

El impacto jurídico del DNU 70/2023 en el sistema sanitario argentino: entre la liberalización y la tutela judicial

The legal impact of DNU 70/2023 on the Argentine health system: between liberalization and judicial protection

Camila Wanda Landeyro¹; Paloma Castiglione²; Cecilia Avelina Manrique³

DOI: [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2025\)56](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2025)56)

Fecha de envío: 30.05.2025

Fecha de aceptación: 11.07.2025

RESUMEN:

Este artículo analiza -desde un enfoque exploratorio y descriptivo- el impacto del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 70/2023 emitido por Javier Milei en el ámbito del derecho a la salud en Argentina. Se analizan las modificaciones introducidas en los mecanismos de control de precios de las cuotas de las obras sociales y empresas de medicina prepaga, así como los mecanismos legales que se promovieron para detener su implementación. A partir del análisis de fuentes normativas, jurisprudenciales y bibliográficas, se advierte que las medidas adoptadas avanzan hacia una mercantilización del sistema sanitario bajo el argumento de resolver la crisis económica del sector, lo que tensiona la garantía de acceso a la salud. En este marco, la intervención judicial funciona como un contrapeso que reafirma la salud como un derecho y la obligación indelegable del Estado de garantizarlo.

1 Abogada (UNLP). Becaria Doctoral CIC (ICJ-UNLP). Doctoranda en Ciencias Políticas (UNSAM). Integrante de la Asociación Argentina de Derecho Procesal (AADP). Investigadora categoría V (FCJyS-UNLP). Correo electrónico: camilawanda2014@gmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-2456>

2 Licenciada en Relaciones Internacionales (UNICEN). Becaria Doctoral CIC (CEIPIL-UNICEN). Doctoranda en Ciencia Políticas (UNSAM). Correo electrónico: paloma.ykc@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6198-5577>

3 Abogada (UNLP). Estudiante de la Especialización en Derecho de la Salud (UBA). Integrante de la Asociación Argentina de Derecho Procesal (AADP). Correo electrónico: cmanrique.abog@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8868-0384>

ABSTRACT

This paper analyzes—from an exploratory and descriptive perspective—the impact of Decree of Necessity and Urgency (DNU) 70/2023, issued by Javier Milei, on the right to health in Argentina. It examines the modifications introduced to the price control mechanisms for social security and private health insurance premiums, as well as the legal mechanisms promoted to halt its implementation. Based on an analysis of regulatory, jurisprudential, and bibliographic sources, it is observed that the measures adopted advance the commodification of the healthcare system under the pretext of resolving the sector's economic crisis, thereby straining the guarantee of access to healthcare. In this context, judicial intervention acts as a counterweight, reaffirming health as a right and the State's non-delegable obligation to guarantee it.

PALABRAS CLAVE: DNU 70/2023 ; derecho a la salud; desregulación.

KEY WORDS: DNU 70/2023 ; right to health; desregulation

I. Introducción

El ascenso de Javier Milei a la presidencia de la Nación en diciembre de 2023 inauguró un proceso de reformas estructurales en diversos ámbitos -laboral, salud, fiscal, sindical y científico- con el fin de reducir los controles estatales. Bajo el supuesto de que el Estado funciona como una caja negra, se justificaron las reformas con el argumento de que ello permitiría mejorar la calidad institucional y, en consecuencia, propiciar la reactivación económica (North, 1990⁴).

En el campo de la salud, las primeras modificaciones fueron a partir del Decreto de Necesidad y Urgencia (en adelante DNU 70/2023), que implementó diferentes reformas, entre ellas el régimen jurídico de control estatal sobre las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, habilitando incrementos de cuotas sin supervisión previa. Estas medidas reabrieron el debate sobre los límites constitucionales de la desregulación y el rol del Estado en un sector tan sensible.

Diversos autores advierten que este tipo de reformas, al reducir los mecanismos de intervención pública, ponen en tensión la soberanía sanitaria, entendida como la capacidad estatal de producir, regular y garantizar los insumos y acciones necesarios para hacer efectivo el derecho a la salud. Cuando esa capacidad se debilita -señalan- existe el riesgo de que el acceso a la salud quede cada vez más condicionado por las dinámicas del mercado (Fonseca, 2022; Gómez-Arias, 2022). Sin embargo, otros autores sostienen que estas reformas pueden ser parte de la solución a los desequilibrios financieros del sistema, ya que una menor intervención estatal permitiría mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del sector (Bertensy Vong, 2020⁵).

