

HACIA UN EQUILIBRIO ENTRE EL DERECHO A LA SALUD Y LA SUSTENTABILIDAD DEL SISTEMA

**INFORME ACADÉMICO FESAL - HACIA UN EQUILIBRIO ENTRE EL DERECHO A
LA SALUD Y LA SUSTENTABILIDAD DEL SISTEMA**

1. Resumen ejecutivo

El presente informe sistematiza, con rigor académico, la judicialización del derecho a la salud en la República Argentina. El documento fuente aborda un problema estructural del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS): la tensión creciente entre la tutela judicial efectiva de los derechos fundamentales a la vida y a la salud, por un lado, y la sustentabilidad financiera de los agentes del seguro de salud, por el otro.

La presentación se organiza en dieciocho paneles temáticos que combinan series estadísticas de litigiosidad, un relevamiento normativo comparado (nacional, provincial y comparado —Brasil—) y un compendio jurisprudencial extenso de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal y de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN). El hilo conductor es la pregunta rectora que abre el documento: ¿cómo lograr algún grado de equilibrio entre el respeto de los derechos fundamentales y la sustentabilidad del sistema de salud?

En el plano cuantitativo, la presentación exhibe una serie temporal de expedientes judiciales en materia sanitaria que revela un crecimiento sostenido y acelerado de la litigiosidad: de 1.700 expedientes en 2008 (14% sobre el total histórico relevado) a 9.176 en 2024 (30,93%), 8.013 en 2025 (44,46%) y 7.113 hacia el 21 de agosto de 2026 (70,59% sobre el total, cifra que —al tratarse de un corte parcial de año— proyecta un ritmo de judicialización sin precedentes).

En el plano normativo, el informe releva el fracaso relativo de los mecanismos preexistentes de mediación técnica en los procesos judiciales de salud, y contrasta esos antecedentes de «nulo o escaso impacto» con dos desarrollos institucionales de mayor densidad: la creación anunciada de la Agencia Nacional de Evaluación de Financiamiento de Tecnologías Sanitarias (ANEFiTS, 27/03/2025) y el antecedente provincial de la Ley N° 9547 de Mendoza, que crea una Agencia Provincial de Evaluación de Tecnologías Sanitarias con dictámenes de carácter vinculante.

En el plano jurisprudencial, el documento reúne más de treinta precedentes —de la CSJN, de la Cámara Civil y Comercial Federal (Salas I, II y III), de las Cámaras Federales de Córdoba, La Plata, Salta y Resistencia, del Tribunal Supremo Federal de Brasil y de

un tribunal provincial de Mendoza— que documentan de modo empírico los criterios con que los tribunales argentinos y comparados resuelven la tensión entre cobertura prestacional y sustentabilidad financiera de los agentes de salud, así como la doctrina consolidada de la CSJN sobre el Estado como garante último y subsidiario del derecho a la salud.

El informe cierra con la referencia a un proyecto de ley de modificación de la Ley N° 16.986, que introduce una instancia de conciliación obligatoria previa a la acción de amparo sanitario.

Metodológicamente, el presente informe respeta íntegramente el contenido original del archivo fuente —incluyendo cifras, citas textuales, referencias normativas y jurisprudenciales—, organizándolo en cinco secciones: resumen ejecutivo, hallazgos numéricos, hallazgos conceptuales, glosario técnico-jurídico y un corolario de aplicación práctica.

2. Hallazgos relevantes — dimensión numérica

2.1. Serie histórica de litigiosidad en salud (2008–2026)

El dato estadístico central de la presentación es la serie de expedientes judiciales en materia de salud, reproducida a continuación en su formato original:

Año	Expedientes	Porcentaje sobre el total de expedientes
2008	1.700	14%
2024	9.176	30,93%
2025	8.013	44,46%
2026 (hasta el 21/08/2026)	7.113	70,59%

La lectura de la serie permite extraer las siguientes precisiones cuantitativas:

- Entre 2008 y 2024 (dieciséis años) el volumen absoluto de expedientes se multiplicó por 5,4 (de 1.700 a 9.176 causas).

