

Control jurisdiccional de actos administrativos que deniegan prestaciones de salud: entre la razonabilidad y la proporcionalidad

Judicial review of administrative acts denying health benefits: between reasonableness and proportionality

María Alejandra Asencio¹

DOI: [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2025\)21](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2025)21)

Comentario a

B., M.L C/ Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS) - Amparo (Ley 4915)
Sentencia N° 139 de fecha 04/03/2024

**Cámara Contencioso- Administrativa de Segunda Nominación
de la Ciudad de Córdoba**

RESUMEN:

El presente artículo analiza la decisión adoptada por la Cámara Contencioso Administrativa de Segunda Nominación de la Ciudad de Córdoba, en el marco de una acción de amparo por salud, interpuesta por una afiliada contra la Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS), con el objeto de obtener la cobertura integral de una prótesis con características específicas no contemplada en el nomenclador prestacional de la obra social. El pronunciamiento judicial brinda una oportunidad para reflexionar sobre los estándares de tutela del derecho a la salud de las mujeres con discapacidad, con especial atención a la perspectiva de vulnerabilidad. Asimismo, permite indagar la ponderación de los principios de razonabilidad y proporcionalidad como herramientas para el control de los actos administrativos que niegan o restringen prestaciones sanitarias.

¹ Abogada (UNC); Egresada sobresaliente. Escribana (U.Siglo 21). Diplomada Derecho Procesal Civil y Administrativo (UBP). Maestranda Derecho Procesal Civil (U. Siglo 21); Se desempeña en la Cámara Contencioso Administrativa de Segunda Nominación de Provincia de Córdoba.
Mail: aleasencio@gmail.com. Nro. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9147-2609>.

ABSTRACT

This article analyzes the decision rendered by the Second Chamber of the Administrative Litigation Court of the City of Córdoba, in the context of a health-related amparo action filed by a beneficiary against the Provincial Health Insurance Administration (APROSS), seeking full coverage for a prosthesis with specific features not included in the health insurer's benefit schedule. The judicial ruling provides an opportunity to reflect on the standards for safeguarding the right to health of women with disabilities, with particular attention to the vulnerability perspective. It also allows for an examination of how the principles of reasonableness and proportionality are weighed as tools for reviewing administrative acts that deny or restrict access to health benefits.

PALABRAS CLAVE: Derecho a la Salud. Discapacidad. Prestaciones médicas. Perspectiva de vulnerabilidad. Discrecionalidad Técnica.

KEYWORDS: Right to Health. Disability. Medical Benefits. Vulnerability Perspective. Technical Discretion.

I. Introducción

La actora -mujer de 33 años, laboralmente activa, a cargo de una hija de 4 años-, con una gravísima afección denominada osteosarcoma, sufrió una amputación transfemoral de su pierna derecha para salvar su vida. Como consecuencia de ello, interpuso acción de amparo en contra de APROSS, con el objeto de obtener la cobertura integral de un equipamiento protésico específico, conforme a la prescripción de su médico tratante para su caso particular.

La demandada se opuso al progreso de la acción en el entendimiento de que la prótesis requerida no se encontraba en el nomenclador prestacional de la obra social. En su defensa, ofreció una alternativa protésica que —según sostuvo— cumplía con las especificaciones técnicas indicadas por el profesional tratante.

La causa fue resuelta por la Cámara Contencioso Administrativa de Segunda Nominación de la Ciudad de Córdoba, la cual, tras valorar los antecedentes médicos y jurídicos del caso, hizo lugar a la acción interpuesta.

En el presente artículo nos proponemos analizar la labor desarrollada por el Tribunal en la ponderación de las disposiciones reglamentarias y el margen de discrecionalidad técnica invocados por la demandada para justificar la negativa de cobertura del equipamiento prescripto, y su compatibilidad con el principio de la tutela judicial efectiva del derecho a la salud de una persona en situación de vulnerabilidad.

La controversia sometida a consideración de la Cámara exige dilucidar si la denegatoria de cobertura constituye un acto arbitrario o manifiestamente ilegal, incompatible con el plexo constitucional que tutela el derecho a la salud. Asimismo, corresponde examinar si la obra social demandada se resultaba jurídicamente obligada a otorgar la prestación solicitada, conforme a las disposiciones de la normativa nacional e internacional vigente, y si, en caso de haber actuado con fundamento en reglamentaciones propias, si éstas superan el test de razonabilidad constitucional.