El objetivo de este artículo es analizar el impacto del DNU 70/2023 en el derecho a la salud, poniendo el foco en tres ejes: la desregulación del sistema sanitario, los mecanismos legales de resistencia y la redefinición del rol estatal frente al mercado. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo donde se aplica como enfoque metodológico la revisión

4 Traducción propia.

5 Traducción propia.

de fuentes documentales -normas, sentencias judiciales, resoluciones administrativas, artículos periodísticos y bibliografía especializada-, que busca identificar las principales transformaciones jurídicas y sus implicancias en el derecho a la salud en Argentina.

El artículo se organiza en seis secciones. En primer lugar, se analizan las reformas implementadas en el campo del derecho a la salud a partir de la entrada en vigencia del DNU 70/2023. En segundo lugar, se abordan las perspectivas teóricas que permiten comprender la tensión entre la salud como derecho y la salud como bien de mercado. En tercer lugar, se hace referencia a la estructura del sistema de salud argentino y su financiamiento, destacando los efectos de la desregulación sobre la función reguladora y garante del Estado. En cuarto lugar, se centra en el régimen jurídico de los contratos de medicina prepaga, los derechos de los usuarios y las prácticas empresariales derivadas del nuevo marco normativo. Finalmente, se examinan los mecanismos legales que se implementaron tras la entrada en vigencia del DNU 70/2023 y las decisiones que restablecieron los límites al mercado.

II. Transformaciones recientes en el derecho a la salud en Argentina

Tras el dictado del DNU 70/2023 se modificó el régimen jurídico de control estatal sobre las obras sociales y las empresas de medicina prepaga. Esta reforma reactivó debates previos acerca de la conveniencia de un modelo de provisión estatal o privado de los servicios de salud, cuestión sobre la cual no existe aún consenso, ni en la esfera política ni en la académica. No obstante, ambas perspectivas coinciden en que, en cualquiera de los modelos, subsisten barreras que dificultan el acceso efectivo de numerosos sectores a la protección de su salud.

En el caso argentino, Castañón López (2023) sostiene que las reformas respondieron a la crisis económica que impactaba en los costos sanitarios y en la sostenibilidad del sistema de salud privado. En ese marco, se estableció un nuevo esquema normativo orientado a aumentar la competitividad y la eficiencia del sector, mediante cambios en la Ley 23.660 (obras sociales) y la Ley 26.682 (medicina prepaga).

Entre los cambios más relevantes, estuvieron:

a. Sistema de empresas de medicina prepaga

El DNU 70/2023 incorporó a las empresas de medicina prepaga al régimen de la Ley 23.660, lo que permitió a los trabajadores derivar sus aportes directamente a estas entidades y las reconoció como agentes del seguro de salud (arts. 270 y 311). Por esta modificación, las empresas de medicina prepaga accedieron al Fondo Solidario de Redistribución (FSR), que posteriormente fue reformado por el DNU 600/2024.

Asimismo, las reformas a la Ley 26.682 eliminaron los controles y autorizaciones estatales sobre el valor de las cuotas y los modelos de contrato de afiliación. Además, se eliminó la obligación del art. 5 inc.m de la Ley N°26.682 de que, en caso de quiebra, cierre o cese de actividades de una empresa de medicina prepaga, la autoridad de aplicación transfiera la cobertura de los afiliados a otro prestador.

b. Venta de medicamentos fuera de farmacias.

Otras de las modificaciones del DNU 70/2023 -en los arts. 313 a 325- fue modificar la

Ley de Farmacia N.º 17.565 para autorizar la venta de medicamentos de venta libre en comercios no farmacéuticos. Sin embargo, la Cámara en lo Contencioso Administrativo Federal suspendió esta medida tras resolver la acción declarativa de inconstitucionalidad en la causa “Confederación Farmacéutica Argentina (COFA) y otro c/ EN-DNU 70/23 (Expte. 48466/2023)”, al considerar que representaba un riesgo para la salud pública. En esa causa, las entidades farmacéuticas habían solicitado declarar inconstitucionales los artículos del decreto que habilitaban la venta fuera del canal profesional.

c. Producción pública de medicamentos.