- La participación porcentual sobre el total histórico relevado pasa de 14% en 2008 a 30,93% en 2024, 44,46% en 2025 y 70,59% en el corte parcial de 2026 (al 21 de agosto), lo que exhibe una curva de crecimiento porcentual no lineal y de aceleración marcada en el último trienio.
- El valor de 2026 (7.113 expedientes) corresponde a un período parcial de aproximadamente ocho meses (enero–agosto), no comparable en términos absolutos con los valores anuales completos de la serie.
- El incremento porcentual entre 2025 (44,46%) y el corte parcial de 2026 (70,59%) es de 26,13 puntos porcentuales, la variación interanual más pronunciada de toda la serie relevada.

2.2. Datos cuantitativos en materia de medicamentos de alto costo

En los precedentes reunidos bajo el panel «Medicamentos de alto costo (o precio). Responsabilidad subsidiaria del Estado», la presentación aporta las siguientes cifras concretas de impacto económico-financiero sobre los agentes del seguro de salud:

- Causa «Benedetti» (Sala II, Cámara Civil y Comercial Federal, 01/09/2022): costo anual del tratamiento de U\$D 733.000, con reducción de afiliados aportantes de casi el 50% y flujo operativo negativo. Distribución de la cobertura dispuesta: 10% a cargo de la obra social y 90% a cargo del Estado.
- Causa «Sottini Vazquez» (Sala II, 11/06/2022; sentencia 01/09/2022): pérdida proyectada de \$300.000.000 en el ejercicio en curso, y consumo del 38% de los fondos específicos de la entidad para el cumplimiento de la medida cautelar.
- Causa «T.Z.» (Sala «A», Cámara Federal de Córdoba, 06/09/2018): tratamiento de enfermedad poco frecuente (E.P.F.) con costo de 358.400 euros, distribuido en 10% a cargo de la obra social y 90% a cargo del Estado Nacional.
- Causas «A.P.F.» / «E.P.F.» (Nusinersen–Spinraza, Sala «A», Cámara Federal de Córdoba): distribución del 50% a cargo de la obra social y 50% a cargo del Estado, fundada expresamente en la «dificultad de liquidez por parte de la Obra Social para atender sus obligaciones a corto plazo».

- Causa «Z.C.» (Sala de FERIA, Cámara Federal de Córdoba, 15/01/2019): distribución por mitades entre Estado Nacional y obra social.
- Causa «E, E.S.» (Sala II, 25/06/2024): distribución en 45% Estado Nacional, 45% Provincia de Buenos Aires y 10% obra social, con mecanismo de diligenciamiento de compra a cargo del Estado Nacional y reintegro de la parte correspondiente a los restantes obligados dentro de los 30 días de acreditado.
- Causa «Romañuk» (Cámara Federal de Resistencia, 04/06/2024, sentencia definitiva): imposición del 100% del costo a cargo del Estado Nacional, con orden de devolución a la obra social de lo costado en cumplimiento de la medida cautelar (10%).

2.3. Otros indicadores numéricos relevados

- CATPROS: integración por cinco profesionales médicos y designación de cinco integrantes titulares y cinco suplentes, con dedicación no exclusiva.
- Informe 24 de la CONETEC (causa «Oviedo», Sala II, 18/05/2023): admite una reducción del riesgo de mortalidad y una disminución del número de pacientes con caída de la capacidad vital forzada (CVF) en un 10%.
- Proyecto de ley de conciliación obligatoria (modificación de la Ley N° 16.986): fija un plazo de 48 horas hábiles para la celebración de la audiencia de conciliación, contadas desde la recepción o el vencimiento del plazo del informe previsto en el art. 8°.

