



Poder Judicial de la Nación  
CAMARA FEDERAL DE RESISTENCIA

5470/2025

SAPENA, MARCELO DANIEL c/ OBRA SOCIAL UNIÓN DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION -UPCN- s/AMPARO LEY 16.986

Resistencia, 12 de febrero de 2026. MM

VISTOS:

Estos autos caratulados: "SAPENA, MARCELO DANIEL c/ OBRA SOCIAL UNIÓN DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACIÓN -UPCN- s/ AMPARO LEY 16.986", Expte. FRE N° 5470/2025/CA1, provenientes del Juzgado Federal N° 1 de la ciudad de Formosa;

Y CONSIDERANDO:

I. Que arriban los autos a conocimiento y decisión de esta Alzada con motivo del recurso de apelación incoado por la demandada contra la sentencia de primera instancia de fecha 29/09/2025 que hizo lugar a la acción promovida por el Sr. Marcelo Daniel Sapena, en representación de su hija menor de edad, L.A.S., contra la Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación y, en consecuencia, ordenó a la misma que otorgue un implante de conducción ósea de uso interno permanente: tipo MEDE-EL BONEBRIDGE BCI 602 CON PROCESADOR DE AUDIO SAMBA 2 EN AMBOS OÍDOS y la cobertura de los controles postoperatorios inmediatos y luego periódicos, durante 12 meses posteriores, a contar desde que la menor ha sido intervenida quirúrgicamente. Asimismo, rechazó la citación de terceros invocada, impuso las costas a la accionada y reguló honorarios.

II. Contra dicha decisión la demandada interpuso recurso de apelación el día 01/10/2025, cuyos agravios sintetizados son los siguientes:

Aduce que la sentencia recurrida, desconoce las reglas en materia de valoración de prueba. En tal sentido, cuestiona que pese la



contraposición evidente de los intereses y realidades expuestas por ambas partes del litigio y la existencia de hechos controvertidos susceptibles de acreditación probatoria, el Juez haya impedido la producción de pruebas.

Afirma que tales errores importan una vulneración del derecho a la tutela judicial efectiva de su parte, por lo que entiende procedente la declaración de nulidad de la resolución, la que califica de arbitraria.

Invoca la inexistencia actual de vínculo jurídico entre las partes del litigio, lo que -a su entender- determina la falta de legitimación pasiva de Unión Personal, la que no ha sido considerada válidamente.

En relación a tal aspecto, puntuiza que la documental acompañada por su parte demostró que el titular contaba con una baja programada con vigencia 01/09/2025 y que la afiliación -hasta esa fecha- estaba dada por un seguro de desempleo.

Rechaza que se la condene a la cobertura en razón de no existir vínculo jurídico actual y haberse dictado la sentencia con posterioridad a la baja (informada en la contestación de demanda).

Critica la decisión por cuanto no se advirtió que la prescripción médica no cumple con la normativa, en tanto se encuentra prohibida la prescripción médica por marca (Resolución del Ministerio de Salud N° 201/2002). Al respecto aclara que su parte ofreció una alternativa por lo que, afirma, no existió negativa.

Cuestiona el informe médico acompañado -base para el rechazo de la prótesis ofrecida- en el entendimiento de contener exposiciones sin respaldo, al no haberse acreditado el resultado de las pruebas de los equipos en la menor, a las que refiere.

Explica que las especificaciones técnicas expuestas por la médica de "implante de osteointegración con procesador" llevan indefectiblemente a las marcas importadas más costosas de implante coclear.

Destaca que el aumento de los costos que entrañaría una sentencia condenatoria terminaría siendo soportado por los restantes afiliados de Unión Personal, lo que llevaría a un desequilibrio financiero que provocaría una severa conmoción en su funcionamiento en desmedro y perjuicio de los demás asociados.



Señala que, de acuerdo a lo establecido tanto en el Programa Médico Obligatorio normado por la Resolución N° 939/00 del Ministerio de Salud y Programa Médico Obligatorio de Emergencia establecido por Resolución N° 201/2002 del Ministerio de Salud, dicha práctica no figura incluida dentro de las prestaciones médico obligatorias, por cuanto ninguna de las previsiones del PMO puede ser aplicada al caso ya que es considerado una herramienta tecnológica que ni siquiera fue considerada para ingresar dentro de las características de una prótesis u ortesis - cobertura incluida-. Sin perjuicio de ello, insiste en la ausencia de negativa de la cobertura médico asistencial requerida, con la salvedad de entender que la misma debe ser otorgada en condiciones de igualdad.

