

Derecho a la salud. Discapacidad. Obras sociales CSJN. “Padilla, Laura Rosario c/ Hospital de General Roca y otros s/ amparo – apelación”, 12 de noviembre de 2020

Por Florencia G. Plazas¹

1. Introducción

El 12 de noviembre de 2020 la Corte Suprema de Justicia de la Nación resolvió el caso “Padilla”.² Revocó la sentencia dictada por el Superior Tribunal de Justicia de Río Negro, que había ordenado al Estado provincial y al Hospital Público “Francisco López Lima” cubrir las prestaciones de salud solicitadas por una persona con discapacidad. Consideró que la sentencia era arbitraria por haber omitido analizar las circunstancias particulares del caso y por carecer de un análisis integral de la normativa aplicable.

A través de una atenta lectura de los hechos del caso y el estudio de otros precedentes de la CSJN se intentará enunciar la regla –y sus excepciones– que define quién tiene a cargo la obligación de cubrir las prestaciones médico-asistenciales requeridas por las personas con discapacidad reconocidas por la Ley N° 24901.

¹ Abogada (Diploma de honor, UBA). LLM (Southwestern Law School, USA). Becaria Fulbright 2009/2010. Estudios de posgrado en Derecho Constitucional (UP). Defensora Pública Oficial ante los Tribunales Federales de CABA. Co-Titular de la Comisión sobre Temáticas de Género de la Defensoría General de la Nación. Representante del Ministerio Público de la Defensa en el Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental.

² CSJN, *Fallos* 343:1673.

2. Derecho a la salud y discapacidad. La ley N° 24901

Si bien este breve comentario tiene como objeto analizar el fallo “Padilla”, en el presente acápite se realizará un breve abordaje sobre el derecho a la salud de las personas con discapacidad con el fin de facilitar su lectura a aquellas personas que no se encuentren familiarizadas con la temática.

El derecho a la salud se encuentra reconocido en diversos artículos de la Constitución Nacional (arts. 33, 14 bis, 42 y 75 inc. 22). En el ámbito universal, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, que goza de jerarquía constitucional, reconoce en su artículo 12 el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Según lo establecido por la Constitución Nacional (art. 75, inc. 23), las personas con discapacidad deben gozar de un ámbito de protección especial y el Estado tiene la obligación de adoptar medidas de acción positiva para garantizarles el pleno goce y acceso a sus derechos fundamentales. Por su parte, en lo relativo al derecho a la salud, desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, establece que “[l]os Estados Parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad” (art. 25).

Es jurisprudencia sostenida de la CSJN³ que el derecho a la salud se encuentra íntimamente relacionado con el derecho a la vida, resulta imprescindible para ejercer la autonomía personal y constituye un presupuesto para el pleno goce del resto de los derechos.

En el ámbito universal y regional, tanto el Comité DESC⁴ como la Corte IDH⁵ han otorgado un alcance amplio al derecho a la salud, que involucra la obligación de los Estados de asegurar el acceso a los servicios esenciales de salud. Específicamente respecto de las personas con discapacidad, la Corte IDH señaló que los Estados deben adoptar medidas positivas en su favor, especialmente si viven en situación de pobreza, como brindar tratamiento preferencial apropiado a su condición.⁶

En el ámbito interno, la Ley N° 24901 establece un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, que contempla acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos (art.1). La norma detalla el tipo de prestaciones que deberán asegurarse a las personas con discapacidad y define que su cobertura estará a cargo de las obras sociales (art. 2) y del Estado, a través de sus diferentes organismos, si no se encontrare afiliada a ninguna obra social (art. 4).

El Decreto N° 1193/98, que reglamentó la Ley N° 24901, facultó al Ministerio de Salud y Acción Social a dictar las normas complementarias necesarias. En ese marco se dictó la Resolución Ministerial

3 CSJN, Fallos 329:4918, 329:2552, 326:4931, entre otros.

4 Comité DESC. Observación General Nro. 14: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11 de agosto de 2000.

5 Corte IDH. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile* Fondo, Reparaciones y Costas Sentencia de 8 de marzo de 2018 Serie C Nro. 349.