3. Hallazgos relevantes — dimensión conceptual

3.1. El interrogante rector: derechos fundamentales versus sustentabilidad del sistema

La presentación se estructura a partir de una pregunta programática que funciona como eje transversal de todo el documento: «¿Cómo lograr algún grado de equilibrio entre el respeto de los derechos fundamentales (como el derecho a la vida y a la salud) y la sustentabilidad del sistema de salud?». Este interrogante enmarca conceptualmente

cada uno de los desarrollos normativos y jurisprudenciales posteriores, que pueden leerse como intentos —normativos unos, pretorianos otros— de dar respuesta institucional a esa tensión estructural.

3.2. ANEFiTS y el antecedente provincial de Mendoza: hacia una evaluación vinculante

El documento reproduce la nota oficial del 27/03/2025 (Argentina.gob.ar) que anuncia la creación de la ANEFiTS, destacando que la nueva agencia establecerá, «mediante criterios científicos y económicos claros», qué tratamientos deben financiarse con recursos públicos, con el objetivo explícito de «evitar fallos judiciales arbitrarios no basados en evidencia científica que distorsionan el sistema». El documento identifica el estado parlamentario de la iniciativa a nivel nacional, con proyectos impulsados por el bloque PRO (Senador Dr. Fiad), el kirchnerismo y el socialismo.

Frente a esa iniciativa nacional aún no consolidada, la presentación destaca el antecedente ya vigente de la Provincia de Mendoza: la Ley N° 9547 (B.O. 01/07/2024) crea la Agencia Provincial de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, cuyo artículo 6° dispone expresamente que los dictámenes emitidos por la Agencia «tendrán carácter vinculante» para los organismos del Ministerio de Salud y Deportes provincial, así como para las organizaciones financiadoras de origen provincial, facultando al Poder Ejecutivo a celebrar convenios de adhesión con organizaciones financiadoras nacionales. Como aplicación concreta de ese régimen, se cita el precedente «Lombardo c/ OSEP s/ Amparo» (Primera Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Minas, de Paz y Tributario de Mendoza, 21/10/2025), en el que la Agencia dictaminó —tras un cotejo entre dos medicamentos de igual principio activo y sustancial diferencia de precio— que no existían diferencias científicamente comprobadas entre ambos, lo que fundó el rechazo de la acción de amparo.

El documento introduce, a partir de este contraste, una disyuntiva conceptual explícita sobre la finalidad de estas agencias de evaluación: si el objetivo es avanzar hacia la equidad en el sistema de salud e incorporar cobertura obligatoria de tecnologías y

medicamentos que «realmente curen», o si, en cambio, su función se agota en reducir los costos provocados por la judicialización.

3.3. El valor probatorio y los límites del informe de la CONETEC

El panel «Importancia del informe de la CONETEC» aporta tres precisiones conceptuales relevantes sobre el valor de dicho informe técnico en sede judicial. En primer lugar, se cita un dictamen médico (C.M.F.) que reconoce el efecto beneficioso de determinado tratamiento «al reducir la tasa de disminución de la capacidad vital forzada», calificando la prescripción del médico tratante como «correcta, adecuada y procedente». En segundo lugar, se identifica que el Informe N° 24 de la CONETEC, pese a su orientación general hacia criterios de impacto económico y sistémico, admite que el tratamiento evaluado probablemente reduce el riesgo de mortalidad y el número de pacientes con caída de la CVF en un 10%, lo que fue empleado para confirmar parcialmente una medida cautelar en la causa «Oviedo» (Sala II, 18/05/2023), sujeta a control periódico mediante espirometría.

En tercer lugar —y de mayor densidad doctrinaria— la presentación destaca el precedente «F., C. H.» (Cámara Civil y Comercial Federal, Sala I, 12/10/2023), que establece que los dictámenes de la CONETEC se basan en un «enfoque costo-efectividad», por lo cual sus resultados no son ni comparables ni extrapolables respecto de un enfoque «científico y asistencial». Esta distinción conceptual —costo-efectividad versus evidencia científico-asistencial— constituye uno de los ejes doctrinarios más relevantes del documento, en tanto delimita el alcance probatorio que los tribunales argentinos reconocen a los informes de evaluación de tecnologías sanitarias.