Insiste en la falta de valoración del costo del implante en el marco de emergencia pública en materia sanitaria -DNU 70/2023-, lo que - interpela- debe merecer consideración.

Cuestiona el rechazo al pedido de citación de tercero (Estado Nacional).

Por último, mantiene la reserva del Caso Federal y realiza petitorio de estilo.

En fecha 03/10/2025 se concedió el recurso de apelación en relación y con efecto devolutivo.

Corrido el pertinente traslado, fue contestado por la actora y por la representante de la Defensoría Pública Oficial, en base a argumentos a los que remitimos en honor a la brevedad.

Elevadas las actuaciones a esta Alzada, se llamó Autos para sentencia en fecha 05/11/2025.

III.- Expuestos de la manera que antecede los argumentos esgrimidos por la demandada para fundar su apelación, corresponde abocarnos a su tratamiento.

a) Inicialmente, en punto a la tacha de arbitrariedad denunciada cabe señalar que son sentencias arbitrarias aquéllas que presentan defectos de tal gravedad y entidad que no pueden ser calificadas genuinamente como tales, aunque hayan sido suscriptas por un juez o tribunal. Como ha dicho la Corte Suprema son aquéllas que presentan "omisiones y desaciertos de gravedad extrema en que, a causa de ellos, las sentencias quedan descalificadas como actos judiciales" (Fallos



244:384). Dijo también el Máximo Tribunal que "si el fallo apelado, dictado por los jueces de la causa, es fundado y serio, aun cuando pueda discutirse con base legal la doctrina que consagra o sus consecuencias prácticas, no resulta aplicable la jurisprudencia excepcional establecida en materia de arbitrariedad" (Fallos 237:69) toda vez que "...la impugnación por arbitrariedad no consiste exclusivamente en la mera disconformidad con la interpretación que hacen los tribunales de justicia de las leyes que aplican, en tanto no exceden las facultades que son propias de su función...y cuyo acierto o error no incumbe al Tribunal revisar" (Fallos 237:142).

Por lo demás, la exigencia de motivación de las resoluciones judiciales, no implica necesariamente que el juez deba volcar en ellas una exhaustiva descripción del proceso que lo llevó a resolver en determinado sentido, ni a enumerar en detalle las circunstancias fácticas que le sirvieron de sustento.

En orden a ello, al principio de validez del acto jurisdiccional, y teniendo en cuenta que no se advierte autocontradicción, excesivo rigor formal y menos aún error axiológico inexcusable en la interpretación de la ley que autorice la descalificación del fallo, debe estarse a su validez.

b) Zanjado lo anterior, respecto al primero de los embates efectuados por la recurrente que refiere a la producción de pruebas, es de señalar que si bien es cierto que no se ordenó la producción de la prueba informativa que ofreciera en oportunidad de presentar el informe de ley, se advierte que la decisión de la Jueza de llamar Autos para dictar sentencia, sin ordenar su producción, ha sido consentida por las partes. Ergo, lo expuesto por la demandada deviene reflexión tardía por aplicación del principio de preclusión procesal.

Ahora bien, en tarea de resolver, resulta dable precisar que las presentes actuaciones fueron promovidas por el Sr. Marcelo Daniel Sapena, en representación de su hija menor de edad -6 años-, a fin de que se ordene que la cobertura de la práctica de IMPLANTE DE CONDUCCIÓN ÓSEA DE USO INTERNO PERMANENTE EN AMBOS OÍDOS, sea realizado con el material indicado por el médico tratante (tipo MEDE-EL BONEBRIDGE BCI 602 CON PROCESADOR DE AUDIO SAMBA 2 EN AMBOS OÍDOS) y que dicha práctica médica sea realizada en la Clínica "SARMIENTO", de la ciudad de Formosa, por su médico tratante Dr. Sebastián Gaspar. Asimismo, solicita se libren los fondos de DÓLARES ESTADOUNIDENSES TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS



(U\$S 33.800) para la adquisición del dispositivo con más la suma de PESOS DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL (\$ 2.200.000) para el pago de honorarios profesionales y sanatoriales.

Cabe aclara que no obra controvertido en autos el diagnóstico de la menor ni la necesidad de ser sometida a la práctica solicitada - implante-, tampoco la circunstancia de ser una persona con discapacidad en los términos de la Ley N° 24.901, conforme el Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente, (Hipoacusia conductiva bilateral. Presencia de otros dispositivos especificados), que acompaña.