El artículo 264 del DNU 70/2023 derogó la Ley 27.113, que declaraba de interés nacional la producción pública de medicamentos, y dispuso la disolución de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP).

d. Centralización de la gestión hospitalaria.

En 2025 se dictaron los Decretos 458/2025 y 459/2025, que crearon la Administración Nacional de Establecimientos de Salud (ANES). Esta nueva entidad concentró la gestión de varios hospitales nacionales - Posadas, Sommer, Carrillo, Bonaparte y el Instituto de Rehabilitación del Sur- y absorbió o eliminó institutos especializados, bajo el argumento de eficiencia y transparencia.

También, el Poder Ejecutivo absorbió el Instituto Nacional del Cáncer dentro del Ministerio de Salud, eliminó el Instituto Nacional de Enfermedades Cardiovasculares y fusionó el Instituto Nacional de Medicina Tropical con el Malbrán. Alvez (2025) señala que, si bien estas medidas fueron anunciadas con el propósito de mejorar la eficiencia, implican una pérdida de autonomía técnica y una reducción tanto de estructuras como de equipos especializados dentro del sistema público de salud.

A todo esto, Rubinstein y Mossialos (2025) señalan que el presupuesto del Ministerio de Salud cayó un 13 % en términos reales entre 2024 y 2025, afectando gravemente programas esenciales de vacunación y prevención de VIH. A esto se suman la salida de Argentina de la OMS y la suspensión de la compra pública de misoprostol y mifepristona. En este marco, las reformas impulsadas por el gobierno de Milei tienden a redefinir el rol del Estado en materia de salud, lo que reabre el debate sobre el equilibrio adecuado entre regulación pública y dinámicas de mercado en la provisión de servicios sanitarios.

III. La salud como campo de disputa: debates sobre el sistema público o privado.

El debate sobre cuál sistema es eficaz -público o privado- permanece abierto. La literatura recoge argumentos tanto a favor como en contra de una mayor participación del sector privado, configurando un campo de disputa respecto del modelo más adecuado a adoptar.

Aquellas posturas que están a favor de una mayor participación del sector privado, señalan como beneficios una mayor libertad de elección, incentivos a la innovación tecnológica y competencia (Bertensy Vong, 2020⁶; Dave et al., 2024⁷). Sobre esto último la OECDE⁸ (2025) sostiene que la competencia favorece prestadores más dinámicos y menos

6 Traducción propia.

7 Traducción propia.

8 Traducción propia.

burocráticos, lo que puede traducirse en menores tiempos de espera y una mejor organización de los recursos, particularmente en la atención primaria y ambulatoria (OECD, 2025).

Las posiciones críticas respecto del avance del sector privado destacan que su funcionamiento no es plenamente autónomo, sino que depende de manera estructural de recursos y capacidades provistas por el sistema público. Lapidus⁹ (2022) menciona que el sector privado recibe subsidios directos e indirectos -como exenciones impositivas, uso de servicios públicos o profesionales formados en universidades estatales-, lo que relativiza la idea de un mercado sanitario estrictamente separado del ámbito público.

Sin embargo, el sistema público de salud no está ajeno a críticas. Diversos estudios señalan "problemas persistentes, tales como la fragmentación del sistema, fallas de coordinación y comunicación, las desigualdades territoriales en el acceso y la falta de tecnología de vanguardia, tanto en equipamiento diagnóstico como en infraestructura digital, lo que reduce su capacidad de respuesta y profundiza las brechas de calidad respecto del sector privado (Luzuriaga, 2023).

También, Luzuriaga (2023) señala el infrafinanciamiento histórico de los sistemas públicos latinoamericanos, un factor que incide en la dificultad para sostener infraestructura, equipamiento y condiciones laborales adecuadas. Esta dinámica contribuye a la incapacidad para retener personal especializado y favorece la migración de profesionales hacia otros sectores o países, reduciendo la capacidad operativa del sector público (OECD, 2025).