II. El derecho a la salud. Régimen jurídico

1. Protección constitucional y convencional

Es indiscutible que en el presente caso se encuentra comprometido el derecho a la salud de la amparista y, en consecuencia, el derecho a la vida, reconocido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, como el primer derecho natural de la persona humana, preexistente a toda legislación positiva y garantizado por la Constitución Nacional (Fallos: 302:1284; 310:112; 323:1339). Dicho derecho, además, se encuentra consagrado en los tratados internacionales con jerarquía constitucional (artículo 75, inc. 22, CN), entre ellos: el artículo 12, inciso c, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; los artículos 4.1 y 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica); y el artículo 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (conf. Fallos: 323:1339 y A. 891. XXXVIII, "Asociación de Esclerosis Múltiple de Salta c/ Ministerio de Salud – Estado Nacional s/ acción de amparo – medida cautelar", del 18/12/2003).

En el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptada en 1946 y en vigor desde 1948, redefine el concepto de salud y establece principios rectores para las políticas sanitarias de los Estados. Es así que consagra que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

En el marco del plexo convencional específico que reconoce una protección reforzada para las personas con discapacidad y constituye una guía hermenéutica relevante para la interpretación del alcance de los derechos involucrados, destacamos el Protocolo Adicional a la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -Protocolo de San Salvador-, adoptado por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en El Salvador, el 17/11/1988, aprobado por Argentina por la Ley N° 24.658 (B.O. 17/07/1996), en su artículo 10 sobre Derecho a la salud consagra que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y en el artículo 18 el derecho de las personas con disminuciones físicas o mentales a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad.

Asimismo, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobada por la Ley N° 26.378 (B.O. 09/06/2008), incorporada con jerarquía constitucional en los términos del artículo 75 inciso 22 de la C.N. por Ley N° 27.044 (B.O. 22/12/2014 – CSJN Fallos 338:556), define que su propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente (artículo 1).

El artículo 20 ib. bajo el título "movilidad personal", dispone que los Estados deben "... adoptar medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible".

Entre ellas, deben "...facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un costo asequible" (inc. a) y facilitar el acceso "...a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible" (inc. h).

Como se indica en el voto que comentamos "El propio texto convencional, tutela de modo especial la situación de las mujeres con discapacidad, y en el artículo 6, impone que los Estados Partes ´...adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales´ y ´...tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales...".

De lo expuesto es posible advertir un enfoque interseccional de género que la Convención incorpora y exige una especial protección de las mujeres con discapacidad, a fin de garantizar sus derechos.

En nuestro país, la Constitución Nacional reconoce el carácter de integral e irrenunciable de los beneficios de la seguridad social. A su vez, a partir de la reforma de 1994, se reforzó el mandato constitucional de tutela para situaciones de vulnerabilidad al advertir que el Congreso debe legislar y promover medidas de acción positiva para garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución y los tratados internacionales, en especial respecto de la niñez, la mujer, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables, artículo 75 inc. 23 (CSJN, Fallos: 335:452).

A nivel provincial, la Constitución de Córdoba en el artículo 59 establece que la salud es un bien natural y social que genera en los habitantes el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social, imponiendo al Estado el deber de garantizar su efectividad mediante acciones y prestaciones adecuadas. También dispone que el sistema de salud debe organizarse sobre la base de la universalidad de la cobertura, a través de acciones integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. En concordancia, el artículo 19, inciso 1º, reconoce a todas las personas el derecho a la vida desde la concepción, así como el derecho a la salud, a la integridad psicofísica y moral, y a la seguridad personal, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio.

2. Legislación Nacional

Antes de la sanción de las leyes aprobatorias de estos tratados, internacionales, la Ley N° 22.431 (B.O. 20/03/1981) estableció el Sistema de Protección Integral de Discapitados, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca (artículo 1).

La Ley N° 24.901 (B.O. 05/12/1997) Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, a la que la Provincia de Córdoba adhirió mediante el Decreto Pcial. N.º 1297/1999 y la Ley N.º 8811, garantiza la cobertura integral de las necesidades y requerimientos de las personas con discapacidad, reconociendo a tal fin prestaciones básicas clasificadas en prestaciones preventivas (artículo 14), de rehabilitación (artículo 15), terapéuticas educativas (artículo 16),

educativas (artículo 17) y asistenciales (artículo 18), además de los servicios específicos que enuncia la ley a partir del artículo 19 y siguientes. En el marco de la Cláusula Quinta del Convenio de Adhesión, el Estado Provincial se obligó a adoptar el Nomenclador de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad, aprobado por el Directorio del Sistema Único de Prestaciones Básicas, y procurar la atención de tales prestaciones a través de efectores públicos y privados debidamente registrados.

La actora cuenta con Certificado de Discapacidad otorgado en el marco de la Ley Nacional N° 22.431 (artículo 3), la Ley N° 24.901 y el Decreto Reglamentario N° 762/1997, por padecer de “anormalidades de la marcha y movilidad – amputación de miembro(s) como consecuencia de un tumor maligno de los huesos largos del miembro inferior”.

