lleva a ponerle un cuerpo y un rostro al justiciable-, parece necesario para abrir la puerta hacia una sociedad más justa.

5CNCCFed., Sala III, causas 12.513/22 del 14.7.23, 51/2021 del 15.8.23 y 18.876/2022 del 26.9.23, entre otras.

6“¿Por qué necesitamos del Principio in dubio pro paciente?”, TORRES LOPEZ, Juan Bautista (h); LA LEY JACaba 2026 (abril), 25 JA 2026-II (TR LALEY AR/DOC/680/2026).