Por último, también se menciona la presencia de prácticas corruptas y el deterioro institucional, junto con situaciones de captura de la gestión por intereses corporativos o políticos que afectan la capacidad regulatoria del Estado (Laurell, 2017). Se advierte que el sector privado vinculado al campo de la salud, tiene cierta tendencia a la concentración de mercado -oligopolio, aumento en los costos del sistema, lo que genera barreras en el acceso a la salud (Hanson et al., 2008¹⁰; Biehl et al., 2016¹¹). Como sostienen Bisceglia et al. (2023)¹², el mercado sanitario se caracteriza por barreras de entrada elevadas y escasa competencia, factores que permiten a unos pocos actores fijar precios altos y condicionar el funcionamiento del sistema en su conjunto.

En este contexto, la salud pública se convierte en un espacio en disputa, atravesado por la tensión entre los intereses del sector privado y la capacidad de los gobiernos para sostener marcos regulatorios que aseguren un funcionamiento equilibrado del sistema y eviten los efectos derivados de estructuras de mercado altamente concentradas (Hufty et al., 2006¹³).

A nivel global, los litigios por salud han ido en aumento, puntualmente Gusman (2021) señala que los amparos se vuelven la vía a la que recurren las personas cuando los altos costos, la burocracia o las demoras -presentes en sistemas públicos y privados- impiden

9 Traducción propia.

10 Traducción propia.

11 Traducción propia.

12 Traducción propia.

13 Traducción propia.

que la población acceda al derecho a la salud. La judicialización de la salud se ha convertido en una forma de resistencia ciudadana y también opera como un mecanismo de rendición de cuentas no sólo del poder corporativo, sino también del Estado (Socal et al., 2020)¹⁴.

En el caso argentino, la liberalización impulsada por el DNU 70/2023 debe situarse en un contexto de elevada inflación y fuertes tensiones financieras dentro del sector privado de la salud. El DNU 70/2023 justificó la desregulación tarifaria como forma de evitar un deterioro económico de las empresas de medicina prepaga, que reclamaban mayores márgenes de ajuste para sostener su estructura de costos y evitar riesgos de inviabilidad. Sin embargo, también generó efectos no deseados: facilitó la aplicación de aumentos coordinados entre las principales empresas del sector, dinámicas de concentración y redujo los mecanismos de control del Estado. Además en este contexto, siempre hay sectores de nuestra población que se ven más afectados, como es el caso de la población adulta mayor.

Por ello, los litigios contra el DNU 70/2023 pueden entenderse como la activación de un mecanismo judicial, pero también una disputa estructural entre soberanía pública que impacta en la cláusula de progresividad de los derechos reconocidos en los instrumentos internacionales¹⁵, donde se define si la salud continuará siendo un derecho-cláusula de progresividad o se consolidará como un bien de mercado (Becker et al., 2009¹⁶; De Ortúzar y Médici, 2019; Herzog, 2020¹⁷).

A continuación, se analizará la estructura del sistema de salud argentino, su organización institucional y sus fuentes de financiamiento, con el fin de evaluar cómo las reformas recientes inciden en su dinámica interna y en la efectividad del derecho a la salud.

IV. El sistema de salud en Argentina.

El Estado en el sistema de salud tiene tres importantes funciones: regular, controlar y garantizar que las personas puedan acceder a medicamentos, tratamientos. Sin embargo, con el paso del tiempo, estas funciones se han visto alteradas por decisiones políticas que han modificado el rol del Estado (Abramovich y Pautassi, 2008; Gusman, 2021; Marra, 2021).

Los primeros procesos de reforma del sistema de salud argentino se remontan hacia 1957, cuando se inició la transferencia de los servicios públicos de salud desde la Nación hacia las provincias y municipios, proceso que se profundizó durante los gobiernos de facto (Massano, 2023).

Hacia fines de las décadas de 1970 y 1980 -y con mayor intensidad durante los años

14 Traducción propia.

15 La cláusula de progresividad constituye un principio estructural del derecho internacional de los derechos humanos, que impone a los Estados la obligación de avanzar en pro de garantizar los derechos económicos, sociales y culturales, evitando todo retroceso. En el plano universal, esta obligación se encuentra expresamente consagrada en el artículo 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) y el artículo 1 del Protocolo de San Salvador. En el orden interno, la Constitución Nacional Argentina, mediante el artículo 75 inciso 22, otorga jerarquía constitucional a estos tratados, y el artículo 75 inciso 23 refuerza el deber del Congreso de dictar medidas de acción positiva tendientes a garantizar la igualdad real y la vigencia efectiva de tales derechos.