3.4. El proyecto de conciliación obligatoria en el amparo sanitario

El documento presenta un proyecto de ley de modificación de la Ley N° 16.986 (ley de amparo), que introduce una instancia de conciliación obligatoria previa en los amparos de «protección, garantía, acceso, cobertura, prestación o restitución del derecho a la salud» (art. 1°). El art. 3° dispone que la audiencia debe celebrarse dentro de las 48 horas hábiles de recibido o vencido el plazo del informe previsto en el art. 8°, y que dicha audiencia «será presidida personalmente [por el juez] y será indelegable».

3.5. El precedente comparado brasileño: ADI 7265 (STF, 18/05/2025)

La presentación incorpora un antecedente de derecho comparado: la sentencia del Supremo Tribunal Federal de Brasil en la Acción Declarativa de Inconstitucionalidad (ADI) N° 7265, del 18 de mayo de 2025, referida a la Ley N° 14.454/2022, que declaró que el listado elaborado por la Agencia Nacional de Salud (ANS) brasileña no reviste carácter taxativo. El STF estableció que, aun no estando incluidas en dicho listado, las entidades prestadoras pueden ser obligadas a cubrir determinadas prestaciones siempre que concurren copulativamente cinco condiciones: (i) prescripción por médico u odontólogo asistente habilitado; (ii) que el tratamiento no haya sido rechazado por la ANS o que esta todavía no se haya pronunciado; (iii) inexistencia de alternativa terapéutica adecuada y eficaz en el listado de la ANS para la condición clínica específica del paciente; (iv) comprobación de eficacia y seguridad del tratamiento con fundamento en medicina basada en evidencia de alto nivel; y (v) que el medicamento, producto o tratamiento haya sido aprobado por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA).

3.6. El caso testigo de fibrosis quística: Trikafta / Trixacar y «G., B., R. c/ OSDE»

El documento retoma el caso de sustitución del medicamento Trikafta (de origen extranjero) por Trixacar (de producción nacional) para el tratamiento de la fibrosis quística, destacando que el dictamen médico-forense (C.M.F.) encontró resultados similares entre ambos productos, sin que —desde el punto de vista pericial— surgiera contraindicación alguna para la sustitución, aunque sin contar con estudios de bioequivalencia, y calificando como arbitraria una sentencia dictada en sentido contrario. A continuación, la presentación cita un fallo reciente y de particular relevancia: la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en «G., B., R. c/ OSDE» (07/07/2026), en el marco de esta misma temática de sustitución de medicamentos de alto costo.

3.7. La prueba del desequilibrio financiero como estándar procesal (CSJN «Duich Dusan»)

El documento identifica el estándar probatorio fijado por la CSJN en «Duich Dusan» (29/04/2014, Fallos: 331:453), conforme al cual debe demostrarse el desequilibrio que se generaría con el otorgamiento de la cobertura integral, sea en términos generales del sistema, sea en la atención particular de otros afiliados. Este estándar es el que, en los hechos, habilitó a los tribunales inferiores a exigir y valorar la prueba económico-financiera concreta aportada en los casos «Benedetti» y «Sottini Vazquez», reseñados en el apartado numérico.

3.8. Doctrina de la CSJN sobre el Estado como garante del derecho a la salud

La presentación reúne una línea jurisprudencial constante de la Corte Suprema que caracteriza al Estado como responsable último, y a la vez subsidiario, en materia de derecho a la salud, mediante las siguientes fórmulas textuales:

- «Es un deber estatal impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho en acciones positivas» («Asociación Benghalensis», Fallos 323:1339; «Campodónico de Beviacqua», Fallos 323:3229; «Chamorro», Fallos 331:453).
- «El Estado no puede desentenderse de sus deberes haciendo recaer el mayor peso en la realización del servicio de salud en entidades que [...]» («Campodónico de Beviacqua», Fallos 323:3229).
- «Garante principal del sistema» («Policlínica Privada de Medicina y Cirugía», Fallos 321:1648).
- «Garante último del derecho a la salud [...] que ha asumido compromisos internacionales explícitos» («Sánchez», Fallos 328:4640).
- «Garante subsidiario del derecho a la salud» («Floreancig», Fallos 329:2552).
- «Debe garantizar la entrega oportuna y regular de un medicamento oncológico» («Defensor del Pueblo de la Nación», Fallos 330:2800).
- «Responsable subsidiario ante la falta de respuesta del afiliado» («Agüero», Fallos 328:4303).

La convivencia de las categorías «garante principal», «garante último» y «responsable/garante subsidiario» dentro de una misma línea jurisprudencial constituye,

en sí misma, un hallazgo conceptual relevante: evidencia que la Corte no ha fijado un estándar unívoco sobre la naturaleza —principal o subsidiaria— de la responsabilidad estatal, lo que explica la heterogeneidad de los porcentajes de distribución de costos reseñados en el apartado 2.2 (10/90, 45/45/10, 50/50, 100/0, entre otros).

3.9. Límites jurisprudenciales a la extensión de la cobertura obligatoria

El documento reúne un conjunto extenso de precedentes de la Cámara Civil y Comercial Federal que fijan límites conceptuales a la extensión de la cobertura prestacional, organizados por materia:

Fertilización asistida

- Los jueces no pueden ordenar la incorporación al catálogo de técnicas de reproducción humana asistida de una práctica que no surge de la normativa vigente (art. 3º, Ley N° 26.862; CSJN, 01/09/2015, «L.E.H.»).
- Test ERA (Sala II, 04/04/2023, «Valentini»).
- Gestación «solidaria» (maternidad subrogada): se revoca la cobertura por no encontrarse la gestante afiliada ni la técnica prevista en la normativa (Sala III, 16/03/2023, «S.L.L.»); se considera además incompatible con el Código Civil y Comercial (Sala II, 16/03/2023, «Lopez»).
- Tratamiento por prestador ajeno a cartilla: se revoca la cautelar por falta de fundamentación de la elección, existiendo prestadores idóneos dentro de la Ciudad de Buenos Aires (Sala II, 27/06/2023, «Maisterrena»).
- Cultivo de células de la granulosa y assisted hatching embrionario (Sala II, 10/09/2021, «G.J.»).
- Columnas de anexina (Sala II, 26/09/2024, «F. M. M.»).

Acompañante terapéutico y cuidado domiciliario

- Acompañante terapéutico para natación: se hace lugar a la cobertura con fundamento en la prescripción de la psicóloga tratante y en la Convención sobre los

Derechos del Niño, revocándose la sentencia que la había desestimado (Sala II, Cámara Federal de La Plata, «Coiscou», 11/06/2024).

- Cuidador domiciliario ajeno a cartilla: la obligación de cobertura no implica hacerlo donde y como lo exija unilateralmente el interesado; el principio de integralidad de la Ley N° 24.901 se vincula con prestadores propios o contratados, no con un prestador elegido unilateralmente. La cobertura se limita a los valores del Nomenclador de Prestaciones Básicas (Resolución MS N° 428/99) (Sala II, 27/06/2023, «G.L.»).

Internación y elección de establecimiento

- Internación en institución de tercer nivel ajena a cartilla: se revoca la cautelar por insuficiencia del certificado médico invocado; la cercanía geográfica y las preferencias familiares no derivan necesariamente en la exigencia de tales recaudos al agente de salud, cuando no se demuestra que la prestación ofrecida resulte inadecuada o ineficaz (Sala II, 06/06/2023, «Calabro»).
- Cirugía cardíaca de alta complejidad en el Boston Children's Hospital: se revoca por poder ser llevada a cabo en Argentina en establecimientos de afamada calidad médica con resultados similares (CSJN, 18/03/2021, «C., R. L.»).