3. Régimen Especial para Enfermedad Poco Frecuente (EPoF).

La patología que afecta a la actora -osteosarcoma- constituye una Enfermedad Poco Frecuentes (EPoF). En virtud de ello, resulta aplicable la Ley N° 26.689, reglamentada por el Decreto N.º 794/2015 (B.O. 18/05/2015), cuyo objeto es promover el cuidado integral de la salud de las personas con este tipo de patologías y mejorar la calidad de vida de ellas y sus familias (artículo 1), incluyendo las acciones destinadas a la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y recuperación, en el marco del efectivo acceso al derecho a la salud para todas las personas (artículo 3).

A los efectos de esta ley se consideran EPoF a aquellas cuya prevalencia en la población es igual o inferior a una en dos mil (1 en 2000) personas, referida a la situación epidemiológica nacional. La ley mencionada, fija también los objetivos que debe impulsar la Autoridad de Aplicación, en el marco de la asistencia integral establecida para las personas que presentan que las padecen.

En este marco, la nomenclatura internacional Orphanet proporciona un sistema de identificación y seguimiento para la visibilización de las EPoF en los sistemas de información sanitaria y para su adecuado abordaje en el ámbito de la investigación. Cada enfermedad incorporada en Orphanet cuenta con un código único y permanente denominado ORPHACODE. La Resolución Ministerial N° 307/2023 aprobó el Listado de Enfermedades Poco Frecuentes (Anexo I IF-2022-124510220-APN-DMEYAP#MS), incluyendo al osteosarcoma bajo el código ORPHA:668 (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

La Provincia de Córdoba, adhirió a esta normativa mediante la Ley N° 10.388 (B.O. 03/11/2016) y creó en el ámbito del Ministerio de Salud, o el organismo que en el futuro lo sustituyere, un Registro Provincial de Enfermedades Poco Frecuentes, garantizando siempre el derecho a la intimidad personal y familiar y la protección de sus datos personales. Los profesionales, efectores públicos y privados de salud tienen la obligación de denunciar todo diagnóstico confirmado. El artículo 3 dispone que la APROSS debe adecuar sus prestaciones a la Ley N.º 26.689 cuando corresponda, y el artículo 5 encomienda al Ministerio de Finanzas realizar las adecuaciones presupuestarias necesarias.

De acuerdo con la caracterización doctrinaria y normativa vigente, las Enfermedades Poco Frecuentes (EPF) presentan dos rasgos distintivos que justifican su tratamiento diferenciado en materia de política sanitaria. Por un lado, su baja prevalencia en la población, entendida como una afectación igual o inferior a una en dos mil personas, conforme a lo establecido por la Ley 26.689 y sus reglamentaciones. Por otro lado, se advierte la limita-

da disponibilidad de conocimientos científicos desarrollados sobre estas enfermedades, lo cual dificulta su diagnóstico, tratamiento y abordaje terapéutico. Esta combinación de escasa frecuencia y alta incertidumbre clínica genera una situación de especial vulnerabilidad para las personas que las padecen, y exige respuestas estatales basadas en los principios de equidad, razonabilidad y buena administración del derecho a la salud (Massimino, 2025).

4. Alcances de la cobertura prestacional de APROSS

La Administración Provincial del Seguro de Salud, creada en 2005 por Ley Provincial N° 9277, brinda cobertura de salud a las y los agentes en actividad y pasividad de los tres Poderes del Estado Provincial y de los municipios y comunas adheridos. Es una entidad autárquica con individualidad financiera. Su función es la de organizar y administrar un sistema de seguro de atención médica para los habitantes de la provincia de Córdoba, con el fin de organizar la salud de la población mediante coberturas de atención médica con el aporte solidario de todos sus afiliados.

De acuerdo con su ley de creación, la APROSS debe seguir los lineamientos sanitarios del Poder Ejecutivo Provincial, asegurando equidad y accesibilidad en la atención. En ese marco, su Directorio ha definido cinco líneas de cuidado priorizadas, entre ellas: el cuidado de la salud de las mujeres y de niños y niñas; la prevención de infecciones de transmisión sexual; el fortalecimiento del primer nivel de atención; la atención de enfermedades crónicas no transmisibles; y el cuidado socio-sanitario de personas mayores. Tales prioridades refuerzan la obligación institucional de brindar respuestas adecuadas a quienes se encuentran en condiciones de especial tutela, como es el caso de la amparista².