16 Traducción propia.

17 Traducción propia.

noventa- se consolidó una etapa caracterizada por la privatización de las empresas estatales y la mercantilización de los servicios de salud (Echeverri, 2008; Médici, 2002).

Los cambios introducidos en el sistema de salud argentino a lo largo del tiempo no lograron fortalecerlo; por el contrario, profundizaron su fragmentación y desigualdad. Como advierte Fidalgo (2008), el Estado nacional quedó relegado a un rol residual, interviniendo únicamente cuando los prestadores privados no quieren o no pueden brindar cobertura.

Sin embargo, estas transformaciones no solo modificaron la estructura del sistema, sino que abrieron una disputa permanente en torno a quién ejerce el poder de regular y controlar la salud: si el Estado, en su función de garante del derecho, o los actores económicos, a través de la lógica del mercado. Como señala Azpiazu (1999), el proceso de reformas implicó un traslado del poder hacia el mercado y una confianza excesiva en su capacidad de autorregulación. La desregulación no significó la ausencia de normas, sino la creación de nuevas reglas dominadas por grandes grupos económicos, que consolidaron posiciones oligopólicas promoviendo la concentración del capital.

Como resultado de estas transformaciones, el sistema de salud argentino se organiza en tres sectores: público, seguro social y privado, todos con distintos grados de fragmentación (Belló y Becerril-Montekio, 2011; Maceira, 2018).

Desde una mirada centrada en el financiamiento, es posible distinguir dos grandes componentes del sistema de salud: un sistema público y un sistema contributivo. Esta distinción permite analizar cómo los recursos económicos influyen en el acceso y la calidad de la atención sanitaria, por lo que a continuación se describen las características principales de cada uno.

a. El sector público está integrado por los distintos órganos, ministerios, red de hospitales y centros de salud que conforman el nivel federal: el gobierno nacional, las provincias, los municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este sistema brinda atención gratuita a toda persona que lo requiera, especialmente a aquellas sin cobertura de seguridad social ni capacidad de pago. Además, dentro de este sistema se incluyen programas especiales, como por ejemplo el Programa Federal Incluir Salud para aquellas personas que son beneficiarias de una Pensión no Contributiva (PNC)¹⁸. El financiamiento de este sistema proviene de recursos fiscales y, en algunos casos, de pagos del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados.

b. El sistema contributivo: se conforma a partir de los recursos que aportan los trabajadores del sector público, del sector privado y cuentapropista. Los actores que se encargan de gestionar son los que se detallan a continuación::

Tabla 1: Estructura del sistema contributivo

¹⁸ Titulares de pensiones asistenciales: madres con siete hijos o más (Ley 23476), personas con discapacidad, con invalidez (Ley 18910), mayores de 70 años en situación de pobreza (Ley 13478). Beneficiarios de pensiones por leyes especiales: ex-combatientes de Malvinas, familiares de desaparecidos, precursores de la Antártida Argentina, ganadores de Premios Nobel u Olímpicos, prelados, etc. Beneficiarios de pensiones graciables: personas designadas por legisladores del Congreso Nacional.

