

PRINCIPIO DE REALIDAD: LA SALUD FRENTE A SU LÍMITE

PRINCIPIO DE REALIDAD: LA SALUD FRENTE A SU LÍMITE

INTRODUCCIÓN

El punto de partida es sencillo, aunque incómodo: **el derecho no puede exigirle a la salud lo que la economía no puede darle a la medicina.** Esta afirmación, lejos de implicar una negación del valor del derecho a la salud, pretende ubicarlo dentro de su verdadera condición de posibilidad. No se trata de disminuir derechos, sino de evitar que se los convierta en fórmulas retóricas, proclamaciones solemnes o promesas imposibles de cumplir.

En el discurso jurídico contemporáneo suele hablarse de derechos como si ellos existieran en un plano autosuficiente, independiente de la estructura económica, institucional y tecnológica que hace posible su realización. Sin embargo, la experiencia demuestra exactamente lo contrario: todo derecho que exige prestaciones positivas requiere organización, presupuesto, personal, infraestructura, criterios de priorización y, sobre todo, una teoría seria de sus límites. Allí aparece con fuerza **el principio de la realidad, entendido no como una renuncia al ideal constitucional, sino como la condición que impide que el ideal se convierta en una fórmula vacía.**

Este problema se vuelve todavía más grave en materia sanitaria. La medicina moderna ha generado avances enormes, pero cada avance agrega nuevos costos, nuevas expectativas y nuevas exigencias de cobertura. La técnica multiplica las posibilidades, pero también multiplica el precio de hacerlas efectivas. Por eso, cuanto más progresa la medicina, más necesario se vuelve pensar jurídicamente el costo de los derechos.

1. EL DERECHO NO LE PUEDE EXIGIR A LA SALUD LO QUE LA ECONOMÍA NO LE PUEDE DAR A LA MEDICINA

Toda construcción jurídica seria en materia de salud debería partir de una verdad elemental: la medicina no opera en el vacío. Para diagnosticar, tratar, prevenir, prolongar la vida o mejorar su calidad, necesita recursos materiales. Necesita hospitales, clínicas, profesionales, tecnología, medicamentos, laboratorios, prótesis, dispositivos, logística, administración y financiamiento. Nada de eso surge por generación espontánea.

Por eso, **cuando se afirma que el derecho a la salud debe ser garantizado, es indispensable preguntarse qué significa garantizarlo en términos concretos.** Porque una cosa es enunciar un derecho y otra muy distinta es contar con los medios necesarios para hacerlo efectivo. En otras palabras, **el derecho formula exigencias, pero la medicina sólo puede responder en la medida en que la economía lo permita.**

Esta idea suele ser resistida porque parece introducir una lógica "economicista" en un ámbito que se considera moralmente superior. Sin embargo, el verdadero riesgo no es reconocer la incidencia del costo, sino negarla. Cuando el derecho desconoce las restricciones económicas del sistema sanitario, no fortalece los derechos: los vuelve inviables. Un derecho cuya satisfacción depende de recursos inexistentes termina siendo, tarde o temprano, un derecho frustrado.

Por ello, este principio puede expresarse así: **no hay política sanitaria racional sin reconocimiento de su costo, y no hay derecho a la salud sostenible sin teoría de los límites materiales de su realización.**

2. LA CONSTITUCIÓN Y SU DIMENSIÓN DOGMÁTICA: DERECHOS, GARANTÍAS Y PRINCIPIO DE REALIDAD

La Constitución, en su dimensión dogmática, consagra un sistema de principios, derechos y garantías que orienta y limita el ejercicio del poder estatal. Esa función es esencial. La Constitución no es sólo una técnica de organización del

poder; es, sobre todo, un instrumento de resguardo de la dignidad humana frente al poder.