6 Corte IDH. *Caso Guachala Chimbo y otros Vs. Ecuador*, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de marzo de 2021. Serie C. Nro 423.

N° 428/1999, que estableció el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, que fija los módulos de las prestaciones específicas y sus valores, los que se van actualizando periódicamente.

La CSJN decidió en diversos precedentes que resulta constitucional establecer topes a la cobertura de las prestaciones.⁷ Si bien pondera el carácter fundamental del derecho a la salud y la especial atención que merecen las personas con discapacidad, reconoce que esos derechos no son absolutos, sino que deben ser ejercidos con arreglo a las leyes que reglamentan su ejercicio, con la única condición de no ser alterados en su substancia. La Corte dispuso que el sistema implementado por la Ley N° 24901 resulta compatible con la aplicación de topes arancelarios y por ello, aunque el agente de servicios de salud se encuentre necesariamente comprendido en el régimen legal, no está obligado a asumir el gasto total de las prestaciones reconocidas.

3. El caso “Padilla”

3.1. Hechos y antecedentes

La Sra. L. P. presentó un amparo contra el Hospital “Francisco López Lima” de General Roca, el Ministerio de Salud Pública Provincial y la Provincia de Río Negro, con el objeto de que se ordene la cobertura al 100% de diversas prestaciones médicas (referidas a salud mental, odontología, traumatología, dermatología y neumonología). También solicitó la entrega de anteojos, audífonos y de variada medicación que se le había prescripto.

Surge de la lectura de los antecedentes, que la actora había estado recibiendo atención en el hospital público demandado entre los años 2014 y 2016, a pesar de que se encontraba afiliada a una obra social (OSDOP) y que no había solicitado las prestaciones requeridas a ese agente del seguro de salud. Asimismo, había firmado un convenio con el Estado provincial como consecuencia de un litigio previo de índole patrimonial.

A pesar de que no tenía relación directa con el objeto del amparo, las defensoras públicas patrocinantes fundaron el reclamo en el supuesto incumplimiento de las obligaciones establecidas en ese convenio previo. Sin embargo, surge del fallo de la CSJN que la propia Defensora General provincial reconoció que la actora había sido mal asesorada por las funcionarias intervinientes, ya que del referido acuerdo no se derivaba ninguna obligación en materia de salud y que el acceso a la salud resultaba una obligación primaria del Estado provincial.

Por último, resulta relevante para el análisis del caso que la provincia de Río Negro, a través de la Ley provincial N° 3467, adhirió al sistema de prestaciones básicas para la atención integral de las personas

⁷ CSJN, Fallos 340:1269; 340:1600; 343:1800.

con discapacidad previstas en la Ley N° 24901 y dispuso de las medidas necesarias para poder implementar y financiar las prestaciones allí previstas.

En primera instancia, la jueza a cargo del Juzgado de Primera Instancia en lo Civil, Comercial y Minería N° 9 de la Ciudad de General Roca rechazó el amparo. Consideró que no constituía una vía procesal adecuada para hacer valer un acuerdo transaccional. Además, sostuvo que como la amparista estaba afiliada a una obra social debía recurrir a ella para solicitar la cobertura.

En cuanto a la imposibilidad alegada por la actora para afrontar los copagos solicitados, entendió que no podía constituir un obstáculo en tanto se trataba de una persona con discapacidad amparada por la Ley N° 24901. Asimismo, destacó que no existía una situación de urgencia, ya que las prestaciones solicitadas correspondían a turnos médicos y a la entrega de suministros que no ponían en juego su vida.

Por último, la jueza fundó su rechazo en la existencia del Sistema Nacional de Salud creado por la Ley N° 23660 y puntualizó que

sería imposible para el Estado Provincial que a través de sus Ministerios (Salud Pública) pudiese cubrir y absorber la totalidad de las necesidades y prestaciones de salud de todos los habitantes de la Provincia y es por ello que las leyes 23.660 y 23.661 crearon un sistema de prestación de salud por medio de las obras sociales, el que se solventa con recursos propios integrados por sus afiliados.