Garay y Jaimarena Brion (2014) sostienen que las obras sociales provinciales son "...entes autárquicos, que se sustentan en la filosofía de la seguridad social, los que tienen la finalidad de brindar servicios de salud y sociales a sus afiliados / beneficiarios forzosos, los que son financiados mediante el aporte y la contribución obligatorios, de los trabajadores / empleados públicos y del Estado provincial empleador". En consecuencia, si bien comparten la naturaleza y objeto, las Obras Sociales Provinciales no son parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud, no están sujetas al poder de contralor de la Superintendencia del Seguro de Salud; sólo deben rendir cuentas de sus acciones a las instancias de contralor del respectivo Estado provincial.

Por ello, y conforme lo establece el artículo 13 de la Ley N° 9277, las prestaciones, servicios e insumos a cargo de APROSS serán brindados en la medida de sus posibilidades técnico-financieras y conforme a las reglamentaciones dictadas por el Poder Ejecutivo Provincial y el Directorio del organismo.

Por su parte, el inciso k del artículo 14 ib. dispone, como principio general, que no se cubrirán prestaciones o servicios brindados por profesionales o instituciones no contratadas por APROSS. No obstante, el artículo 15 ib. establece que el Directorio podrá reglamentar los supuestos excepcionales en los que se admita el reconocimiento parcial o total de dichos gastos, siempre que se trate de prácticas reconocidas por las autoridades sanitarias competentes y tendrán efectos limitados al caso particular en que se dicten, sin que generen precedentes obligatorios para terceros.

2 Administración Provincial de Seguro de Salud (APROSS) página web: <https://www.apross.gov.ar/institucional/>, entrada del 09/06/2025.

III. Fundamentación del criterio médico legal de indispensabilidad de la prestación solicitada. Valoración en el caso concreto

En las acciones de amparo, especialmente en salud, no se discute sólo la procedencia de la cobertura pretendida, sino que se encuentran indisolublemente mezcladas con la pretensión distintas cuestiones como el derecho al acceso a la salud, su naturaleza jurídica, argumentaciones relativas a la equidad, el principio de no regresión, el deber de cuidar la salud, las políticas públicas de salud, la sustentabilidad del sistema en general, entre otras facetas (Carignani & Carnota, 2018).

Sin perjuicio de ello, resulta insoslayable destacar que la prueba y fundamentación del criterio médico-legal de indispensabilidad de la prestación solicitada constituye un eje central para la valoración judicial.

Gozaíni señala que la prueba constituye una de las actividades esenciales en todo proceso, inclusive en el amparo. La simplicidad estructural de este proceso no implica la eliminación del ofrecimiento de prueba ni la posibilidad de producirla cuando resulte pertinente. Antes bien, la particularidad del amparo exige una concentración de actos y diligencias, sobre todo en aquellos casos en que la ilegitimidad o arbitrariedad de la conducta estatal no surgen con claridad del expediente. De allí que resulte admisible incorporar medios probatorios para despejar la controversia y dotar de mayor sustento a la decisión judicial (Gozaíni, 2002, p. 433).

En términos generales corresponde a la parte actora acreditar entre los extremos fundamentales: (i) el dato fáctico de la enfermedad que afecta de manera decisiva su autonomía personal, lo cual se acredita mediante prueba documental, informativa y pericial médica; (ii) la idoneidad y pertinencia de la prestación prescrita por los profesionales tratantes, también respaldada por documental, informes médicos y dictámenes periciales; y (iii) el costo de la prestación en relación con los ingresos de la amparista, lo que se prueba mediante prueba documental e informativa.

Ahora bien, si la demandada no comparte el criterio médico sostenido por los profesionales tratantes de la amparista, le corresponde probar, mediante dictamen técnico fundado de especialistas en la materia, con la oportuna intervención de sus áreas administrativas pertinentes, que la prestación requerida carece de eficacia terapéutica, no resulta necesaria en función de la patología invocada o que existen alternativas suficientes ya contempladas en el menú prestacional. No es suficiente, a tal efecto, con formular una negativa genérica o amparada exclusivamente en criterios administrativos o contractuales: se exige una refutación médica específica que dialogue con el contenido de las prescripciones acompañadas y con el estado clínico documentado de la paciente.

Distinto es el supuesto en que la parte demandada justifica la negativa a brindar la prestación invocando razones de sostenibilidad financiera o equidad distributiva. En tales casos, recae sobre ella la carga de demostrar que el reconocimiento de la prestación solicitada ocasionaría un perjuicio estructural al sistema de salud o al universo de afiliados, de tal magnitud que supere el daño individual que sufriría la persona amparista ante la denegatoria. En ausencia de esa acreditación concreta y documentada, la decisión administrativa deviene irrazonable y, por tanto, ilegítima frente al caso particular sometido a revisión judicial.