Sin embargo, esa dimensión normativa no puede ser interpretada en términos puramente idealistas, como si los derechos constitucionales existieran en un plano ajeno a las condiciones históricas de su cumplimiento. Por el contrario, **el alcance y la efectividad de los Principios, Declaraciones y Garantías de la Constitución Nacional están condicionados por el principio de realidad, entendido como el conjunto de circunstancias económicas, sociales, institucionales y técnicas que delimitan su grado de realización.**

Esto no significa que la Constitución deba someterse sin más a los hechos, ni que la escasez justifique cualquier omisión estatal. Significa algo más preciso: que las exigencias normativas deben ser formuladas de modo tal que conserven relación con su posibilidad de cumplimiento. Si esa conexión desaparece, la Constitución corre el riesgo de convertirse en una declaración de aspiraciones abstractas, sin fuerza transformadora real.

Dicho de otro modo, la Constitución no puede ser leída como una fábrica ilimitada de normas jurídicas sin referencia a los medios para satisfacerlas. Un orden constitucional maduro debe rechazar tanto el cinismo que vacía los derechos como el voluntarismo que los promete sin condiciones de realización.

En consecuencia, **la defensa genuina de los derechos exige algo más que proclamarlos: exige pensar cómo, con qué, hasta dónde y bajo qué criterios pueden hacerse efectivos.** Sin ese esfuerzo de racionalidad, el discurso constitucional se aleja de la vida concreta y se transforma en una retórica sin anclaje institucional.

3. LA CONSTITUCIÓN NO ES SÓLO UN PROGRAMA NORMATIVO: ES UNA ESTRUCTURA INSERTA EN LA REALIDAD

La Constitución no es únicamente un texto que expresa mandatos. Es también una estructura jurídica inserta en una realidad social, económica e institucional determinada. Por eso, los derechos que consagra no pueden

concebirse como entidades abstractas desvinculadas de su posibilidad de realización efectiva.

Aquí vuelve a aparecer el principio de realidad como criterio de racionalidad constitucional. Su función consiste en **exigir una correspondencia mínima entre la norma y las condiciones de efectividad del sistema**. Cuando esa correspondencia se rompe, la norma puede conservar su valor simbólico, pero pierde eficacia práctica. Y cuando ello ocurre de manera sistemática, los derechos dejan de ser exigencias efectivas para convertirse en promesas vacías.

Por eso, el principio de realidad no debe ser visto como una doctrina conservadora ni como un argumento para restringir derechos por simple conveniencia fiscal. Debe ser entendido como un principio de seriedad institucional. **Un sistema constitucional y legal serio no promete lo que estructuralmente no puede sostener financieramente**. Y si lo promete, tiene el deber de explicar de qué modo lo financiará, cómo lo priorizará y qué criterios utilizará cuando los recursos resulten insuficientes.

La racionalidad constitucional exige entonces algo decisivo: que **la expansión del catálogo de derechos y de sus contenidos prestacionales sea acompañada por una teoría de implementación**. De lo contrario, el derecho se separa de la realidad, y esa separación termina dañando precisamente a quienes dice proteger.

4. LA PARADOJA DEL COSTO DE LOS DERECHOS: ENTRE LA DEFINICIÓN IDEAL DE SALUD Y LA DESIGUALDAD MATERIAL DEL MUNDO

La paradoja del costo de los derechos se hace evidente cuando se observa el contraste entre las formulaciones normativas universales y las condiciones materiales concretas en las que viven los pueblos. En los países muy pobres, donde la necesidad de asistencia médica es inmensa, el nivel de gasto anual per cápita en salud - público y privado - puede ser extraordinariamente bajo. Como en Etiopía, Haití, Indonesia y Nepal, con cifras que oscilan entre los 20 y los 56 dólares anuales por persona, frente a un gasto de más de 3700 dólares per cápita en Estados

Unidos. En Argentina está en el orden de los 800 a 900 dólares anuales (OMS: *Global Health Expenditure Database*, último dato disponible 2023).