Esta decisión fue recurrida por la actora a través de recurso de apelación ante el STJ de Río Negro, de acuerdo con el procedimiento dispuesto por la Ley provincial N° 2921. Se planteó que el rechazo del amparo había sido arbitrario en atención a la abundante prueba acompañada de la que surgía que la amparista no podía hacer frente a los gastos en medicamentos, tratamientos y consultas médicas, debido a su situación económica. Se informó también que se encontraba tramitando una pensión no contributiva por discapacidad. Además, se argumentó que la amparista debía tener acceso al sistema de salud en el hospital público ante la posibilidad del Estado de repetir de la obra social los gastos efectuados, criterio que ya había adoptado en casos previos el STJ de Río Negro.

Al contestar los agravios planteados, la abogada del Estado provincial manifestó que, en realidad, la amparista estaba solicitando un trato preferencial por parte del hospital público respecto al resto de las personas con discapacidad que acudían en procura de prestaciones médicas, basada en el trato preferente que supuestamente le otorgaría el acuerdo transaccional previo. Respecto de la posibilidad del Estado de repetir contra la obra social lo desembolsado, sostuvo que no resultaban asimilables las situaciones fácticas de los fallos citados, ya que en el presente caso no existía una situación de urgencia que comprometiera la salud de la Sra. L.P.

3.2. La decisión del STJ de Río Negro

El STJ de Río Negro, por mayoría,⁸ revocó la sentencia y ordenó que se brindara cobertura al 100% de las prestaciones médicas solicitadas. Detalló que se debían tomar los recaudos necesarios a fin de brindar la cobertura integral de las prestaciones que sean indicadas por los médicos tratantes, sin que ello implique trato diferenciado respecto de otros pacientes con discapacidad atendidos por el sistema de salud y sin perjuicio de reclamar posteriormente a la obra social.

Para ello tuvo en cuenta la delicada situación de salud de la actora y sus escasos ingresos económicos que no le permitían afrontar por su cuenta el costo de los coseguros que le exige la obra social. Además, se consideró que de las actuaciones no surgían elementos de prueba que resultaran atendibles para justificar la negativa del acceso de la accionante a la salud pública y que la Sra. L. P. había sido atendida con regularidad en el Hospital “Francisco López Lima” de General Roca hasta mediados del año 2016, lo que constituía un acto propio del Estado, cuya contradicción no podía ser convalidada por la jurisdicción.

Por último, se consideró que el solo hecho de figurar la accionante como afiliada a una obra social resultaba insuficiente para desligar al Estado de las obligaciones que pesan, en general, sobre el conjunto de los agentes que integran el sistema de salud y que involucran el resguardo de derechos reconocidos por la Constitución Nacional, los tratados internacionales y la legislación vigente.

3.3. El fallo de la CSJN

La CSJN, por mayoría,⁹ hizo lugar a la queja por el recurso extraordinario federal denegado y revocó la decisión del STJ por considerarla arbitraria.

El recurso extraordinario federal resultó admisible porque la vulneración de la garantía de la defensa en juicio de la parte recurrente constituía cuestión federal suficiente. Se sostuvo que se había otorgado un tratamiento inadecuado a la controversia al haberse apartado de las circunstancias del caso y de las normas aplicables.

Respecto de las primeras, la CSJN consideró que el STJ no había tenido en cuenta que el convenio transaccional aludido por la actora no resultaba fuente de las obligaciones en materia de salud requeridas, no había ponderado adecuadamente que la amparista se encontraba afiliada a una obra social y había solicitado la atención con carácter preferente por parte de especialistas y la entrega de medicamentos, anteojos y audífonos, entre otras prestaciones.