Una de las dimensiones esenciales del derecho a la prueba radica precisamente en que las pruebas aportadas en el proceso no sólo deben ser admitidas, sino también valoradas adecuadamente por el órgano judicial. Esta valoración debe efectuarse con motivación suficiente y conforme a criterios objetivos y razonables. De allí se desprenden dos exigencias: por un lado, no omitir el análisis de las pruebas relevantes aportadas por las partes; y por otro, motivar debidamente esa valoración con fundamentos adecuados a los fines de resolver la controversia (Carranza Torres, 2020).

En el caso bajo estudio, y tal como lo ha señalado la Sra. Vocal del primer voto, no se encuentra controvertido ni el diagnóstico que padece la amparista ni la necesidad de contar con un equipamiento protésico adecuado para una amputación transfemoral.

La controversia radica, en cambio, en las características técnicas del dispositivo prescrito por los profesionales tratantes, cuya idoneidad resulta determinante para resguardar de manera eficaz el derecho a la salud, reconocido y protegido tanto por la Constitución Nacional como por los instrumentos internacionales con jerarquía constitucional.

La cuestión debatida sin dudas es compleja, pues se encuentra involucrado el derecho a la salud de la actora y la correlativa obligación de la obra social demandada de otorgar esa prótesis en particular.

La parte actora acompañó como prueba documental, las prescripciones e informes efectuadas por los médicos tratantes —jefe de Ortopedia y Traumatología y Médico Cirujano especialista en Traumatología y Ortopedia, ambos prestadores de APROSS, dato no menor—, quienes explicaron la patología de base, detallaron el estado clínico de la actora y fundamentaron la necesidad concreta de provisión del equipamiento indicado.

La prestación requerida concretamente consistía en un sistema protésico de alta complejidad para amputación transfemoral, que incluye una rodilla biónica con control mediante microprocesador, diseñada para brindar mayor estabilidad, seguridad en la marcha y autonomía funcional, conforme a las características personales y clínicas de la paciente. Por su parte, la demandada acompañó un informe elaborado por su prestadora de insumos y prótesis “Angiocor”, en el cual se señala que la prótesis prescrita no se encuentra contemplada dentro del convenio vigente, motivo por el cual se propone un equipamiento alternativo. A su vez, el Área de Prótesis e Insumos de la demandada sostuvo que la actora no estaría en condiciones de utilizar el dispositivo solicitado, por lo que recomendó iniciar con una prótesis de transición que facilitara su adaptación progresiva.

Frente a dicha postura, los profesionales tratantes de la actora refutaron de manera categórica tal criterio, afirmando que el equipamiento alternativo ofrecido por APROSS restringiría de forma considerable la movilidad de la amparista y comprometería su desenvolvimiento autónomo en la vida diaria. Resaltaron, en particular, que la rodilla biónica indicada presenta menor riesgo de caídas en comparación con la rodilla mecánica ofrecida, posee autorregulación en tiempo real, y reduce significativamente la carga física y cognitiva durante la marcha. Asimismo, desaconsejaron el uso del sistema de recomendando.

Ante estas divergencias técnicas planteadas, como medida para mejor proveer, el Tribunal ordenó dar intervención a la Oficina de Auditorías y Pericias Médicas del Poder

Judicial, a fin de que se realizara una valoración médica integral de la amparista. En particular, se encomendó a dicho cuerpo técnico que informe si la provisión del equipamiento protésico con las características especiales requeridas por los profesionales tratantes resulta procedente conforme a la situación clínica actual de la paciente y al estadio evolutivo de su discapacidad. Asimismo, se solicitó que se evaluara comparativamente la funcionalidad de la prótesis ofrecida por APROSS y la requerida por la actora, con el objeto de determinar cuál resulta más adecuada para cumplir la finalidad específica del equipamiento, en función del estado físico y funcional de la paciente.

Tal como lo destaca la doctrina especializada, estas medidas probatorias que ordena el Tribunal tienen un carácter complementario respecto de la prueba ya producida, y su objeto consiste en despejar dudas o esclarecer aspectos técnicos relevantes para una decisión ajustada a derecho y justicia. No sustituyen la carga probatoria de las partes, pero permiten al juez superar estados de incertidumbre en torno a los hechos esenciales del caso (Díaz Villasuso, 2016, pp. 264-265).

El informe del Comité resultó dirimente en tanto concluyó que la prótesis solicitada, al contar con microprocesador, brinda mayor seguridad y reduce el esfuerzo físico y cognitivo, lo cual resulta esencial dada la condición de la amparista. En contraste, la ofrecida por APROSS carece de dicho sistema, implicando menor protección frente a caídas.

Cobra sentido que “En un proceso constitucional el magistrado no puede estar atado de pies y manos, sino que debe tener amplias facultades para dirigir el proceso de oficio. La carga probatoria se vuelve dinámica e incluso se acepta iniciativa probatoria del juez. El magistrado puede tomar medidas inaudita parte y sancionar la falta de colaboración de las partes. El contradictorio no se elimina, pero puede ser diferido” (Peláez Moll, 2021, p. 246).

