

INFORME JURÍDICO EVOLUCIÓN JURISPRUDENCIAL DEL DERECHO A LA SALUD



FESAL

FUNDACIÓN DE ESTUDIOS
PARA LA SALUD

INFORME JURÍDICO

EVOLUCIÓN JURISPRUDENCIAL DEL DERECHO A LA SALUD

FUNDACIÓN FESAL

INFORME JURÍDICO

I. Objeto, fuente y criterio metodológico

El presente informe sistematiza, en orden cronológico, seis hitos jurisprudenciales relativos al derecho a la salud, al Programa Médico Obligatorio (PMO), a su carácter de piso mínimo, a la procedencia del amparo, al control de constitucionalidad de normas vinculadas con la cobertura sanitaria y a la relación entre salud y vida. Asimismo, incorpora como antecedente jurisprudencial previo el precedente “Saguir y Dib”, Fallos 302:1284 (1980), por su relevancia para la articulación entre salud, vida, integridad corporal y tutela judicial urgente. La fuente principal es el documento adjunto titulado “Derecho a la Salud 2025”, elaborado por la Secretaría de Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que reúne y sistematiza doctrina de Fallos de la Corte.

A efectos de identificar el “primer fallo” en cada categoría, se adopta un criterio jurídico estricto: se toma como primer antecedente aquel que, dentro de la jurisprudencia relevada por el documento adjunto, aborda de manera directa y reconocible la cuestión indicada. Esta precisión es importante porque existen precedentes anteriores que mencionan aspectos de salud, vida, autonomía o integridad corporal, pero no constituyen necesariamente el primer reconocimiento explícito del derecho a la salud como categoría jurídica autónoma. Por ejemplo, Fallos 316:479 (“Bahamondez”) es anterior, pero el eje de ese caso es la autonomía personal y el rechazo de una transfusión por motivos religiosos; por ello no se lo selecciona como primer fallo específico de reconocimiento del derecho a la salud.

El informe distingue entre lo que surge directamente del documento adjunto y la identificación de carátulas y fechas de los precedentes, verificada complementariamente con fuentes jurisprudenciales disponibles en línea. Esta verificación complementaria no altera el contenido doctrinal extraído del documento base.

II. Antecedente jurisprudencial previo: Fallos 302:1284 - “Saguir y Dib, Claudia Graciela s/autorización”

Sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, 6 de noviembre de 1980

El fallo adjunto corresponde a la sentencia dictada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación el 6 de noviembre de 1980 en la causa “Saguir y Dib, Claudia Graciela s/autorización”. El planteo se originó en la solicitud de los progenitores de la menor Claudia Graciela Saguir y Dib, formulada en su representación, para que se autorizara la ablación de uno de sus riñones a fin de trasplantarlo a su hermano Juan Isaac Saguir y Dib, quien padecía insuficiencia renal crónica terminal y se encontraba expuesto a un riesgo permanente de muerte.

El núcleo jurídico del caso se situó en la tensión entre el derecho a la vida y la salud del receptor y la integridad corporal de la dadora. La Corte sostuvo que el art. 13 de la ley 21.541 debía interpretarse de manera armónica con la totalidad del ordenamiento jurídico y con los principios y garantías de raigambre constitucional. El Tribunal rechazó así una lectura meramente literal y rígida cuando pudiera conducir a un resultado notoriamente disvalioso y destacó que la tutela de los derechos comprometidos exigía una respuesta inmediata, oportuna y adecuada a la naturaleza del caso.

Antes de resolver, la Corte examinó especialmente las circunstancias médicas de la intervención. Consideró la compatibilidad inmunológica entre dadora y receptor, la situación crítica de Juan Isaac y los riesgos propios de la diálisis, así como los informes médicos relativos a la salud de Claudia. También valoró que la menor comprendía las implicancias de la ablación, que su decisión se mostraba libre y que contaba con el asentimiento de sus padres, atendiendo a la especial protección jurídica exigida para la donante menor de edad.