En cuanto a la normativa, manifestó que el STJ había realizado un análisis general de la Ley N° 24901, pero no había aplicado la normativa que resolvía de manera expresa el asunto planteado. Así, hizo referencia al artículo 2 que establece que el Estado se halla obligado a brindar las prestaciones

⁸ Los jueces Barotto y Apccarian votaron en disidencia.

⁹ Con el voto de Highton, Rosenkrantz, Lorenzetti y Maqueda.

enunciadas en la Ley N° 24901 solo de manera subsidiaria, pues dicha cobertura corresponde primariamente a las obras sociales, si el/la solicitante se encuentra afiliado/a alguna.

En definitiva, la Corte concluyó que la resolución impugnada resultaba dogmática, ya que a pesar de que la normativa preveía la solución expresa para controversia planteada, el STJ omitió cualquier referencia y terminó desoyendo lo dispuesto legalmente.

Continuando con la línea argumental utilizada en numerosos precedentes en materia de salud, la CSJN destacó que aún en los casos en los que se encuentre en juego el derecho a la salud, tan ligado al derecho a la vida, la obligación de fundar razonablemente las resoluciones judiciales no cede ni se relaja. El derecho a la defensa en juicio y a la tutela judicial efectiva de todas las partes en el proceso requiere que las sentencias se motiven en argumentos fundados y que sean razonables en su análisis, más allá de la trascendencia del derecho sobre el que versen. Expresamente sostuvo que

en esta clase de asuntos no hay razones que justifiquen eximir ni mitigar el deber de fundar las sentencias que pesa sobre los tribunales de justicia de la República. De ahí, pues, que es enteramente aplicable la exigencia arraigada en la Constitución Nacional y en la CADH de que los fallos cuenten con argumentos consistentes y racionalmente sostenibles, al encontrarse comprometidas las garantías de defensa en juicio y de tutela judicial efectiva de las partes.

4. Otros precedentes de la CSJN

Con la finalidad de poder realizar un análisis más profundo del fallo “Padilla” y extraer algunas conclusiones, resulta necesario el estudio de otros precedentes de la Corte Suprema que versan sobre una temática similar.

Uno de los fallos más emblemáticos en materia de derecho a la salud, es “Campodónico Beviacqua”.¹⁰ La Corte obligó al Estado nacional a la entrega de un costoso medicamento necesario para preservar la salud de un niño cordobés que contaba con obra social.

En el caso, se había interpuesto un amparo contra el Ministerio de Salud y Acción Social, la Secretaría de Programas de Salud y el Banco de Drogas Antineoplásicas frente a la decisión de interrumpir el suministro de la mediación especial requerida. Si bien, como fuera adelantado, el niño se encontraba afiliado a una obra social, esta no había dado respuesta a la necesidad imperiosa de contar con la medicación en tiempo oportuno.

En el transcurso del litigio se presentaron informes oficiales acerca de las características de la enfermedad que padecía el niño, se demostró la imposibilidad económica de la familia de pagar el elevado costo del medicamento y se acompañó el certificado de discapacidad del niño. Asimismo, se acercaron

¹⁰ CSJN, Fallos 323:3229.

constancias con el diagnóstico dado por especialistas que demostraban tanto la gravedad de la patología, como la urgencia de mantener el tratamiento en forma permanente e ininterrumpida.

Se observan hasta aquí, sustanciales diferencias fácticas entre “Padilla” y “Campodónico Beviacqua”. En este último, existía una situación de urgencia con graves consecuencias para la salud del niño en el caso de interrumpir el tratamiento, situación que no se alegó ni comprobó en el caso analizado. Además, si bien en ambos la persona con discapacidad contaba con obra social, en “Padilla” no se había realizado ningún reclamo ante la obra social, lo que sí ocurrió en “Campodónico Beviacqua”, pero no se obtuvo una respuesta satisfactoria.

Estas sustanciales diferencias podrían explicar las diversas soluciones adoptadas por la Corte en ambos casos.