Más allá de la exactitud variable que puedan tener esas cifras según el año de referencia, el argumento conceptual es contundente: **la capacidad real de acceso a bienes de salud depende de la densidad económica del sistema que los financia.** Esto revela una profunda paradoja con la definición de la Organización Mundial de la Salud, que concibe la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Por más que la OMS lo desee, el bienestar completo de Estados Unidos será muy superior al de Etiopía, bastante superior al de Argentina y el de nuestro país será superior al de Etiopía, así funciona aunque nos parezca injusto. Realidad mata deseo. Además, confrontada con la realidad material del mundo, esa **definición revela una tensión profunda entre lo normativo y lo posible.**

La pregunta entonces se impone casi sola: **¿qué prevalece, la norma o la realidad? Desde una perspectiva descriptiva, prevalece la realidad.** Por más noble que sea la formulación normativa, el bienestar completo no se distribuye del mismo modo en un país de altísimo gasto sanitario que en otro cuyo presupuesto apenas permite cubrir intervenciones básicas. El deseo jurídico no elimina la escasez.

Esto no implica renunciar a la universalidad del derecho a la salud. Implica reconocer que esa universalidad debe ser pensada en términos razonables: como un horizonte regulativo que exige progresividad, prioridades, umbrales mínimos y decisiones distributivas, no como una fórmula inmediata e indiferenciada que desconoce la radical desigualdad de recursos entre sistemas nacionales e incluso dentro de cada país.

De allí surge una conclusión incómoda, pero necesaria: **si el derecho a la salud se formula sin mediación institucional y sin referencia al costo, puede terminar describiendo un ideal moralmente deseable pero jurídicamente irrealizable.** Y un derecho irrealizable, por más noble que sea en el plano teórico, corre el riesgo de convertirse en frustración social.

5. CÓMO INTERPRETAR EL DERECHO A LA SALUD: SU VINCULACIÓN CON LA VIDA Y SUS PROBLEMAS

La Corte Suprema ha establecido una estrecha vinculación entre el derecho a la salud y el derecho a la vida, configurando a la salud como una condición necesaria para el ejercicio efectivo de la vida misma. Esa vinculación es comprensible: una vida biológicamente amenazada, expuesta al sufrimiento o privada de atención médica básica, difícilmente pueda ser considerada una vida protegida en sentido constitucional pleno.

Sin embargo, esta interpretación produce una consecuencia de gran relevancia teórica. Aunque el derecho a la salud suele ubicarse entre los derechos económicos, sociales y culturales - es decir, dentro de la llamada segunda generación de derechos -, su conexión con la vida lo aproxima funcionalmente al estatuto de los derechos de primera generación, tradicionalmente concebidos como más inmediatos y exigibles.

Si el criterio interpretativo consiste en vincular ciertos derechos sociales con la vida, entonces ese razonamiento podría extenderse también a otros derechos constitucionales o convencionales. El *salario mínimo, vital y móvil* tiene incidencia directa sobre la alimentación y, por lo tanto, sobre la salud. El *acceso a una vivienda digna* también se relaciona con la prevención de enfermedades, la seguridad física y la estabilidad psíquica. Lo mismo ocurre con la *retribución justa*. **En los tres casos, vida y salud están comprometidas. Entonces la pregunta es inevitable: ¿por qué en algunos supuestos esa conexión habilita una protección reforzada y en otros no?**

Esto lo vivió en carne propia la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso “**Badaro, Alfonso Valentín C/ ANSES s/ reajustes varios**” (CSJN: 2006,2007) cuando un jubilado solicitó que se garantizara su actualización periódica de haberes. El sistema previsional había dejado de preservar el valor real de la prestación. El reclamo no era excepcional sino simplemente se trataba de que su jubilación no perdiera más valor frente a la inflación. El problema era que lo que Badaro reclamaba para sí, podría luego ser requerido por miles de jubilados en la misma situación.