Equipamiento y prótesis

- Equipamiento protésico: el afiliado no justificó el motivo de la elección de la prótesis pretendida ni fundamento científico de la insuficiencia de la prótesis autorizada por la prepaga (Sala II, Cámara Civil y Comercial Federal, «Baez», 05/03/2024).
- Recambio de prótesis mamaria ante rotura: se revoca la cautelar por no haberse demostrado riesgo para la salud de la paciente, con cita del principio de previsibilidad y racionalidad en la asignación de los recursos de las obras sociales, en tanto el reconocimiento de pretensiones sin sustento jurídico repercute negativamente sobre los recursos afectados a la satisfacción de las necesidades de todos los afiliados (Sala III, 28/12/2022).

Actividades recreacionales o deportivas

- Prestación de actividad recreacional o deportiva (participación en proyecto deportivo especial): se revoca por no constituir un tratamiento médico, lo que excede el marco del sistema reglamentario de protección de la salud. Se destaca que la Obra Social había ofrecido cubrir hidroterapia como alternativa, y se cita textualmente que «la sola circunstancia de que la prestación requerida resulte beneficiosa para el menor [...] no justifica la imposición a la entidad prestadora de salud de la obligación de solventarla, pues, con el mismo criterio, debería hacerse pesar sobre esta cualquier otra actividad de carácter social que tuviera esa misma finalidad [...]» (CSJN, 14/08/2018, «T.I.H.»).

4. Glosario técnico-jurídico

Amparo sanitario: Acción de amparo (Ley N° 16.986) promovida para la tutela judicial urgente del derecho a la salud, habitualmente dirigida a obtener la cobertura de medicamentos, tratamientos o tecnologías sanitarias.

ANEFITS: Agencia Nacional de Evaluación de Financiamiento de Tecnologías Sanitarias, cuya creación fue anunciada el 27/03/2025 con el objetivo de establecer, mediante criterios científicos y económicos, qué tratamientos deben financiarse con recursos públicos.

ANS (Brasil): Agência Nacional de Saúde Suplementar, autoridad reguladora brasileña que elabora el listado de coberturas obligatorias de los planes de salud.

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, autoridad brasileña de aprobación y control sanitario de medicamentos, productos y tratamientos.

Bioequivalencia: Estudio farmacológico que demuestra que dos formulaciones de un mismo principio activo producen concentraciones plasmáticas y efectos terapéuticos equivalentes.

CATPROS: Consejo de Asistencia Técnica para Procesos Judiciales de Salud, órgano consultivo y permanente en el ámbito del Ministerio de Salud, orientado a asesorar al Poder Judicial en reclamos por enfermedades poco frecuentes y patologías especiales.

Consejo Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC): Comisión encargada de emitir informes técnicos de evaluación de tecnologías sanitarias, con enfoque predominante de costo-efectividad.

Costo-efectividad: Metodología de evaluación económica en salud que compara el costo de una intervención con los resultados sanitarios que produce, distinta del enfoque científico-asistencial centrado en la evidencia clínica individual del paciente.

CVF (Capacidad Vital Forzada): Parámetro espirométrico que mide el volumen máximo de aire que una persona puede exhalar de forma forzada, empleado como indicador de progresión en enfermedades respiratorias.

Medicina basada en evidencia de alto nivel: Estándar probatorio clínico que exige sustento en estudios científicos de calidad metodológica elevada (ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas) para acreditar la eficacia y seguridad de un tratamiento.

Responsabilidad subsidiaria del Estado: Doctrina jurisprudencial según la cual el Estado Nacional responde, en determinada proporción, por el financiamiento de prestaciones de salud de alto costo cuando su cobertura íntegra por el agente del seguro de salud comprometería el equilibrio financiero del sistema.

SNSS: Sistema Nacional del Seguro de Salud, régimen argentino de cobertura de salud integrado por obras sociales y otros agentes del seguro de salud.

Test ERA: Test de Análisis de Receptividad Endometrial (Endometrial Receptivity Array), estudio diagnóstico utilizado en tratamientos de fertilización asistida.