Sobre esa base, la Corte efectuó una ponderación entre dos bienes jurídicos protegidos: por un lado, el derecho a la vida del receptor, amenazado de manera permanente; por el otro, la integridad corporal de la dadora, respecto de la cual los riesgos derivados de la intervención eran considerados remotos en las circunstancias verificadas. En ese marco, el Tribunal entendió procedente autorizar la ablación,

condicionándola a que los estudios médicos previos resultaran favorables, al cumplimiento de las restantes exigencias legales y reglamentarias y a la posibilidad de revocación del consentimiento de la dadora conforme al art. 13, segundo párrafo, de la ley 21.541.

Desde la perspectiva del derecho a la salud, el precedente resulta relevante por cuatro razones. Primero, vincula de forma directa la intervención y el tratamiento sanitario con la protección del derecho a la vida. Segundo, reconoce que la tutela judicial puede exigir una respuesta urgente y sustancial cuando están comprometidos derechos fundamentales, sin quedar paralizada por obstáculos formales. Tercero, reafirma una metodología de interpretación que atiende al sentido de la norma, sus fines, las circunstancias concretas y los principios constitucionales. Cuarto, muestra que la protección de la salud puede proyectarse conjuntamente sobre la vida, la integridad corporal, el consentimiento y la protección de la familia.

Este antecedente no modifica la identificación de los seis “primeros fallos” seleccionados en las categorías centrales del informe, porque esas categorías continúan definidas conforme al criterio temático del documento “Derecho a la Salud 2025”. Su incorporación cumple una función histórica y fundamentadora: permite advertir que, ya en 1980, la Corte Suprema articulaba la protección de la vida y la salud con la integridad corporal, el consentimiento y la necesidad de una tutela judicial efectiva.

Normativa histórica relevante en el precedente

Art. 13 de la ley 21.541, relativo a la ablación de órganos de donantes vivos; art. 14 bis de la Constitución Nacional, en cuanto reconoce la protección integral de la familia; y arts. 897 y 921 del Código Civil vigente al momento del pronunciamiento, vinculados con los actos voluntarios y el discernimiento de los menores adultos.

III. Síntesis cronológica de los seis hitos seleccionados

La siguiente secuencia mantiene los seis hitos seleccionados conforme al criterio temático del informe. El antecedente de 1980 se desarrolla por separado en la sección II y funciona como punto histórico previo de conexión entre salud, vida e integridad corporal.

11/06/1998 — Fallos 321:1684 — “Policlínica Privada de Medicina y Cirugía S.A. c/ Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires”: primer antecedente seleccionado de reconocimiento explícito del derecho a la salud y, simultáneamente, primer amparo de salud de la secuencia analizada.

01/06/2000 — Fallos 323:1339 — “Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Estado Nacional s/ amparo ley 16.986”: primer hito seleccionado que formula expresamente la conexión jurídica entre salud y vida.

24/10/2000 — Fallos 323:3229 — “Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas”: primer antecedente seleccionado que incorpora de modo directo el PMO en el análisis de las obligaciones sanitarias.

13/03/2001 — Fallos 324:677 — “Etcheverry, Roberto Eduardo c/ Omint Sociedad Anónima y Servicios”: primer antecedente seleccionado que formula que las prepagas deben cubrir “como mínimo” las prestaciones obligatorias de las obras sociales, consolidando la función del PMO como umbral de cobertura.

13/03/2001 — Fallos 324:754 — “Hospital Británico de Buenos Aires c/ Estado Nacional (Ministerio de Salud y Acción Social)”: primer antecedente seleccionado de la secuencia en que se discute judicialmente la inconstitucionalidad de la ley 24.754; la Corte revocó la declaración por insuficiencia de fundamentación y prueba del perjuicio concreto.

IV. Desarrollo jurídico de cada hito

A) Primer fallo seleccionado sobre DERECHO A LA SALUD

Fallo: Fallos 321:1684 — “Policlínica Privada de Medicina y Cirugía S.A. c/ Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires”, 11/06/1998.