La Corte advierte que la falta de movilidad afecta los derechos constitucionales y le reconoce la pretensión. Es decir, entra en una disyuntiva, pues no solo se estaba haciendo justicia en un caso particular sino que se estaba reconfigurando el sistema previsional entero, con el impacto financiero que ello implicaba. Entonces, adopta una posición intermedia, le da la razón al jubilado, pero en lugar de tomarlo como un principio general para futuros reclamos, exhorta al Congreso de la Nación a dictar una Ley que establezca un nuevo mecanismo de movilidad jubilatoria. La Corte está diciendo, sin decirlo, que un derecho no puede realizarse plenamente por vía judicial sin afectar la estructura general del sistema. La decisión, no es solo jurídica sino también política y económica. Desde la perspectiva desde el costo de los derechos el caso Badaro es un ejemplo de Manual, donde la Justicia del caso individual se cruza con la sostenibilidad del sistema.

El problema no es reconocer la importancia del derecho a la salud, sino advertir que la sola apelación al derecho a la vida puede transformarse en una fórmula expansiva sin criterio de delimitación. Si todo lo que indirectamente incide en la vida adquiere el mismo nivel de exigibilidad inmediata, la estructura misma del sistema constitucional de derechos pierde gradación, jerarquía operativa y capacidad de orden.

Por eso, interpretar el derecho a la salud exige evitar dos extremos: **reducirlo a una expectativa programática vacía o elevarlo a una exigencia absoluta exenta a toda consideración de su costo.** El verdadero desafío consiste en formular una teoría que preserve su centralidad sin borrar la diferencia entre derechos negativos y derechos prestacionales, ni desconocer que estos últimos dependen de recursos limitados.

6. UNA INTERPRETACIÓN ALTERNATIVA: EL MÁXIMO NIVEL DE SALUD POSIBLE DENTRO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

La Constitución Nacional no menciona expresamente el derecho a la salud en su texto, aunque su reconocimiento surge de manera implícita, especialmente a partir del artículo 33 y del bloque de constitucionalidad integrado por los tratados internacionales de derechos humanos. Es posible **una interpretación distinta,**

vinculada al principio de realidad, según la cual el contenido exigible del derecho a la salud debería formularse como el derecho a acceder al máximo nivel de salud posible dentro de los recursos disponibles del sistema, sea éste estatal o privado.

Esta formulación tiene varias virtudes. La primera es que **evita tanto la negación del derecho como su absolutización**. No dice que la salud dependa exclusivamente de la discrecionalidad estatal o del financiador. Pero tampoco sostiene que toda prestación imaginable deba ser cubierta con independencia de su costo, evidencia, utilidad comparativa o impacto sistémico.

La segunda virtud es que **armoniza mejor con la naturaleza propia del derecho a la salud**. El derecho a la vida, en su dimensión clásica, tiene una estructura predominantemente negativa: prohíbe matar, lesionar arbitrariamente, exponer ilegítimamente a una persona al riesgo. En cambio, el derecho a la salud exige prestaciones positivas: medicamentos, tratamientos, procedimientos, internaciones, cobertura, rehabilitación, tecnología. Todo ello requiere recursos escasos. Por eso, aunque ambos derechos se vinculen, no son idénticos ni pueden ser tratados sin distinción.

La tercera virtud consiste en **introducir el criterio de recursos disponibles**, ampliamente trabajado en el derecho internacional de los derechos económicos, sociales y culturales. Este criterio no autoriza a incumplir de cualquier manera, pero sí obliga a considerar que **la realización de estos derechos depende del esfuerzo máximo razonable dentro de las capacidades reales del sistema**. En otras palabras: no todo límite es inconstitucional; lo inconstitucional es la arbitrariedad, la discriminación, la regresión injustificada o la omisión grave de prestaciones esenciales.

La Corte, al ampliar conceptualmente el derecho a la salud y vincularlo con la vida, no siempre ha elaborado con igual precisión criterios de delimitación fundados en los recursos disponibles. De ese modo, la expansión protectoria puede generar tensiones estructurales con el financiamiento del sistema. Y allí **reaparece una verdad olvidada: no hay derechos sin costo**.