El Tribunal ha valorado de forma acertada las constancias obrantes en la causa, toda vez que lo prescripto por los profesionales de la salud —especialistas de reconocida trayectoria— se sustenta en una indicación médica concreta, técnicamente fundada y adaptada al estado clínico y situación personal de la amparista, joven, laboralmente activa y a cargo del cuidado de su hija menor.

La negativa de la Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS) a reconocer el equipamiento protésico indicado, bajo el argumento de que el ofrecido posee características técnicas similares, resultó desvirtuada por los fundamentos del médico tratante y por el dictamen elaborado por el Comité de Prácticas Médicas, Sanitarias y Bioéticas del Poder Judicial (CO.PRAME.SAB).

IV. Discrecionalidad Técnica de APROSS en la aplicación de excepciones al Régimen Prestacional (artículo 15 de la Ley N° 9277)

Como adelantáramos, el inciso k del artículo 14 de la Ley N° 9272 dispone que, en principio, no se cubrirán prestaciones brindadas por profesionales o instituciones no contratadas por APROSS. No obstante, el artículo 15 ib. autoriza al Directorio a reconocer excepciones en casos particulares, siempre que las prácticas estén avaladas por autoridades sanitarias competentes. Estas decisiones tienen efectos limitados al caso concreto y no generan precedentes obligatorios.

Al respecto, ha dicho la jurisprudencia del Máximo Tribunal Provincial y la Cámara Con-

tencioso Administrativa de Segunda Nominación, que el juicio técnico de indispensabilidad efectuado por la APROSS para autorizar o denegar el reconocimiento de prestaciones médicas por vía de excepción, encierra un típico concepto jurídico indeterminado, cuya determinación debe efectuarse conforme a un juicio médico de carácter técnico y de universal consenso, a partir de premisas tolerables³.

La Sala Contencioso Administrativa del Tribunal Superior de Justicia ha expresado que la discrecionalidad técnica implica una valoración técnico-administrativa opuesta a la discrecionalidad pura, que se expresa mediante un procedimiento volitivo. La discrecionalidad técnica implica la valoración de hechos previstos por la norma como presupuestos del obrar estatal sujetos a conocimientos técnicos. Una vez efectuada la valoración, el cauce procedimental se desarrolla en forma vinculada (Tribunal Superior de Justicia, Sala Contencioso Administrativa, Sentencia N° 127 de 29/12/2009, "Citto, Mario Alfredo c/ Caja de Previsión y Seguridad Social de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba - Plena Jurisdicción - Recurso Directo").

La doctrina especializada ha abordado detalladamente esta temática, y enseña que la remisión normativa a valoraciones técnicas no supone automáticamente la atribución al órgano administrativo de una potestad inmune al control judicial. En efecto, las reglas técnicas (conocimiento especializado) de universal consenso, o al menos tolerables (cuando trasuntan una verdad relativa), las reglas de la experiencia (conocimientos prácticos comunes) como los estándares de conductas, integran el orden jurídico administrativo por remisión expresa o implícita de éste (Sesin, 2007).

Aun cuando el reenvío no surja tácitamente del ordenamiento, las pautas o reglas referidas pueden tener igualmente relevancia jurídica por el conocimiento acabado de los hechos y la apreciación de la prueba con arreglo a la sana crítica racional.

A partir del análisis realizado por Sesin (2007), y siguiendo su razonamiento, se concluye que por más que el orden jurídico se remita a cuestiones técnicas complejas, de difícil comprensión o de imposible reproducción probatoria (por su característica intrínseca), de certeza técnica o científica relativa, la decisión administrativa debe ser controlada por el Juez. Al menos, debe verificar si la decisión administrativa adopta una solución técnicamente aceptable, "tolerable", cuya razonabilidad sea aprehensible en virtud de su motivación.

Desde esta perspectiva, corresponde enfatizar que no se trata de un mero control de legalidad formal externa, el Juez debe examinar detenidamente la verificación material de los hechos y aún la apreciación de éstos mediante la aplicación de pautas técnicas razonables, además de la calificación jurídica respectiva.

En definitiva, acreditado que la amparista reúne los criterios médicos objetivos para acceder a la prestación requerida, la negativa fundada en protocolos generales o criterios administrativos se revela infundada frente a la singularidad del caso concreto, máxime cuando la propia normativa de la APROSS habilita su otorgamiento en supuestos excepcionales.

3 Sentencia N° 6 de fecha 12/03/2020 "STUTZ" y Sentencia N° 51 de fecha 25/11/20202 "ZAPATA", entre otras.

V. Control judicial de los motivos determinantes de la denegatoria

Un principio cardinal en el abordaje judicial del derecho a la salud consiste en considerar, de manera prioritaria, las circunstancias particulares del caso concreto.