5. Corolario práctico

A partir del análisis precedente, se identifican las siguientes líneas de acción y consideraciones prácticas:

1. Monitoreo del ritmo de judicialización. El crecimiento sostenido de la serie 2008-2026 sugiere la conveniencia de mantener un monitoreo estadístico trimestral de la

litigiosidad en salud, a fin de anticipar el impacto presupuestario y operativo en el diseño de las provisiones financieras.

2. Aprovechamiento probatorio de los informes CONETEC/CATPROS. Dado que la jurisprudencia («F., C. H.») limita el valor comparativo del enfoque costo-efectividad de la CONETEC frente al enfoque científico-asistencial, resulta aconsejable que, en cada causa donde se invoque un informe de la CONETEC, se acompañe adicionalmente evidencia clínica específica del caso, evitando que la sola cita del informe general sea desestimada por insuficiente.
3. Prueba económico-financiera del desequilibrio (estándar «Duich Dusan»). Los precedentes «Benedetti» y «Sottini Vazquez» muestran que la acreditación concreta y documentada del impacto financiero (pérdida proyectada, porcentaje de fondos específicos comprometidos, caída de afiliados aportantes) resulta determinante para obtener una distribución de costos favorable con el Estado Nacional. Se recomienda institucionalizar un protocolo de certificación contable inmediata ante cada requerimiento judicial de alto costo, replicable en futuras causas.
4. Integración de litis con el Estado Nacional y la Superintendencia de Servicios de Salud. La línea jurisprudencial reseñada (Córdoba, La Plata, Salta, Resistencia) confirma la conveniencia de solicitar, en toda causa de medicamentos o tecnologías de alto costo, la integración de la litis con el Estado Nacional y, según corresponda, con la jurisdicción provincial involucrada, a fin de procurar esquemas de distribución de costos (10/90, 45/45/10, 50/50) en lugar de la asunción íntegra por parte de la obra social.
5. Seguimiento del proceso de creación de la ANEFiTS. La eventual sanción de la ley nacional de evaluación de tecnologías sanitarias —con eventual carácter vinculante análogo al régimen mendocino (Ley N° 9547)— tendría un impacto estructural en la litigiosidad de salud. Se sugiere el seguimiento activo del trámite parlamentario y la elaboración de un documento de posición institucional sobre el diseño normativo más conveniente para el sector.
6. Utilización de límites jurisprudenciales consolidados en la defensa técnica. El conjunto de precedentes sobre prestador ajeno a cartilla, elección unilateral de

establecimiento, actividades recreacionales y equipamiento protésico sin fundamento científico constituye un repertorio de defensas técnicas ya validadas judicialmente, que puede sistematizarse en un protocolo interno de contestación de demandas y oposición a medidas cautelares.

7. Seguimiento del proyecto de conciliación obligatoria (modificación de la Ley N° 16.986). La eventual sanción de esta reforma introduciría una instancia previa de resolución de conflictos con plazos perentorios (48 horas hábiles), lo que exige preparar internamente un protocolo de respuesta institucional rápida —incluyendo la eventual convocatoria a asesoramiento médico y jurídico de urgencia— para participar eficazmente en dichas audiencias.
8. Ponderación del precedente comparado brasileño (ADI 7265). Los cinco requisitos fijados por el STF para la cobertura de prestaciones no listadas —evidencia de alto nivel, ausencia de alternativa terapéutica adecuada, aprobación regulatoria del producto, entre otros— constituyen un estándar de referencia útil que podría proponerse como parámetro de razonabilidad en la defensa técnica ante los tribunales argentinos.
9. Encuadre del caso «G., B., R. c/ OSDE» (CSJN, 07/07/2026). Por tratarse de un pronunciamiento reciente de la Corte Suprema en materia de sustitución de medicamentos de alto costo, se recomienda su análisis pormenorizado en un informe complementario específico, dada su previsible incidencia como precedente rector en casos análogos.