7. LA SENTENCIA Y SUS CONSECUENCIAS: EL PAPEL DEL CONSECUENCIALISMO JUDICIAL

La sentencia judicial no debe limitarse a una aplicación mecánica de la norma al caso concreto. El juez no opera en un vacío institucional ni puede ignorar las consecuencias sociales, económicas e institucionales de sus decisiones. **Este enfoque, que encuentra desarrollo en distintas corrientes del consecuencialismo judicial, no pretende reemplazar el derecho por la economía, sino recordar que toda decisión jurisdiccional relevante produce efectos que exceden al litigio singular.**

La Corte Suprema de Justicia por una acordada dictada en el año 2009 creó la **Unidad de Análisis Económico** ante el crecimiento exponencial de la judicialización de los derechos sociales y el impacto fiscal masivo que representa. La creación de esta instancia de análisis económico dentro de la Corte Suprema reveló una toma de conciencia institucional acerca del impacto material de las decisiones judiciales. Puntualmente dice *“contar con una unidad técnica a la cual se le pueda solicitar una opinión fundada acerca de los efectos macroeconómicos, que derivarían de decisiones que eventualmente puedan adoptarse en expedientes que tramiten ante el Tribunal”* (Acordada 36/09). Sin embargo, la ausencia de una utilización sistemática de esta herramienta evidencia una tensión no resuelta entre la lógica de la aplicación normativa y las consecuencias que ellas se derivan. Sin embargo, ha quedado como un rezago administrativo sin ningún uso útil. No existen registros públicos de informes, dictámenes o intervenciones técnicas de dicha Unidad. Es paradójico, porque por un lado se crea una estructura que reconoce el problema, pero por el otro, queda relegado a una instancia administrativa sin incidencia visible.

El **Presidente de la Corte Suprema de Justicia** y del Consejo de la Magistratura, Horacio Rosatti, el 27 de abril de 2026 volvió a retomar el tema de la creciente judicialización y **recordó que la Constitución Nacional tiene muchas cláusulas que están vinculadas a la economía, entre las cuales señalo el inciso 19 del artículo 75**, que obliga al Congreso a **defender el valor de la moneda**, que no puede ser envilecida intrínsecamente, manifestando que es inconstitucional una emisión incontrolada de la moneda que no tenga respaldo. Es

decir, volvió a poner en la mesa la tensión entre la norma jurídica y el costo económico que implica financiarla.

Aquí aparece una tensión trágica: el caso individual suele presentarse ante el juez con toda la urgencia concreta del sufrimiento humano, mientras que el impacto sistémico se presenta de manera difusa, estadística y colectiva. Sin embargo, el hecho de que el daño sistémico sea menos visible no lo vuelve menos real. Un sistema financieramente asfixiado termina afectando a todos, incluidos aquellos a quienes las sentencias buscaban proteger.

Por ello, el consecuencialismo judicial bien entendido no significa negar derechos, sino evitar que la protección fragmentaria del presente destruya las bases institucionales de la protección futura. La pregunta que debe formularse el juez no es sólo si la prestación reclamada beneficia al actor, sino también si la decisión es compatible con la sostenibilidad del sistema, con la igualdad entre usuarios y con criterios racionales de distribución.

Cuando este análisis desaparece, la justicia corre el riesgo de contribuir involuntariamente a una crisis institucional, social y económica del mismo derecho que intenta resguardar. Y si el sistema de salud colapsa, el derecho a la salud pierde su soporte real no solo para la persona que reclama, sino para todos.