En “Padilla” se decidió que la sentencia recurrida era arbitraria y se ordenó el dictado de una nueva resolución que respetara los lineamientos fijados por la CSJN en cuanto a la existencia de normativa específica –art. 2 de la Ley N° 24901– que brindaba la específica solución del conflicto planteado: que era la obra social la que debía cumplir con la cobertura requerida.

En cambio, en “Campodónico Beviacqua” la Corte analizó el fondo de la controversia planteada. Sostuvo que a pesar de existir una obra social obligada a cubrir el Programa Médico Obligatorio y dar cobertura a las prestaciones derivadas de la Ley N° 24901, el Estado nacional no podía eludir las obligaciones que tenía derivadas del derecho internacional. Así se entendió que de acuerdo con la “cláusula federal” (art. 28 de CADH) es obligación del Estado nacional garantizar el derecho a la salud de las personas cuando las obras sociales, las entidades de la medicina prepaga e incluso las jurisdicciones locales no hayan dado adecuado acceso a la salud. Expresamente se destacó que

la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga.

La Corte concluyó que adoptar una solución distinta basada en las obligaciones puestas a cargo de la obra social no solo hubiera perjudicado al niño, sino que habría constituido un supuesto de discriminación inversa,

ya que amén de no contar con prestaciones oportunas del organismo al que está asociado, carecería absolutamente del derecho a la atención sanitaria pública, lo que colocaría al Estado Nacional en flagrante violación de los compromisos asumidos en el cuidado de la salud.

De esta forma, no solo ponderó la obligación del Estado federal frente a obras sociales y prepagas, sino que también lo hizo respecto a las jurisdicciones locales. La Corte reafirmó que es el Estado federal el que debe articular y coordinar los servicios asistenciales que prestan las obras sociales comprendidas en la Ley N° 23660, los establecimientos públicos y los prestadores privados “en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país”.

En cuanto a las obligaciones de las jurisdicciones locales, dispuso que la decisión de mantener el tratamiento no afectaba el principio de federalismo ni ponía en crisis las facultades reservadas por los gobiernos locales en la organización de su sistema de salud. Sin embargo, no liberó a los gobiernos locales de la responsabilidad que les cabe también en esta materia.

Más recientemente, en el año 2015, en “P.A.”¹¹ la Corte con los votos de Highton, Fayt, Lorenzetti y Maqueda falló en un caso muy similar a “Padilla”. Una persona con discapacidad, a pesar de contar con obra social, solicitó prestaciones de salud en los términos de la Ley N° 24901 al Servicio Nacional de Rehabilitación y a la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas.

El recurso extraordinario resultó admisible, ya que se encontraba en discusión el alcance de una norma federal. En cuanto al fondo, la Corte sostuvo que la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal había aplicado erróneamente la Ley N° 24901 al obligar al Estado nacional a cubrir las prestaciones solicitadas por la persona con discapacidad que se encontraba afiliada a una obra social. Sostuvo que la correcta aplicación de los artículos 2 y 4 de la mencionada norma implicaba que no se pudiera atribuir, sin más, la obligación de la cobertura al Estado nacional.

Se ponderó que la actora se encontraba afiliada a una obra social y ese supuesto estaba expresamente contemplado por la normativa aplicable. Puntualmente, la CSJN expresó que

[u]na solución de esa especie importaría prescindir del texto legal, extendiendo la cobertura integral de las prestaciones previstas en la ley 24.901 a cargo del Estado, a un supuesto específicamente excluido por el legislador, mediante la indebida realización de consideraciones que exceden las circunstancias expresamente contempladas por la norma que, al no exigir esfuerzo de interpretación, debe ser directamente aplicada.

Así, la Corte revocó la decisión que había obligado al Estado nacional a brindar una cobertura que, según la letra de la ley –que no planteaba dudas– no le resultaba imponible. En definitiva, concluyó que la claridad de las normas referidas impedía que pudiera suponerse inconsecuencia o falta de previsión del legislador.

11 CSJN, *Fallos* 338:488.

En el año 2017, la Corte en “SJL”¹², por mayoría, reafirmó lo decidido en “P.A.”. Consideró que se trataba de un caso similar al ya decidido y simplemente se remitió a lo ya fallado.