Se constata, a partir del certificado médico extendido por el Dr. Sebastián Alejandro Gaspar -Otorrinolaringólogo-, en fecha 22/12/2023 que la niña presenta: "DISGENECIA DEL PABELLÓN AURICULAR BILATERAL e HIPOACUSIA DE CONDUCCIÓN BILATERAL PROFUNDA CON ANTECEDENTES DE MICROTIA GRADO III" y FLAP (Fisura labio albeolo palatina) y que en tal oportunidad se encontraba usando una vincha con procesadores marca BAHA de los cuales solo uno se hallaba en funcionamiento. Asimismo, indica que dicha herramienta ya no resultaba suficiente para el adecuado desarrollo y crecimiento de la niña, razón por la cual y, tras la realización de pruebas, dicho profesional indicó la colocación de dispositivos de conducción ósea activos transcutáneos con procesador de audio Samba 2 en ambos oídos.

Relata el actor en su escrito postulatorio -en representación de la menor-, que luego de más de un año de tratativas con la Obra Social, en fecha 11 de marzo del 2025 es notificado de la Orden de Prótesis Gral. N° 6588 del 26/02/2025 que autoriza la adquisición del dispositivo en cuestión, pero no con las características sugeridas por el médico, sino de un dispositivo modelo OSIA OS1200. Por tal motivo, el 23/05/2025 presentó una nota reiterando el pedido de la compra del dispositivo Marca Bonebridge BCI 602 con procesador de audio Samba 2 en ambos oídos, adjuntando el informe expedido por el médico tratante, que especifica las características del dispositivo pretendido y sus ventajas comparativas con otro dispositivo -que aquí se dan por reproducidas-.

Surge de la documental acompañada que, ante dicho pedido, la Obra Social precisó -mediante orden de reclamo N° 44746 del 29/05/25- que: "los pedidos no deben dirigirse por marca/modelo (las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedores o especificaciones técnicas que



orienten la prescripción encubierta de determinado producto...)...el rechazo médico, deberá indicar puntualmente por qué medicamente el elemento ofrecido no se ajusta a la patología de la niña" (sic).

Por tal razón, señala que en fecha 11/06/2025 presentó ante la demandada la solicitud del profesional con las características del dispositivo idóneo, de manera genérica, conforme a las exigencias de la Obra Social, sin que hasta la fecha se tenga respuesta alguna.

Ahora bien, promovida la acción y en ocasión de producir el informe circunstanciado previsto en el art. 8 de la Ley N° 16.986, la accionada rechazó que hubiera existido negativa de la cobertura pretendida en tanto autorizó el dispositivo de implante coclear COCHLEAR OSIA OSI200 – alternativa-. Asimismo, informó que debido al distracto de la empleadora del actor, se encontraba programada la baja de su afiliación para el día 01/09/2025. Por tal motivo, supeditó el cumplimiento de cualquier prestación a la vigencia de dicha afiliación.

Expuesta la plataforma fáctica y las posturas de las partes, a fin de determinar si existe arbitrariedad e ilegalidad en el obrar de la demandada, caben efectuar las consideraciones que siguen.

La función del amparo consiste en examinar la legitimidad del o de los actos impugnados con la finalidad de lograr, en su caso, la anulación del acto lesivo del derecho fundamental restableciendo este último (Cfr. Díaz Solimine, Omar Luis, Juicio de Amparo, Colección Procesos Civiles, Vol. 13, Ed. Hammurabi, Buenos Aires, 2003, pág. 47).

Por lo tanto, el amparo, además de ser una acción, es un derecho constitucional que llama a los Tribunales a intervenir proactivamente, en este caso, a una protección efectiva al derecho a la salud, calidad de vida y dignidad de las personas afiliadas a obras sociales o de medicinas prepagas en donde se encuentra en juego el orden público (Brest, Irina D., 23-11-2018, Cita: MJ-COD-13777-AR "Acción de Amparo contra Obras Sociales o Medicinas Prepagas").

Explicitado lo anterior y de conformidad a las constancias de autos entendemos que se han excedido los límites de lo que razonablemente correspondía a la accionada arbitrar evitando obstáculos a la cobertura íntegra del tratamiento de la menor discapacitada.

Ello vulnera de modo manifiesto la protección del derecho a la salud consagrado constitucionalmente.



En el contexto descripto no es ocioso señalar que entre los intereses en juego en el presente subyace un derecho tan ostensible y esencial como lo es el derecho a la salud -comprendido dentro del derecho a la vida- reconocido en el plexo de normas con jerarquía constitucional que gozan de operatividad, lo que ha sido puntualizado reiteradamente por la Corte Suprema (Fallos: 323:3229 y 324:3569, y sus citas y otros).