El documento de la Secretaría de Jurisprudencia de la Corte Suprema incorpora este precedente como un antecedente central en materia de derecho a la salud integral. El caso se originó en una acción de amparo promovida por una institución privada en relación con una menor internada en terapia intensiva, frente a una decisión de la autoridad sanitaria de la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires

que había denegado su traslado a un hospital público porque la menor y su padre contaban con cobertura privada.

El fundamento constitucional específico destacado por el documento es el artículo 20 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, que garantiza el derecho a la salud integral y califica al gasto público en salud como una inversión social prioritaria. El precedente es particularmente relevante porque muestra que la protección del derecho a la salud no queda reducida a una relación contractual privada: involucra también deberes positivos de la autoridad pública y la organización del sistema sanitario.

En el plano conceptual, el caso representa un punto de consolidación de la salud como derecho jurídicamente exigible. La doctrina recopilada por la Corte destaca que el derecho a la salud penetra en las relaciones privadas y semipúblicas y que las empresas de medicina prepaga, aunque desarrollen una actividad con rasgos mercantiles, asumen un compromiso social vinculado con la vida, la salud, la seguridad y la integridad de las personas.

Fundamentos normativos relevantes: art. 20 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; principios constitucionales de protección de la vida, salud e integridad; y, en el desarrollo posterior de la doctrina, art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional y los tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional.

Importancia jurídica: este precedente es seleccionado como primer hito porque el documento lo presenta como un caso de “derecho a la salud integral” y porque permite observar la transición desde una concepción meramente prestacional o contractual hacia una concepción constitucional del derecho sanitario.

B) Primer fallo seleccionado sobre PMO

Fallo: Fallos 323:3229 — “Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas”, 24/10/2000.

El documento ubica en este precedente una de las primeras referencias directas al Programa Médico Obligatorio dentro del razonamiento de la Corte. El caso involucró a

un niño con una grave enfermedad que requería una medicación especial y cuya provisión había sido interrumpida. La pretensión judicial se vinculó con la continuidad del tratamiento y con la responsabilidad del Estado frente a la necesidad sanitaria concreta.

En materia de PMO, el documento señala que la existencia de una obra social obligada a cumplir el Programa Médico Obligatorio no puede redundar en perjuicio del afiliado y, menos aún, del niño. También identifica las normas que estructuran el sistema: leyes 23.660 y 23.661, sus reglamentaciones y la Resolución 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social, junto con las normas constitucionales e internacionales protectorias.

El art. 28 de la ley 23.661 aparece como una pieza normativa relevante porque atribuye a la autoridad de aplicación competencia para establecer y actualizar prestaciones obligatorias. El PMO, por tanto, no surge como una decisión contractual de la obra social, sino como una exigencia normativa inserta en el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

El fundamento constitucional se integra con el art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional y los tratados internacionales con jerarquía constitucional. El documento menciona, entre otros, el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los arts. 4 y 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el art. 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el art. 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y el art. 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Conceptualmente, Campodónico desplaza el problema del PMO desde una lógica de mera enumeración administrativa hacia una lectura sistemática: las prestaciones obligatorias deben interpretarse en armonía con la Constitución, los tratados y la necesidad de hacer efectivo el derecho a la salud. Además, el Estado Nacional conserva una función rectora y de coordinación del sistema sanitario.

C) Primer fallo seleccionado sobre PMO como PISO O MÍNIMO

Fallo: Fallos 324:677 — “Etcheverry, Roberto Eduardo c/ Omint Sociedad Anónima y Servicios”, 13/03/2001.

Este precedente constituye el hito específico más temprano del documento en el que aparece formulada de manera directa la idea de mínimo obligatorio para las empresas de medicina prepaga: deben cubrir, en sus planes médico-asistenciales, como mínimo las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, de acuerdo con las leyes 23.660 y 23.661 y sus reglamentaciones.

La base legal inmediata es el art. 1 de la ley 24.754. Esta norma extiende a las empresas de medicina prepaga la obligación de cubrir, como mínimo, las prestaciones obligatorias que deben brindar las obras sociales. El documento agrega que el régimen comprende las prestaciones que la autoridad de aplicación establece y actualiza en ejercicio de las facultades previstas por el art. 28 de la ley 23.661.