8. LA MISMA EXIGENCIA ALCANZA A LOS LEGISLADORES: NO SE PUEDE EXPANDIR DERECHOS SIN PENSAR SU COSTO

Lo que se exige a los jueces también debe exigirse a los legisladores. No es razonable reclamar sensibilidad institucional al poder judicial y tolerar, al mismo tiempo, una producción legislativa ocurrente, simbólica o ideológica. **Cuando el legislador amplía derechos sin atender al costo que ello implica, corre el riesgo de convertir en ficción aquello mismo que pretende reconocer.**

La expansión normativa de derechos desvinculada de sus condiciones materiales de efectividad produce un fenómeno conocido: el nacimiento de derechos formalmente grandiosos pero materialmente incumplibles. En tales casos, la inflación normativa no fortalece el Estado constitucional; lo debilita. Porque cuando

el sistema promete más de lo que puede dar, no sólo incumple: erosiona la credibilidad misma del derecho.

Mi experiencia legislativa agrega un testimonio particularmente elocuente: se han aprobado leyes por presión social, por clima de época o por mera ocurrencia, sin sustento científico suficiente y sin ponderación seria de sus efectos financieros. Los ejemplos son expresivos: la cobertura obligatoria de determinadas prácticas o prestaciones, incluso cuando su evidencia es discutible o su fundamento científico es insuficiente, como es el caso del cannabis medicinal o la extensión creciente de obligaciones a cargo de agentes de salud que luego deben absorber costos sin una fuente genuina de financiamiento, como es el caso de la Ley de Identidad de Género incluida en el PMO, que en su versión extendida vía judicial se puede solicitar feminización de rostro, depilación definitiva e incluso se puede solicitar aumento mamario si no esa conforme con el busto que tiene. El punto de fondo no es debatir aquí, en abstracto, cada caso particular, sino subrayar la necesidad de que la decisión legislativa se apoye en evaluación científica, análisis económico y previsión institucional.

Si ese modo de actuar no cambia, la consecuencia es clara: seguiremos ampliando derechos en el plano del discurso, mientras las leyes y las sentencias judiciales se convertirán en una carta a los Reyes Magos.

9. LA "LEY DE HIERRO" DEL GASTO SANITARIO: POR QUÉ EL SISTEMA ENTRA EN CRISIS

Uno de los núcleos más importantes es la llamada ley de hierro del gasto sanitario. La idea central es que, a medida que aumenta el nivel de ingresos y se desarrollan las capacidades tecnológicas, **la demanda de servicios médicos crece más rápidamente que el producto bruto interno, volviendo progresivamente más costoso el sostenimiento operativo de los sistemas de salud** (OCDE,2010: The Challenge of Financing Health Care in the Current Crisis).

Las razones de este fenómeno son múltiples y se refuerzan entre sí. En primer lugar, el envejecimiento poblacional. A mayor esperanza de vida, mayor prevalencia de enfermedades crónicas, pluripatologías y necesidades de atención

prolongada. El éxito de la medicina en prolongar la vida agrega nuevas demandas al sistema. En segundo lugar, la innovación tecnológica. Cada nuevo dispositivo, procedimiento, terapia génica, técnica diagnóstica o medicamento de alta complejidad amplía las posibilidades de intervención, pero también incrementa el costo medio del tratamiento. En tercer lugar, los medicamentos de alto costo, cuyo impacto presupuestario puede ser extraordinario, especialmente cuando se judicializa su provisión de modo individual sin criterios generales de priorización. En cuarto lugar, el predominio creciente de las enfermedades crónicas sobre las agudas, lo que transforma a la salud en un campo de atención continua y no meramente episódica. En quinto lugar, la propia ampliación de derechos y la judicialización, que ensancha el universo de prestaciones exigibles y eleva la conflictividad cuando el sistema no puede absorber esa expansión al ritmo que demandan los usuarios. Y, finalmente, el conocido efecto Baumol, según el cual ciertos sectores intensivos en trabajo humano como la salud y la educación experimentan aumentos persistentes de los salarios sin aumento en la productividad. Un cirujano, un clínico, un enfermero o un terapeuta aumentan sus salarios aunque la productividad no se modifica en igual ritmo (una consulta médica sigue requiriendo un tiempo humano similar que a principios del siglo XX).