Desde la jurisprudencia se precisó reiteradamente que el derecho a la salud representa uno de los aspectos del derecho a la vida, y su reconocimiento como prerrogativa personalísima posee expresa raigambre constitucional con la incorporación como Ley Suprema de los tratados internacionales que así lo receptan (art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, art. 25-1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y art. 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, entre otros).

Tales pautas han sido recogidas por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en cuanto tiene dicho que "lo dispuesto en los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22 de la Ley Suprema) reafirma el derecho a la preservación de la salud - comprendido dentro del derecho a la vida- y destaca la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones sociales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepagada" (Fallos: 323:3229).

Ahora bien, en el ejercicio de las prestaciones médico-asistenciales las Obras Sociales integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud en calidad de agentes naturales del mismo y están sujetas a las disposiciones y normativas que lo regulen (art. 3º, Ley Nº 23.660), debiendo adecuarse a sus directivas básicas, que tienen "como objetivo fundamental proveer al otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones, eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva." (art. 2º, párrafo 1º, Ley Nº 23.661); (Confr. Vázquez Vialard, A., Derecho del



Trabajo y de la Seguridad Social, Ed. Astrea, Bs. As., 1992, tomo 2, págs. 599/600).

Por lo demás, el sistema de Obras Sociales, como parte de la Seguridad Social, comparte los fines de la misma, por lo que su implementación no debe concebirse en forma restrictiva sino procurando brindar prestaciones integrales (conf. art. 14 bis C.N.; art. 2 Ley N° 23.661).

Tampoco podemos soslayar que en el caso se encuentra involucrada una menor de edad, resultando de aplicación obligatoria lo dispuesto por la Convención sobre los Derechos del Niño (Ley N° 26.061), la que establece -entre otras cuestiones- que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud, lo que debe ser garantizado por el Estado (art. 14).

Desde el punto de vista de la legislación de orden nacional que rige la materia, cabe precisar que la Obra Social demandada –Unión Personal Civil de la Nación- es uno de los agentes del seguro de salud comprendido por el artículo 1 de la Ley N° 23.660 y como tal está sujeto al cumplimiento del denominado “Programa Médico Obligatorio”. Tal como lo señalara dicha parte, el mencionado programa fue establecido por la Resolución 939/2000 del Ministerio de Salud y la subsiguiente Resolución 201/2002 del mismo organismo.

En efecto, el Estado Nacional ha definido el Programa Médico Obligatorio señalando que constituye un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto (considerando 31 de la Resolución N° 939/2000). Destaca, además, que debe quedar garantizado el mecanismo para la actualización del Programa Médico Obligatorio en virtud del carácter dinámico del conocimiento científico, estableciendo una metodología de análisis para la incorporación de tecnologías que asegure la probada eficacia de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico a financiar por la Seguridad Social (considerando 81 de la Resolución N° 939/2000). Y, por último, que los Agentes del Seguro son responsables de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de sus beneficiarios y no meros finanziadores de las prestaciones (considerando 91 de la Resolución N°



939/2000). De este modo el propio Estado Nacional ha caracterizado que el programa implementado: a) constituye un piso básico de prestaciones; b) es mutable y se nutre de las nuevas técnicas y c) tiene un fin integral que supera el mero sufragio económico de la práctica médica. (Cám. Fed. Apel. La Plata, "Paglia", 11/12/2008).

El PMO constituye así un estándar mínimo de protección -piso prestacional-, pero no debe considerarse una enumeración taxativa. Las necesidades de la población en materia de salud se incrementan en forma continua mientras que la reglamentación estatal no necesariamente contiene los consensos comunitarios actuales tendientes a satisfacerlas, debido entre otras circunstancias a los continuos avances científicos y tecnológicos en la ciencia médica (Cfr., CNACCF, Sala III causa 9440/08 "Reyna" del 2.3.10, ver sitio web <http://www.pjn.gov.ar>).

En otro precedente nuestro Máximo Tribunal calificó de indudable la obligación de la obra social de garantizar las prácticas que faciliten una mejor expectativa de vida, de acuerdo con los recursos científicos con que cuenta el país y la amplitud de las prestaciones previstas en la Ley N° 24.091, sobre protección integral de las personas con discapacidad ("Maldonado", consid. 18). (Cfr. Bazán Víctor, Derecho a la Salud y Justicia Constitucional, Ed. Astrea, Buenos Aires, 2013, pág. 194).

Asimismo, por estar involucrada una persona con discapacidad de conformidad se encuentra acreditado en autos, se torna aplicable el art. 75 inc. 23 C.N., en tanto estatuye "legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato (...) en particular respecto de (...) las personas con discapacidad".