Obras sociales	Obras sociales estatales	<p>Cada provincia cuenta con una Obra Social propia que brinda cobertura a los empleados públicos de su jurisdicción. En el caso de la provincia de Buenos Aires, esa función la cumple el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), que prestan servicios de salud a trabajadores estatales bonaerenses, familiares a cargo y también a quienes se retiran jubilados del sistema estatal. Además, existen organismos específicos como el Programa de Atención Médica Integral (PAMI), destinado a los jubilados y pensionados del sistema previsional nacional y a sus grupos familiares.</p> <p>También existen obras sociales estatales que se crean por rama de actividad, como es el caso de la obra social de la policía federal denominada Superintendencia de Bienestar y regulada por Decreto 1866/83.</p>
	Obras sociales sindicales	<p>Las Obras Sociales sindicales están vinculadas a los sindicatos y brindan cobertura a los trabajadores de cada rama de actividad. Se financian con los aportes de los trabajadores y empleadores y, en la mayoría de los casos, operan mediante convenios con prestadores privados.</p> <p>Muchas de estas obras sociales también admiten la afiliación de monotributistas, lo que permite que los trabajadores independientes accedan a una cobertura médica similar. Ejemplos de ello son OSECAC (empleados de comercio), Unión Personal y OSPRERA (trabajadores rurales). El listado de obras sociales habilitadas para monotributistas depende de las disposiciones del Estado Nacional.</p>
Sistema privado	Empresas de medicina prepaga (EMP)	<p>Son entidades de seguro voluntario que ofrecen planes de salud privados a cambio de una cuota mensual. Estas empresas cuentan con redes propias de profesionales y establecimientos asistenciales.</p>
	Entidades no lucrativas	<p>Por otro lado, las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles de salud son entidades sin ánimo de lucro que ofrecen planes de salud, pero a diferencia de las Obras Sociales y las empresas de medicina prepaga, operan bajo un modelo basado en la cooperación y ayuda mutua (Belló y Becerril-Montekio, 2011). Sin embargo, aunque no persiguen fines de lucro, estas entidades actúan como agentes que operan en el mercado, desempeñándose tanto como prestadores de servicios (brindando atención médica a sus afiliados) como demandantes (contratando servicios de profesionales y establecimientos de salud). Por ejemplo, el Hospital Italiano de Buenos Aires es una asociación civil sin fines de lucro dedicada al cuidado integral de la salud.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Considerando esta estructura, se observa que el sistema de salud argentino combina diversos regímenes de financiamiento, gestión y acceso, lo que produce una alta fragmentación entre los diferentes sectores -público, contributivo y privado-).

Por ello resulta fundamental analizar cómo se reconoce el derecho a la salud y qué mecanismos de protección existen en el ámbito de las empresas de medicina prepaga, un espacio de particular disputa donde el DNU 70/2023 introdujo las principales transformaciones, tal como se analizó anteriormente.

V. La protección del derecho a la salud en los contratos de medicina prepaga.

La actividad de las empresas de medicina prepaga se encuentra regulada principalmente por la Ley N.º 26.682, que establece el régimen aplicable al sector. En su funcionamiento y en la relación con los afiliados, estas entidades están alcanzadas por la Ley N.º 24.240 de Defensa del Consumidor, además de las normas nacionales e internacionales de derechos humanos suscriptas por la Argentina.

Este entramado refleja un sistema de integración normativa, en el que conviven disposiciones de derecho público, privado y de derechos humanos, que en conjunto buscan garantizar la protección integral del derecho a la salud y equilibrar la posición asimétrica entre las empresas y los usuarios. Esto se debe a que -aunque su actividad es de naturaleza comercial- los servicios que brindan están directamente relacionados con el derecho a la vida y a la salud. Este criterio ha sido sostenido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) desde el año 2001 en el caso *Etcheverry, Roberto Eduardo c/ Omint Sociedad Anónima y Servicios* hasta en la actualidad.

En el marco del sistema sanitario argentino, los contratos de medicina prepaga se definen como aquellos mediante los cuales una de las partes se compromete a brindar servicios médicos -por sí o por terceros- a favor de los beneficiarios, bajo la condición suspensiva de que ocurra una determinada enfermedad, a cambio del pago anticipado y periódico de una cuota (Lorenzetti, 2009, p. 330).

La doctrina caracteriza al contrato de medicina prepaga como bilateral, consensual, oneroso y aleatorio, el cual, a partir de la sanción de la Ley 26.682, adquirió carácter nominado y regulado. En general, se presenta como un contrato de adhesión, con cláusulas predisuestas por la empresa, y reviste naturaleza de consumo y de ejecución continuada. Su objeto -la prestación de un servicio esencial de interés público- se estructura a través de una red contractual conexa, integrada por los prestadores que las entidades organizadoras contratan para garantizar la atención médica de los afiliados (Ritto, 2016). Además, la doctrina lo clasifica como un contrato de adhesión, de larga duración y de consumo, cuyas particularidades se desarrollan a continuación.