Todo este conjunto conduce a una conclusión severa: **la crisis del sistema de salud no es una anomalía accidental, sino el resultado estructural de tendencias previsibles.** La OCDE ha mostrado con datos que **el gasto sanitario aumenta y seguirá aumentando más rápidamente que el PBI;** entonces el problema no puede seguir siendo tratado como una emergencia episódica. Es una dinámica de largo plazo. Y si no se la aborda de manera integral, sabemos cómo termina: desfinanciamiento, litigiosidad creciente, desigualdad en el acceso, frustración social y deterioro institucional. **Posiblemente se esté incubando el caso Badaro de la salud.**

10. HACIA UNA SALIDA INSTITUCIONAL: DIÁLOGO, DESJUDICIALIZACIÓN Y RACIONALIDAD SANITARIA

Frente a este panorama, la solución no parece estar en la simple negación de derechos ni en su expansión ilimitada. Tal vez **la salida deba buscarse en un**

acuerdo amplio entre todos los actores del campo de la salud: Estado, financiadores, prestadores, profesionales de la salud, legisladores, jueces, académicos y usuarios.

En este contexto, resulta determinante el rol del Cuerpo Médico Forense, cuyos integrantes, en virtud de su jerarquizada formación científica - técnica y su experiencia médico - legal, constituyen un organismo de opinión fundada de inestimable valor. El Cuerpo Médico Forense no solo aporta pericia en la intersección entre la medicina y el derecho, sino que también actúa como garante de un principio irrenunciable: la salud es un derecho universal incuestionable, que no debe discriminar ningún área, ni social ni cultural. Esta premisa, lejos de ser una mera declaración principista, exige operatividad y equidad en el diseño y la aplicación de las políticas sanitarias.

Precisamente por ello, la **propuesta elaborada por integrantes del Cuerpo Médico Forense** resulta especialmente pertinente. En sus términos, y tal como se cita en el documento original menciona que: *“se necesita imperativamente una mesa de diálogo que involucre a todas las partes y que genere normativas de salud transversales, desjudicializando así el derecho a la salud”*. Dicha mesa de diálogo, impulsada desde la rigurosidad científica y la independencia técnica que caracteriza al Cuerpo Médico Forense, permitiría construir consensos basados en evidencia, priorizar prestaciones esenciales y establecer criterios claros de asignación de recursos, reduciendo la conflictividad judicial y evitando que el acceso a la salud dependa de la suerte de un litigio.

A esta necesaria instancia de diálogo debe sumarse, con un **rol protagónico, la Escuela Judicial del Consejo de la Magistratura de la Nación**. Esta institución, encargada de la formación y capacitación de jueces, magistrados y funcionarios judiciales, tiene la responsabilidad indelegable de incorporar en sus programas de estudio una visión realista y multidisciplinaria del derecho a la salud. No se trata solo de enseñar doctrina o jurisprudencia, sino de dotar a los operadores jurídicos de herramientas analíticas que les permitan ponderar el costo de los derechos, evaluar las consecuencias sistémicas de sus decisiones y aplicar el principio de realidad sin resignar la tutela efectiva de las personas más vulnerables.

Esta iniciativa implica un cambio de paradigma: **la capacitación judicial no puede agotarse en la repetición de dogmas normativos, sino que debe abrazar el análisis económico del derecho, la medicina basada en evidencia, la ética distributiva y el diálogo interinstitucional.** Solo así se formarán jueces capaces de resolver casos complejos sin comprometer la sostenibilidad del sistema sanitario.