Por su parte, la Ley N° 24.091 de "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilización y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad", en su art. 1º 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" y en su art. 2º establece la obligación de las obras sociales a otorgar cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.



A ello cabe agregar que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo, aprobado por Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, adquirió jerarquía constitucional mediante Ley N° 27.044.

La misma dispone en su art. 7, punto 1: "Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas". Punto 2: "Los Estados Partes garantizarán que los niños y niñas con discapacidad tengan derecho...a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho".

El contrato queda integrado, entonces, no sólo con reglamentaciones internas de la accionada sino también con dichas leyes que hacen inmediatamente operativa la obligación de los agentes de salud y de las empresas médicas de cubrir, en forma "integral", las prestaciones enumeradas en dichos plexos normativos.

Se debe ponderar que el Alto Tribunal ha sostenido que "...los discapacitados, a más de la especial atención que merecen de quienes están directamente obligados a su cuidado, requieren también la de los jueces y de la sociedad toda, siendo que la consideración primordial del interés del incapaz, viene tanto a orientar como a condicionar la decisión de los jueces llamados al juzgamiento de estos casos" (conf. Corte Suprema, in re "Lifschitz, Graciela Beatriz y otros c/ Estado Nacional", del 15-6-04; en igual sentido, doctrina de Fallos: 322:2701 y 324:122).

Delimitado el marco normativo aplicable, resulta dable indicar que la demandada sostiene su negativa a cubrir las prestaciones ordenadas, centrándose -por un lado- en la inexistencia actual de vínculo jurídico entre las partes en razón de haberse operado la baja del titular a partir del mes de 01/09/2025 (a causa del distracto con su empleadora que tuvo lugar en fecha 31/10/2024, extendiéndose la vigencia de la afiliación en virtud del seguro de desempleo).

Al respecto, el art. 10 de la Ley N° 23.660 establece que, en caso de extinción del contrato de trabajo, los trabajadores que se hubieren desempeñado en forma continua durante más de 3 meses, mantienen su calidad de titulares de derecho de la obra social por un período de 3 meses, contados desde la finalización de la relación laboral sin obligación de efectuar aportes. Que por aplicación de la Resolución D.E.-



A 1203/03, a partir del plazo mencionado o al mes siguiente a la liquidación del desempleo, si es que el titular no registra antigüedad en la obra social, los titulares y su grupo familiar continuarán recibiendo cobertura médica durante la Prestación por Desempleo.

Por lo tanto, de las constancias de autos y del relato de las partes -inclusive de la propia recurrente- surge con palmaria claridad que, al momento de la promoción de la acción, el vínculo jurídico de las partes se encontraba vigente, ergo resulta inadmisible la defensa de la accionada tendiente a eximirse de la obligación de cobertura fundada en la posterior baja.

En efecto, la negativa de la recurrente respecto a la autorización del implante indicado por el médico tratante -superada la cuestión afiliatoria- cede frente a la normativa antes referida, máxime contemplando la urgencia y necesaria concreción de la práctica en los términos explicados por el profesional, quien en la nota de fecha 22/05/2025 precisó que "la cirugía debe ser realizada lo antes posible en beneficio de la paciente cuyo trastorno de comunicación le impide progresar, ocasionando trastornos anímicos importantes que acrecientan su grado de frustración, cuyo deterioro es manifiesto con el correr del tiempo, por lo tanto, el implante BONEBRIDGE BCI 602 debe ser considerado una indicación absoluta y de urgencia, teniendo en cuenta que a mayor tiempo de privación auditiva empeora la posibilidad de rehabilitación".

En punto al aserto esgrimido respecto a la prohibición de la prescripción por marca es de advertir que en el presente caso, la conveniencia de las características del insumo indicado a los fines de llevarse a cabo la cirugía (implante), surge de la prescripción médica de los galenos tratantes. En tal sentido, la Dra. Valeria Jantus - Fonoaudióloga- indicó, en la constancia médica de fecha 24/06/2025, que la niña fue evaluada con diferentes dispositivos de conducción ósea obteniendo mejor rendimiento con Apolon (dispositivo que se utiliza para verificar el rendimiento del procesador Samba 2) razón por la que concluyó en el beneficio para la menor de la colocación del implante activo de conducción ósea y procesador SAMBA 2.

Con idéntico criterio, el Dr. Sebastián Alejandro Gaspar, en la nota de fecha 22/05/2025 remitida a la Obra Social se expuso en las razones por las que el implante solicitado satisface las necesidades auditivas de la menor, en comparación con la alternativa ofrecida por la accionada.