El concepto jurídico central es el de “piso de cobertura”: el PMO no funciona como una autorización para que la entidad sanitaria limite toda prestación exclusivamente a aquello que figure en un listado, sino como un umbral normativo de prestaciones obligatorias. Por encima de ese mínimo pueden operar otras fuentes de obligación: el contrato, la legislación especial, la situación de discapacidad, la protección constitucional, los tratados internacionales y, según el caso, los avances científicos y terapéuticos.

El documento también destaca que las empresas de medicina prepaga, aunque posean rasgos mercantiles, cumplen una función social vinculada con garantías constitucionales de vida, salud, seguridad e integridad. De allí que no puedan invocar unilateralmente cláusulas contractuales para apartarse de coberturas legalmente establecidas.

El mismo criterio permite comprender por qué la Corte, en Fallos 325:677, rechazó una interpretación histórica del PMO o de la cobertura contratada que privara al paciente de los avances terapéuticos posteriores. La ausencia de exclusión de un tratamiento no puede convertirse, por sí sola, en fundamento para negar la asistencia sanitaria necesaria.

D) Primer fallo seleccionado de un AMPARO sobre DERECHO A LA SALUD

Fallo: Fallos 321:1684 — “Policlínica Privada de Medicina y Cirugía S.A. c/ Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires”, 11/06/1998.

Dentro del material analizado, este es el primer precedente que reúne simultáneamente la vía del amparo y una controversia directamente vinculada con la prestación sanitaria. La propia referencia jurisprudencial incorporada al documento identifica la demanda como una acción de amparo y la materia como derecho a la salud integral, medicina prepaga, nosocomio público, internación y protección de menores.

La razón jurídica para admitir una tutela urgente en materia sanitaria se conecta con la naturaleza de los derechos involucrados. El documento recoge una doctrina posterior, pero coherente con la lógica del precedente, según la cual cuando están en juego la vida y la salud los jueces deben buscar soluciones compatibles con la urgencia, utilizar vías expeditivas y evitar que el rigor formal produzca la frustración de derechos de jerarquía constitucional.

El marco constitucional del amparo se completa con el art. 43 de la Constitución Nacional, que reconoce una acción expedita y rápida frente a actos u omisiones que, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, lesionen o amenacen derechos reconocidos por la Constitución, un tratado o una ley, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo. El documento también remite, en la sección de procedencia del amparo, a la ley 16.986.

Conceptualmente, el amparo de salud exige compatibilizar dos elementos: la excepcionalidad procesal de la vía y la especial urgencia de los bienes jurídicos protegidos. No toda controversia médica es automáticamente amparable; pero cuando existe arbitrariedad o ilegalidad manifiesta y la demora puede tornar ilusoria la tutela, la vía constitucional adquiere una función instrumental decisiva.

E) Primer fallo seleccionado sobre INCONSTITUCIONALIDAD DE UNA NORMA JURÍDICA EN DERECHO A LA SALUD

Fallo: Fallos 324:754 — “Hospital Británico de Buenos Aires c/ Estado Nacional (Ministerio de Salud y Acción Social)”, 13/03/2001.

Este antecedente requiere una precisión técnica indispensable. El caso constituye, dentro del material, el primer precedente seleccionado en el que se encuentra específicamente planteada una declaración de inconstitucionalidad de una norma vinculada con la cobertura sanitaria: la ley 24.754. Sin embargo, la Corte Suprema no declaró inconstitucional esa ley. Por el contrario, revocó la sentencia que había declarado su inconstitucionalidad porque los fundamentos ofrecidos eran insuficientes y no acreditaban un perjuicio concreto.

La impugnación se vinculaba con la obligación impuesta a las empresas de medicina prepaga de cubrir determinadas prestaciones médico-asistenciales. El planteo constitucional se articuló con argumentos de libertad de contratar, afectación de contratos privados y costo económico. La Corte consideró que no era suficiente formular afirmaciones abstractas sobre un supuesto costo exorbitante: era necesario demostrar de manera concreta el perjuicio que la aplicación de la ley ocasionaba.