En efecto, se hace operativa la doctrina legal del Tribunal Superior de Justicia, en pleno, según la cual, el examen de un caso donde esté de por medio la salud, y con ella, el derecho a la vida de las personas, debe partir necesariamente de un pormenorizado análisis de las circunstancias vitales particulares y singulares que subyacen al planteo, en aras de dotar de equidad a la solución que se procure (Tribunal Superior de Justicia, Sala Electoral y de Competencia Originaria, Auto N° 381 de 15/08/2014, "Rubiolo").

Es que "... el juez debe juzgar con equidad en los casos particulares sometidos a su decisión y ello sólo se logra ejerciendo la virtud de prudencia animada con vivo espíritu de justicia en la realización efectiva del derecho en las situaciones reales que se le presenten, conjugando los enunciados normativos con los elementos fácticos del caso, cuyo consciente desconocimiento no se compadece con la misión de administrar justicia..." (CSJN Fallos 302:1611).

En el caso bajo análisis, se impone examinar si la decisión adoptada por la APROSS - consistente en rechazar la cobertura de la prótesis prescrita por los médicos tratantes, alegando su exclusión del menú prestacional y la existencia de alternativas con cobertura vigente— se ajusta a los estándares de razonabilidad, proporcionalidad exigidos por el bloque de constitucionalidad y la doctrina consolidada en materia de derecho a la salud. Cabe recordar que la razonabilidad es el tamiz mediante el cual se valorarán las decisiones de la APROSS en función de la efectividad para el derecho a la salud en riesgo. Ello por cuanto, sin lugar a duda, se erige además como un patrón de valoración decisivo de la constitucionalidad de todo acto de reglamentación o restricción de derechos dictados en nuestro Estado de Derecho por imperio del artículo 28 de la Constitución Nacional (Tribunal Superior de Justicia, en pleno, Secretaría Electoral y de Competencia Originaria, Auto N° 161 del 26/07/2016, "S.M.D.").

Cianciardo (2003) distingue tres subprincipios del control de razonabilidad: i.- Adecuación: exige que el medio elegido por el legislador sea apto para alcanzar el fin propuesto; ii.- Necesidad: impone seleccionar, entre los medios adecuados, aquel que resulte menos restrictivo de los derechos fundamentales; iii.- Proporcionalidad en sentido estricto: requiere que exista un equilibrio entre las ventajas que genera la medida y las desventajas que impone al derecho afectado, evaluando incluso la posible inalterabilidad del derecho comprometido.

En su proyección actual, la razonabilidad, proporcionalidad o congruencia es una técnica que indaga la relación entre los medios utilizados y los resultados conseguidos, en base a un criterio mitad racional y mitad justo, pudiendo relacionarse con las más diversas modalidades del ejercicio de la función pública.

Específicamente en materia de salud, el avance de la ciencia, de las técnicas y de los cuidados de la salud humana, tiene un costo agregado en las prestaciones que rodea de mayor complejidad el test de razonabilidad que es insoslayable realizar, toda vez que deben ser ponderados los derechos individuales y garantizar el acceso igualitario a dichas prácticas por parte del universo de afiliados y/o ciudadanos que las requieran, sin que con ello se pongan

en crisis las prestaciones que benefician a los demás asociados (Tribunal Superior de Justicia, Sala Electoral y de Competencia Originaria, Auto N° 239 de fecha 29/11/2016, “Álvarez”).

Ese test resulta insoslayable, en tanto exige ponderar adecuadamente los derechos individuales involucrados —en particular, el derecho a la salud del afiliado— frente a la necesidad de garantizar un acceso equitativo a tales prácticas por parte del universo de beneficiarios, sin que ello implique comprometer la sustentabilidad del sistema ni poner en riesgo el conjunto de prestaciones destinadas a los demás asociados.

Tal como argumentó la Dra. Sosa en el voto que analizamos, aun cuando APROSS — como entidad autárquica con individualidad financiera— actúa dentro del sistema de seguridad social y tiene como función esencial organizar y administrar la cobertura de salud de sus afiliados conforme a un Modelo de Atención Médica reglamentado, procurando una distribución solidaria y eficiente de recursos limitados, lo cierto es que, dada la excepcional situación de la amparista y la contundencia de los informes médicos obrantes en autos, la negativa a proveer el equipamiento requerido carece de razonabilidad en el caso concreto.

V. Conclusiones

Compartimos el criterio adoptado por la Cámara, en tanto procura resguardar de modo efectivo la garantía constitucional del derecho a la salud de la actora, especialmente frente a la situación excepcional que presenta el caso, con el fin de evitar consecuencias perjudiciales para su integridad y dignidad.