Así expuso, entre otras consideraciones que: "...es más seguro colocar un Bonebridge a un OSIA por el espesor óseo del hueso de la porción escamosa del hueso temporal, que al colocar el tornillo del OSIA que es más grueso y requiere una trepanación a ciegas, conlleva el riesgo de una lesión inadvertida de la arteria meníngea media o unas de sus ramas con el riesgo de provocar un hematoma extradural inadvertido...", "...además de aumentar el riesgo de traumatismo... - alternativa ofrecida-", "... la transición flexible del BONEBRIDGE BCI 602 permite adaptarse a la anatomía del paciente, mientras que el diseño monolítico de OSIA 2 lo impide, esto es importante en niños donde el tamaño del cráneo es menor y con el crecimiento va cambiando el tamaño del cráneo y la flexibilidad del Bonebridge permite que quede menos "sobresalido" aportando mayor seguridad para evitar que el implante quede más separado del cráneo y que no quede expuesto a roturas por golpes, etc.".

Al respecto, la indicación de un elemento en particular -en función de características propias- se halla en directa relación con las necesidades de quien en definitiva va a utilizarlo por lo que, en principio, debe estarse a lo que se haya indicado de parte de los profesionales médicos tratantes. Así, se ha expresado de parte de la jurisprudencia que "la indicación de una marca y modelo específico de audífonos tampoco puede obstar a la admisibilidad del reclamo. Si bien es cierto que la normativa vigente establece que la prescripción de prótesis y órtesis debe ser realizada en forma genérica y sin la indicación de marca, ello no puede impedir que en casos particulares, realizando un examen de alternativas con que se cuenta y las necesidades del paciente, se pueda requerir un elemento específico, siempre que -claro está- esa selección cuente con fundamentos que le den respaldo, como aquí ha sucedido. Máxime cuando en el caso no ha mediado ofrecimiento alguno de elementos alternativos que pudieran sustituir al que indicaron los profesionales intervinientes, de modo que -en ausencia de otras pruebas- resulta pertinente estar a lo prescripto por aquéllos".(CN Civ. y Com. Fed. Sala II, en autos: "Acuña Daiana Salange c/ Agrupación Salud Integral Profe y otro s/ amparo", 11/05/2010, MJ-JU-M-57511-AR)". (Luis R. Carranza Torres, Protección jurídica de la salud, 1º ed., Córdoba, Alveroni Ediciones, 2013, p. 197/198).

Asimismo, "el ofrecimiento de una alternativa no es procedente en aquellos casos en que la prótesis prescrita por el médico tratante, no



se puede indicar de manera genérica como una droga, por generar cada tipo de prótesis, merced a sus distintas características, diversos resultados según cada individuo. En cualquier caso, la prestadora de salud no puede arrogarse la facultad de brindar la cobertura que le resulte más conveniente en la institución que lo comercialice al precio más beneficioso, sin tener en cuenta lo recetado fundamentalmente por el médico tratante". (ídem, p. 199)

Es dable destacar que los profesionales encargados del abordaje clínico del menor discapacitado poseen una amplia libertad para escoger el método, técnica o medicamento que habrá de utilizarse para afrontar la enfermedad, y tal prerrogativa queda limitada tan sólo a una razonable discrecionalidad y consentimiento informado del paciente. (Cámara Federal de Apelaciones de La Plata, Sala III, "Q., A. c. INSSJP (PAMI) s/ Prestaciones médicas", 08/08/2019, Cita Online: AR/JUR/27251/2019).

Estimamos, además, que en patologías de salud, la dignidad de la paciente importa respetar la opinión de los profesionales médicos en quienes deposita su confianza para su curación, máxime teniendo en miras la compleja situación clínica de la menor. Motivos que determinan a desestimar el agravio analizado.

No puede escapar a este examen que la protección y la asistencia integral a la discapacidad constituye una política pública de nuestro país; y, en segundo, que lo decidido en el sub lite compromete el "interés superior" de una menor, cuya tutela encarece, elevándolo al rango de principio, la Convención Sobre los Derechos del Niño (v. Fallos: 318:1269; 322:2701; 323:854, 2021; 2388; 3229; 324:122, 908, 1672) de jerarquía constitucional con arreglo al artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional (v. Fallos: 318:1269; 319:3370; 320:1292; 322:328; 323:854; 325.292). A este respecto conviene recordar que los menores, máxime en circunstancias en que se encuentra comprometida su salud y normal desarrollo, a más de la especial atención que necesitan de quienes están directamente obligados a su cuidado, requieren también la de los jueces y de la sociedad toda.