Desde el punto de vista constitucional, el precedente muestra que el control de constitucionalidad no se satisface con una afirmación genérica de incompatibilidad normativa. La impugnación debe confrontar la norma con la Constitución y, además, aportar una demostración concreta del agravio constitucional en el caso. En el ámbito sanitario, esta exigencia se vincula con la necesidad de ponderar simultáneamente derechos fundamentales, regulación económica, función social de las empresas de medicina prepaga y potestades reglamentarias del Estado.

El documento también recoge, en votos y fundamentos vinculados al precedente, que la ley 24.754 funciona como instrumento para equilibrar medicina y economía, ponderando integridad psicofísica, salud y vida. Asimismo, se afirma que el derecho a la salud no es meramente teórico, sino que debe ser examinado en contacto con la realidad social, y que las potestades reglamentarias pueden alcanzar a las entidades

de medicina prepaga dentro del marco de los arts. 14, 28 y 75 incs. 18 y 32 de la Constitución.

Conclusión técnica de este punto: el “primer fallo sobre inconstitucionalidad” no debe ser presentado como un precedente en que la Corte haya declarado inconstitucional la ley 24.754. Lo correcto es afirmar que Fallos 324:754 constituye el primer antecedente seleccionado del documento en el que esa inconstitucionalidad fue objeto de decisión judicial, pero la Corte la rechazó por falta de demostración suficiente del perjuicio concreto.

F) Primer fallo seleccionado sobre DERECHO A LA SALUD RELACIONADO CON EL DERECHO A LA VIDA

Fallo: Fallos 323:1339 — “Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Estado Nacional s/ amparo ley 16.986”, 01/06/2000.

Este es el hito central de la secuencia en materia de relación entre salud y vida. El documento afirma que el derecho a la salud está reconocido normativamente en los tratados internacionales con jerarquía constitucional y que la preservación de la salud se encuentra comprendida dentro del derecho a la vida. El precedente se refiere a personas afectadas por VIH/SIDA y a la obligación estatal de asegurar asistencia, tratamiento y suministro regular y oportuno de medicamentos.

El fundamento constitucional se construye sobre el art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, que confiere jerarquía constitucional a los instrumentos internacionales allí enumerados. El documento menciona específicamente el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los arts. 4 y 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el art. 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, además de la Declaración Americana y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

El concepto decisivo es que el derecho a la vida no se agota en la prohibición de privación arbitraria de la vida. Comprende también las condiciones indispensables para una existencia digna y, dentro de ellas, la preservación de la salud. Por ello, la obligación estatal es positiva: no basta con abstenerse de lesionar; corresponde

adoptar medidas para hacer efectivo el derecho, incluyendo la continuidad de tratamientos y prestaciones sanitarias.

La dimensión institucional también es central. El Estado Nacional no puede desligarse de los compromisos internacionales alegando que la ejecución material corresponde a provincias u otros efectores. Según la doctrina recopilada, el Estado conserva una función rectora, debe coordinar el sistema sanitario y debe velar por el cumplimiento efectivo de las obligaciones asumidas.

La decisión adquiere además relevancia procesal porque se trata de un amparo promovido por asociaciones vinculadas con la lucha contra el VIH/SIDA. De este modo, la tutela del derecho a la salud aparece asociada no sólo a una dimensión individual sino también a una dimensión colectiva y de salud pública.

V. Fundamentos normativos transversales

Constitución Nacional, art. 42: protección de usuarios y consumidores, relevante en las relaciones con prestadores sanitarios.

Constitución Nacional, art. 75 inc. 22: jerarquía constitucional de los tratados de derechos humanos y fundamento central del reconocimiento internacional del derecho a la salud.

Constitución Nacional, art. 75 inc. 23: medidas de acción positiva respecto de grupos especialmente vulnerables, especialmente niños y personas con discapacidad.

Constitución Nacional, art. 28: principio de razonabilidad de la reglamentación de los derechos.

Constitución Nacional, art. 33: dimensión implícita de derechos fundamentales, utilizada en la doctrina de la Corte para explicar la centralidad del derecho a la vida.