Los informes médicos específicos no sólo prescriben la provisión de las prótesis requeridas, sino que además fundamentan con precisión la improcedencia de utilizar el modelo ofrecido por APROSS —lo que, a su vez, se encuentra avalado por el dictamen técnico del COPRAMESAB—, acreditan la indispensabilidad de la prótesis requerida. En consecuencia, en la situación de la actora, resulta razonable y proporcional disponer la cobertura integral del equipamiento prescripto.

No puede dejar de ponderarse la situación de especial vulnerabilidad en que se encuentra la amparista —reconocida expresamente en el fallo—, toda vez que la prestación solicitada persigue la finalidad de modificar sustancialmente sus condiciones de vida, facilitando su integración social plena y autónoma mediante el uso de tecnología destinada a suplir las funciones perdidas como consecuencia de la amputación que debió afrontar para preservar su vida.

Las constancias objetivas incorporadas al proceso permiten acreditar que el equipamiento requerido resulta idóneo para alcanzar dichos fines, al proveerle estabilidad, seguridad e independencia, elementos todos que contribuyen a una mejora sustancial en su calidad de vida.

Desde esta perspectiva, la decisión del Tribunal exhibe particularidades que han sido objeto de una valoración prudente y contextualizada, orientada a garantizar una respuesta jurisdiccional razonable y equitativa.

El mandato legal que tiene APROSS de garantizar la cobertura integral de las contingencias de salud no ha encontrado una respuesta satisfactoria en relación con la situación de la afiliada. Frente al carácter excepcional del caso, se imponía la adopción de medidas

igualmente excepcionales y ajustadas a sus necesidades concretas, a fin de procurar la solución más adecuada para preservar los derechos fundamentales de la actora.

La provisión y cobertura del equipamiento solicitado no sólo se sustenta en criterios médicos sólidos, sino que constituye una condición esencial para garantizar el pleno ejercicio del derecho a una vida digna, autónoma y activa en los ámbitos personal, laboral y familiar.

La mirada holística exige que se adopte una perspectiva centrada en la persona y orientada por el principio pro homine, que impone la aplicación de la norma más favorable a la protección de los derechos fundamentales en juego. En esa dirección, y dado que se encuentra comprometida la dignidad humana en sus expresiones más sensibles —la autonomía, la integridad física, la inclusión social y la calidad de vida—, corresponde adoptar una decisión que materialice de manera efectiva los mandatos constitucionales y convencionales vigentes.

Referencias bibliográficas

- Carranza Torres, L. R. (2020). *Actuación profesional en los amparos de salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: DyD Ediciones Jurídicas.
- Carignani, A., & Carnota, W. F. (2018). La relevancia de la argumentación en los amparos de salud: nuevas tendencias. *El Derecho*, (14.518), 280.
- Cianciardo, J. (2003). Medios y fines en el control constitucional de razonabilidad: el sub-principio de adecuación. *En prensa en las Actas de las Jornadas de Derecho Administrativo 2002*, Universidad Austral. Id SAJ: DACF030017.
- Díaz Villasuso, M. A. (2016). *Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de Córdoba. Comentado y concordado. Doctrina y jurisprudencia* (Tomo II, arts. 241 a 455, pp. 264-265). Córdoba: Advocatus.
- Garay, O. E., & Jaimarena Brion, G. (2014). Obras sociales provinciales y el derecho a la salud. *La Ley*, 2014-B, 743.
- Gozaíni, O. A. (2002). Derecho procesal constitucional: Amparo (p. 433). Santa Fe: Rubinzal-Culzoni Editores.
- Massimino, L. (2025). La buena administración del derecho a la salud. Con especial referencia a la cuestión de las enfermedades poco frecuentes. En J. Rodríguez-Arana Muñoz (Dir.) & M. del C. Rodríguez Martín-Retortillo (Subdir.), *La buena administración para la realización de los derechos sociales fundamentales en el derecho administrativo iberoamericano* (pp. 209-233). Madrid: Colex.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Listado de Enfermedades Poco Frecuentes aprobado por Resolución Ministerial N.º 307/2023*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/pocofrecuentes/listado>
- Palacio de Caeiro, S. B., & Junyent de Dufour, P. M. (2016). *Acción de amparo en Córdoba* (p. 560). Córdoba: Advocatus.
- Peláez Moll, G. (2021). El activismo judicial en los amparos de salud. En L. D. Barone (Dir.), *Amparo en salud: Un análisis desde la jurisprudencia* (pp. 241-258). Córdoba: Advocatus.
- Sesin, D. (2007). El contenido de la tutela judicial efectiva con relación a la actividad administrativa discrecional, política y técnica. *Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba*. <http://www.acader.unc.edu.ar>