Desde tal perspectiva, la obra social se encuentra obligada a otorgar cobertura total (íntegra) de las prestaciones básicas que requieran las personas con discapacidad afiliadas a la misma, conforme fueran prescriptas por la profesional que la atiende.



Sentado lo anterior concluimos en que la negativa de la recurrente de la cobertura solicitada, cede frente a la normativa antes referida.

Por lo tanto, argumentos como los que pretende introducir la Obra Social accionada para justificar la negativa a otorgar las coberturas solicitadas no resulta excusable para eximirse de la obligación.

Determinado lo que antecede, respecto al cuestionamiento relacionado con los costos de la prestación y la eventual afectación del sistema solidario que rige a su parte, conviene recordar que la doctrina de la Corte Suprema de la Nación ha sido constante en este aspecto, refiriéndose al habitual argumento del desequilibrio financiero que produciría el otorgamiento de la cobertura contractual o legalmente requerida. En este sentido, el más Alto Tribunal ha sostenido la insuficiencia de la alegación en tanto no se demuestre el desequilibrio y que, asimismo, las obras sociales deberían justificar la relación entre ese desequilibrio y algún derecho constitucional. Recién luego podría el tribunal evaluar si el peso del derecho afectado logra ser suficiente para justificar la restricción al derecho a la salud de las personas que se protege a través de la extensión de la referida obligación. (Corte Sup., 8/4/2008, "Unión de Usuarios y Consumidores v. Compañía Euromédica de Salud s/ amparo"; Corte Sup., "Hospital Británico", Fallos 324:754; etc).

En igual medida, la recurrente tampoco indica de manera precisa ni ha demostrado el perjuicio concreto que la decisión impugnada podría causarle, en tanto apela a afirmaciones dogmáticas sobre el impacto económico de cubrir el tratamiento en cuestión, sin brindar información alguna sobre las consecuencias que ello tendría en su estructura financiera, su equilibrio presupuestario o bien en la atención particular de otros afiliados.

Finalmente, en lo referido a la queja articulada como consecuencia del rechazo de la citación, como tercero, del Estado Nacional, resulta dable señalar que la organización del sistema de salud argentino presenta un actor principal, el Estado Nacional, que es el responsable de la conducción general del esquema sanitario, y sus redes de establecimientos públicos de salud; y actores secundarios que son las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, quienes participan en la gestión directa de las acciones (cfr. Guzmán, Alfredo Silverio, Responsabilidad del Estado como garante del derecho a la atención sanitaria, La Ley, Buenos Aires, 2021).



En cuanto a la obligación del Estado Nacional de proteger la salud pública, es criterio consolidado de la Corte Suprema de Justicia de la Nación su reconocimiento, pues “está comprendido dentro del derecho a la vida, que es el primer derecho natural de la persona humana preexistente a toda legislación positiva, por lo que frente a ellos los restantes valores siempre tienen carácter instrumental”, (Fallos: 302:1284) entendiéndose que “en el preámbulo de la Constitución ya se encuentran expresiones referidas al bienestar general, objetivo preeminente en el que, por cierto, ha de computarse con prioridad indiscutible la preservación de la salud” (Fallos: 323:1339; 324:754; 325:292; 326:4931; 329:2552; 330:2340).

De tal manera, se reconoce la responsabilidad del Estado en su rol de garante del derecho a la salud, siendo el Ministerio de Salud la autoridad de aplicación que fija las políticas generales y es también el organismo designado en la Ley N° 23.661 para llevar a cabo la política de medicamentos.

En tal carácter, le corresponde “articular y coordinar” los servicios asistenciales que prestan los agentes de salud, los establecimientos públicos y los prestadores privados “en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país” (arts. 3, 4, 7, 15, 28 y 36 de la ley 23.661). (Cámara Federal de Apelaciones de Salta, in re: “Inc. de Ap. en Bejarano, Mirta Emilia Rosana c/ Obra Social de la Policía Federal Argentina - Ministerio de Salud de la Nación y otro s/ Amparo Ley 16.986”, Expte. 102/2021 del 15/6/21).

Es que “resulta evidente la función rectora que ejerce el Estado Nacional en el campo de la salud y la labor que compete al Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación, para garantizar la regularidad de los tratamientos sanitarios coordinando sus acciones con las obras sociales y los estados provinciales, sin mengua de la organización federal y descentralizada que corresponda para llevar a cabo tales servicios” (Fallos: 323:3229 y 330:4160).