Constitución Nacional, art. 43: tutela judicial expedita y rápida mediante la acción de amparo.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12: derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y deber estatal de adoptar medidas para su efectividad.

Convención Americana sobre Derechos Humanos, arts. 4 y 5: protección de la vida e integridad personal.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, art. 11: derecho a la salud.

Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 25: derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 6: derecho a la vida.

Ley 23.660: régimen de obras sociales y obligaciones de los agentes comprendidos.

Ley 23.661, especialmente art. 28: Sistema Nacional del Seguro de Salud y facultades de la autoridad de aplicación para establecer y actualizar prestaciones obligatorias.

Ley 24.754, art. 1: obligación de las empresas de medicina prepaga de cubrir, como mínimo, las prestaciones obligatorias correspondientes a las obras sociales.

Ley 23.798: régimen de lucha contra el VIH/SIDA, relevante en Asociación Benghalensis.

Ley 16.986: régimen legal de la acción de amparo, sin perjuicio de la jerarquía y operatividad del art. 43 de la Constitución Nacional.

VI. Conclusiones jurídicas

1. El recorrido jurisprudencial puede leerse en dos planos complementarios: un antecedente histórico previo en Fallos 302:1284 ("Saguir y Dib"), donde se articulan vida, salud, integridad corporal y tutela urgente; y, a partir de 1998, los seis hitos seleccionados en el documento de referencia, que desarrollan la protección del derecho a la salud, el amparo, el PMO, su carácter de piso mínimo y el control de constitucionalidad.

2. El amparo se presenta como instrumento procesal especialmente relevante para la tutela sanitaria cuando existe urgencia, arbitrariedad o ilegalidad manifiesta y riesgo

de daño grave o irreparable. Su procedencia no es automática: depende de los requisitos constitucionales y legales de la vía.

3. El PMO se incorpora a la jurisprudencia como una herramienta normativa de organización del sistema de salud. Su existencia no puede analizarse aisladamente del conjunto constitucional y legal que reconoce el derecho a la salud.

4. Fallos 324:677 constituye el antecedente decisivo para la caracterización del PMO como piso o umbral mínimo de cobertura: las empresas de medicina prepaga deben cubrir, como mínimo, las prestaciones obligatorias de las obras sociales. Esta regla impide confundir el PMO con un límite absoluto de la tutela sanitaria.

5. El control de constitucionalidad en materia sanitaria exige una confrontación concreta entre la norma cuestionada y los derechos constitucionales invocados. Fallos 324:754 es especialmente importante porque demuestra que una impugnación de inconstitucionalidad basada en afirmaciones económicas abstractas no resulta suficiente para desplazar una norma.

6. La relación entre salud y vida recibe una formulación especialmente nítida en Fallos 323:1339 (“Asociación Benghalensis”), pero encuentra un antecedente significativo en Fallos 302:1284 (“Saguir y Dib”), donde la Corte ponderó directamente el derecho a la vida del receptor junto con la integridad corporal de la dadora y la necesidad de una tutela judicial inmediata.

7. En conjunto, los precedentes analizados permiten afirmar que el derecho a la salud posee una estructura jurídica compleja: es un derecho fundamental, tiene reconocimiento constitucional e internacional, genera deberes positivos, se proyecta sobre relaciones con obras sociales y empresas de medicina prepaga, encuentra en el PMO un umbral regulatorio mínimo, se conecta con la protección de la vida y cuenta con la acción de amparo como mecanismo de tutela urgente cuando concurren sus presupuestos. El precedente “Saguir y Dib” agrega a esta evolución la dimensión de integridad corporal, consentimiento y ponderación de derechos en situaciones médicamente críticas.