En este caso, a través de una acción de amparo, se había solicitado al Estado nacional la cobertura de escolaridad especial de jornada simple y el transporte desde el domicilio hasta el lugar de rehabilitación de una persona con discapacidad que se encontraba afiliada al Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán.

En su decisión la Corte confirmó la sentencia dictada por la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, que había decidido rechazar el amparo. Remitiéndose a la doctrina fijada en “P.A.”, la Cámara Federal había entendido que la obligación del Estado nacional era subsidiaria y que el actor no cumplía con los requisitos exigidos por la ley nacional en tanto estaba afiliado a una obra social y no había demostrado que no podía solventar los gastos de las prestaciones reclamadas.

Por su parte, el juez Rosatti votó en disidencia, retomando los lineamientos fijados en “Campodónico Beviacqua”. Sostuvo que la sentencia debía ser revocada, ya que existía una obligación impostergable de la autoridad pública de garantizar el derecho a la salud con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las prepagas.

En su análisis destacó que el actor se encontraba afiliado al Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán, pero que dicha provincia había adherido a la Ley N° 24901 optando por una incorporación gradual. Por ello, si bien la tutela de los derechos se encontraba jurídicamente reconocida, su concreción con carácter gradual, no aseguraba a la persona con discapacidad el acceso a la prestación reclamada.

Rosatti entendió que en el caso concreto la omisión de la obra social de cumplir con la cobertura de las prestaciones no podía conllevar la vulneración del derecho a la salud del actor. Así, como se había fallado en “Campodónico Beviacqua”, concluyó que el Estado nacional debía responder en el caso, sin perjuicio de que se pudiese ejercer posteriormente el derecho de repetir del Estado provincial lo que se considere legítimo.

En cuanto a una posible afectación del federalismo, señaló que

[e]ste razonamiento no implica afectar el principio de federalismo ni pone en crisis las facultades reservadas por los gobiernos locales en la organización de su sistema de salud, que debe ser concebido -en el caso específico en que se analiza- en base a un federalismo de concertación, en el que la omisión del Estado provincial de adoptar las medidas legislativas necesarias no puede sostenerse como óbice para la efectiva vigencia de derechos constitucionales fundamentales, dejando establecida la responsabilidad que cabe también en esta materia a las jurisdicciones provinciales.

12 CSJN. “S., J. L. c/ Comisión Nac. Asesora para la Int. de Personas Discapac. y otro, s/ amparo”, 5/12/17.

5. Conclusiones

Del análisis conjunto de todos los fallos mencionados pueden extraerse algunas conclusiones:

- 1) El deber de los órganos jurisdiccionales de fundar de manera adecuada y razonable sus decisiones no cede ni se relaja aún en casos en los que el derecho a la salud se encuentre en juego. El derecho de defensa, el debido proceso y la tutela judicial efectiva deben garantizarse a todas las partes del proceso y ello exige un adecuado análisis de los agravios planteados y la adopción de decisiones razonadas.
- 2) El Estado nacional tiene el rol de *garante final* del cumplimiento de las obligaciones internacionales adoptadas relativas al derecho a la salud (art. 28 CADH, cláusula federal). Sin embargo, ello no implica que los Estados locales puedan eludir su propia obligación de asegurar el acceso al derecho a la salud.
- 3) Las prestaciones médico-asistenciales reconocidas por la Ley N° 24901 deben ser cubiertas por las obras sociales en aquellos casos en los que el/la peticionante se encuentre afiliado a una de ellas. Sin embargo, pueden existir circunstancias especiales que habiliten a solicitar esa cobertura al Estado nacional o local. Debe demostrarse la existencia de situaciones de especial gravedad y manifiesta afectación a la salud de las personas. También la Corte ha excepcionado esa regla cuando se ha comprobado en el litigio que, a pesar de haber solicitado la cobertura a la obra social, no se haya garantizado el acceso a la prestación solicitada.