Quiere decir, pues, que en el orden en el que fue establecido el sistema, la responsabilidad última recaerá sobre el Estado Nacional, pero antes que para afrontar la cobertura de salud en un caso determinado, lo será para poner en funcionamiento el aparato de control sobre los agentes que se encuentran sujetos a la fiscalización de la



actual Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación dependiente del Ministerio de Salud, organismo que debe disponer de medidas concretas para garantizar la continuidad y normalización de las prestaciones sanitarias a cargo de los mencionados agentes y, en especial, el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) (confr. arts. 1, 3, 15, 27 y 28 de la ley 23.660; arts. 2, 9, 15, 19, 21, 28 y 40 de la ley 23.661; Decreto 492/95 -arts. 1, 2 y 4- y 1615/96 -arts. 1, 2 y 5-; Resolución 247/96 MS y AS).

Bajo ese prisma se afirmó que la responsabilidad del Estado lo es como garante último de todo el sistema de salud, tanto para implementar y actualizar las normas aplicables, como también para controlar a los efectores -obras sociales y empresas de medicina prepagada- en el cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

No resulta ocioso indicar que la SSS es quien administra el Fondo Solidario de Redistribución del Sistema Nacional del Seguro de Salud (Ley Nº 23.661) y que el actor no realizó reproche alguno a la Superintendencia de Seguros de la Nación ni al Ministerio de Salud de la Nación, por el incumplimiento de funciones específicas, ni por violaciones a la normativa vigente.

Tampoco invocó ni acreditó la demandada la existencia de acciones u omisiones específicas, imputables al Estado que impliquen incumplimiento de sus funciones y puedan acreditar la existencia de una "controversia común".

Por lo tanto, no corresponde que sea analizada en este caso, la responsabilidad del Estado Nacional como garante de la preservación del derecho a la salud, en virtud de lo dispuesto en los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22, de la Ley Suprema), dado que la responsabilidad directa y primaria recae en la Obra Social demandada y ésta no acreditó que le resulte imposible afrontar el costo que implica la cobertura requerida.

Sobre la base expuesta y con arreglo a los principios constitucionales y convencionales que rigen en la materia, sólo cabe concluir en que el decisorio apelado resulta correcto.

Por consiguiente, procede la confirmación del decisorio en crisis.

IV.- Teniendo en cuenta las consideraciones precedentes y la forma en la que se resuelven los cuestionamientos de la recurrente, las costas de Alzada deben ser soportadas por la demandada conforme al



principio objetivo de la derrota (art. 68 del CPCCN y art. 14 de la Ley N° 16.986).

Los honorarios de esta instancia procede regularlos de conformidad con lo previsto en los arts. 16, 20, 48 y 51 en función del art. 30 de la Ley N° 27.423 y teniendo en cuenta el valor actual de la UMA según Resolución SGA N° 36/2026 de la C.S.J.N. (\$87.342 a partir del 01/12/2025).

Se tiene en cuenta además que las escalas arancelarias en general refieren al patrocinio de la parte vencedora, por lo que para regular los honorarios de los letrados de la demandada debe considerarse el carácter de vencidos.

Por ello se fijan en las sumas que se determinan en la parte resolutiva.

Por los fundamentos expuestos, por mayoría, SE RESUELVE:

I. RECHAZAR el recurso de apelación interpuesto por la demandada en fecha 01/10/2025 y, en su consecuencia, CONFIRMAR la sentencia del día 29/09/2025.

II. IMPONER las costas de Alzada a la accionada vencida. A tal fin, REGÚLANSE los honorarios de los profesionales intervenientes como sigue: Dra. Patricia Elizabeth Cappello y María Cristina Erico, como patrocinantes, en la cantidad de 3,5 UMA equivalentes en la actualidad, a PESOS TRESCIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE (\$305.697) a cada una, y a la Dra. Gabriela Noemi Scelatto en 6 UMA equivalentes actualmente a PESOS QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL CINCuenta Y DOS (\$524.052) en carácter de patrocinante y 2.4 UMA equivalentes a PESOS DOSCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS VEINTIUNO (\$209.621) por su intervención en el doble carácter. Más I.V.A. si correspondiere.

III. COMUNICAR a la Dirección de Comunicación y Gobierno Abierto de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (conforme Acordada N° 10/2025 de ese Tribunal).

IV. REGÍSTRESE, notifíquese y devuélvase.

NOTA: De haberse suscripto por los Sres. Jueces de Cámara que constituyen la mayoría absoluta del Tribunal (art. 26 Dto. Ley N°



1285/58 y art. 109 del Regl. Just. Nac.) en forma electrónica (arts. 2 y 3 Ac. N° 12/2020 CSJN). CONSTE.

SECRETARÍA CIVIL N° 1, 12 de febrero de 2026.