VII. Cuadro final de identificación

Categoría	Precedente	Fecha	Fallos
Antecedente histórico previo	Saguir y Dib, Claudia Graciela s/autorización	06/11/1980	302:1284
Derecho a la salud	Policlínica Privada de Medicina y Cirugía S.A. c/ Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires	11/06/1998	321:1684
PMO	Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social	24/10/2000	323:3229
PMO como piso/mínimo	Etcheverry, Roberto Eduardo c/ Omint Sociedad Anónima y Servicios	13/03/2001	324:677
Amparo sobre salud	Policlínica Privada de Medicina y Cirugía S.A. c/ Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires	11/06/1998	321:1684
Inconstitucionalidad de norma sanitaria	Hospital Británico de Buenos Aires c/ Estado Nacional	13/03/2001	324:754
Salud relacionada con vida	Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Estado Nacional	01/06/2000	323:1339

VIII. Observación final sobre el alcance del término “primer fallo”

La expresión “primer fallo” debe entenderse, en este informe, como el primer antecedente que satisface de manera directa el criterio temático solicitado dentro de la jurisprudencia sistematizada en el documento “Derecho a la Salud 2025”. La incorporación de Fallos 302:1284 (“Saguir y Dib”) no altera esa metodología: se trata de un antecedente histórico previo, relevante para comprender la evolución doctrinal, pero no seleccionado como “primer fallo” de ninguna de las categorías construidas a partir del documento base. Esto permite distinguir entre un antecedente jurisprudencial temprano y el primer precedente identificado dentro de una determinada categoría temática.

IX. Corolario final

Hipótesis confirmada por el texto

La evolución jurisprudencial sistematizada en el informe confirma que, en materia de derecho a la salud, la función judicial en Argentina se ha desplazado desde un modelo legalista-formalista hacia una concepción moderna de creación judicial del derecho. El juez no se subordina a un culto absoluto a la ley, sino que resuelve a partir de valoraciones de justicia material y de principios constitucionales y convencionales, para luego articular una fundamentación normativa que justifica la decisión —en la línea de Alf Ross—. En ese marco, el derecho a la salud es invocado preferentemente desde los tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22 CN), mientras que la reglamentación legal interna (cláusula del art. 14 CN) es relativizada o utilizada de modo instrumental. El concepto de salud que subyace es el de la OMS (1946): un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, lo que se traduce jurídicamente en las nociones de salud integral, vida digna, integridad psicofísica y más alto nivel posible de salud.

Elementos que confirman la hipótesis en el texto

1. Concepción moderna de la función judicial: el informe muestra que la Corte no aplica mecánicamente la ley. En Saguir y Dib rechaza una lectura literal rígida del art. 13 de la ley 21.541 y pondera vida, salud e integridad corporal. En Etcheverry

interpreta el PMO como piso mínimo y no como techo. En Asociación Benghalensis sostiene que el derecho a la vida no se agota en la prohibición de privación arbitraria, sino que comprende condiciones indispensables para una existencia digna. El juez crea tutela judicial urgente, integra principios y construye una justificación normativa posterior.

2. Apelación al derecho a la salud consagrado en tratados internacionales: el informe menciona expresamente el art. 75 inc. 22 CN, el art. 12 del PIDESC, los arts. 4 y 5 de la CADH, el art. 6 del PIDCP, el art. 11 de la Declaración Americana y el art. 25 de la DUDH. Los fallos se apoyan en estos instrumentos para reconocer el derecho a la salud y sus deberes positivos, dejando en un segundo plano la reglamentación interna.

3. Concepto de salud de la OMS (1946): el texto alude a “salud integral”, “vida digna”, “integridad psicofísica”, “más alto nivel posible de salud física y mental” y “condiciones indispensables para una existencia digna”, nociones que exceden la mera ausencia de enfermedad y coinciden con la definición amplia de la OMS.

En conclusión, el texto confirma que el razonamiento judicial en salud se estructura sobre principios y tratados internacionales, con una noción amplia de salud, y no sobre el mero silogismo legalista.

Fuentes de este informe

1) Corte Suprema de Justicia de la Nación, Secretaría de Jurisprudencia, “Derecho a la Salud 2025”, documento base del informe. 2) Corte Suprema de Justicia de la Nación, Fallos 302:1284, “Saguir y Dib, Claudia Graciela s/autorización”, sentencia del 6 de noviembre de 1980 (fallo adjunto).