La idea de desjudicialización - promovida tanto por el Cuerpo Médico Forense como por una adecuada formación judicial - no debe ser entendida como exclusión del control judicial, sino como **superación de un modelo en el que la vía judicial se convierte en el mecanismo ordinario de acceso a prestaciones.** Cuando el sistema funciona de tal manera que miles de personas deben litigar para obtener cobertura, ello no revela fortaleza institucional, sino falla estructural. **La desjudicialización, acompañada de una mesa de diálogo técnico-político y de una capacitación judicial rigurosa, permite que el derecho a la salud se realice principalmente a través de canales administrativos y prestacionales previsibles, equitativos y transparentes, reservando la intervención del juez para los casos de arbitrariedad, discriminación u omisión grave.**

Asimismo como ex Diputado Nacional creo que hay que **redefinir el rol y darle mayor participación a la Oficina de Presupuesto del Congreso** que depende del **Poder Legislativo**, como lo tiene Estados Unidos, Inglaterra, Italia, Francia y decenas de países, como un **mecanismo institucional** destinado a calcular el **costo de los derechos**, el impacto sobre el déficit fiscal, la sustentabilidad presupuestaria y las **consecuencias económicas de las decisiones legislativas**, evitando que el **Congreso legisle desconectado de las capacidades reales de financiamiento del Estado.**

COROLARIO: CONVOCATORIA A UNA MESA DE DIÁLOGO

El gran error de buena parte del debate contemporáneo sobre salud consiste en creer que defender derechos equivale simplemente a expandir enunciados normativos. Pero los derechos, especialmente en materia sanitaria, no viven en el lenguaje: viven en instituciones concretas, en presupuestos, en estructuras de cobertura, en profesionales disponibles, en tecnología accesible y en decisiones distributivas inevitables.

Por eso, afirmar que no hay derechos sin costo no es una consigna insensible. Es una advertencia de realismo constitucional. El derecho a la salud merece ser protegido, pero precisamente por eso debe ser pensado dentro de un marco que lo haga sostenible. Si se lo formula como una exigencia ilimitada, indiferente a los recursos disponibles, puede terminar erosionando las bases mismas de su protección.

La Constitución no puede ser reducida a un programa de deseos, ni la jurisprudencia puede ignorar las consecuencias sistémicas de sus decisiones, ni el legislador puede seguir ampliando derechos sin medir su impacto real. El principio de realidad opera aquí como una exigencia de verdad institucional: obliga a reconocer que entre la promesa jurídica y la prestación efectiva media siempre una economía política de los derechos.

En este camino, el **Cuerpo Médico Forense** se erige como un actor indispensable: su saber científico-médico y su experiencia forense **le otorgan autoridad para convocar a una mesa de diálogo transversal, orientada a la desjudicialización del derecho a la salud, garantizando al mismo tiempo su universalidad y su carácter no discriminatorio.** Por su parte, la **Escuela Judicial del Consejo de la Magistratura de la Nación** tiene la misión de formar a los operadores jurídicos en una cultura de la sostenibilidad, el consecuencialismo responsable y la ponderación de recursos escasos, tal como lo demanda el nuevo desafío asumido por sus autoridades.

De allí que la salida no pueda consistir ni en el idealismo normativo sin presupuesto, ni en el economicismo que vacía de contenido a los derechos. La única salida razonable parece ser una reconstrucción institucional basada en evidencia, responsabilidad legislativa, prudencia judicial, priorización transparente, diálogo estructural y formación profesional de excelencia.

Si esa tarea no se encara con seriedad, seguiremos acumulando normas, sentencias y promesas cuyo destino será su imposible cumplimiento. Y entonces el derecho, en lugar de proteger la salud, terminará produciendo frustración, desigualdad y colapso. Pero si asumimos de una vez que la realidad no es enemiga del derecho, sino condición de su eficacia, y si incorporamos activamente la voz

científica del Cuerpo Médico Forense y la capacitación transformadora de la Escuela Judicial, quizás todavía sea posible reconstruir un modelo de salud más justo, más racional y verdaderamente sostenible.

Es necesario un cambio de paradigma: pasar de una lógica de expansión sin límites del derecho a la salud a una lógica de consenso en condiciones de escases.