• Adhesión: El Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCom), en su artículo 984, define los contratos de adhesión como aquellos en los que “uno de los contratantes adhiere a cláusulas generales predisuestas unilateralmente por la otra parte o por un tercero, sin haber participado en su redacción”. En este tipo de contratos, las condiciones son fijadas de antemano por una de las partes -en este caso, la empresa de medicina prepaga, mientras que el adherente se limita a aceptarlas o rechazarlas en bloque, sin posibilidad de negociación individual.

- **Larga duración:** El artículo 1011 del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCom) define los contratos de larga duración como aquellos en los que el tiempo constituye un elemento esencial para el cumplimiento del objeto y la satisfacción de las necesidades contractuales. En este tipo de vínculos, las partes deben ejercer sus derechos bajo un deber de colaboración y reciprocidad, atendiendo a la totalidad del período pactado. Asimismo, la parte que decida rescindir el contrato debe otorgar a la otra una oportunidad razonable de renegociar de buena fe, evitando incurrir en un ejercicio abusivo de sus derechos.

En los contratos de medicina prepaga, la duración reviste especial relevancia, ya que los afiliados realizan pagos anticipados con el propósito de garantizar su cobertura médica futura. Desde una perspectiva económica, este esquema se sostiene en el ahorro forzoso de los afiliados y en la utilización del capital anticipado que éstos aportan mediante el pago periódico de cuotas. La relación entre costos y beneficios sigue una curva de utilidad marginal inversa: en las etapas iniciales, las empresas registran una rentabilidad elevada porque los usuarios abonan las cuotas pero utilizan escasamente los servicios. Con el tiempo, el envejecimiento de la población y el aumento de las necesidades médicas incrementan la demanda de prestaciones, reduciendo los márgenes de ganancia y tensionando la sostenibilidad del sistema (Gherssi, 1999).

- **Consumo:** Teniendo en cuenta que una persona celebra este contrato con el fin de obtener un servicio/prestación, se trata de una relación de consumo (art. 3 de la Ley 24.240) por lo que resultan aplicables las disposiciones de la Ley 24.240 que son de orden público, independientemente si el servicio lo provea una empresa o una entidad sin fines de lucro (Shina, 2024).

Algunas de las disposiciones aplicables son sobre: cláusulas abusivas y al derecho a la información.

En relación a las cláusulas abusivas, la Ley de Defensa del Consumidor N°24.240 establece en su Artículo 37 que serán consideradas nulas aquellas cláusulas que:

- o Desnaturalicen las obligaciones de la empresa o limiten su responsabilidad.
- o Restrinjan los derechos del consumidor de manera desproporcionada.
- o Inviertan la carga de la prueba en perjuicio del usuario.

En cuanto al derecho a la información, el artículo 4 de la ley establece que las empresas tienen la obligación de suministrar a los consumidores información "cierta, clara y detallada" sobre las características de los servicios y las condiciones de su comercialización. La información sobre los costos y modificaciones contractuales debe ser proporcionada de manera gratuita y en un formato accesible para el consumidor. En caso de que estos aumentos hayan sido comunicados de manera confusa o insuficiente, se podría argumentar que las empresas incumplieron con su deber de información, afectando así la capacidad de los usuarios para tomar decisiones informadas sobre su cobertura de salud. Como se viene analizando, la derogación de los artículos 5, inciso g), y 17 de la Ley 26.682 mediante el DNU 70/2023 otorgó a las empresas de medicina prepaga la facultad de fijar aumentos de cuotas de forma discrecional, alterando la ecuación económica de los contratos y trasladando el riesgo al consumidor. Esta modificación configura una cláusula abusiva, nula conforme al artículo 37 de la Ley 24.240, al desnaturalizar las obligaciones asumidas y ampliar unilateralmente los derechos de las empresas. Los incrementos des-

medidos, aplicados sin criterios claros ni límites razonables, afectan la accesibilidad y estabilidad del servicio, vulnerando derechos de los usuarios.

En este escenario, el rol del Estado como órgano regulador resulta esencial para restablecer el equilibrio contractual y proteger la sostenibilidad del sistema sanitario. A continuación, se examinarán los principales mecanismos judiciales que se promovieron para cuestionar la validez de estas reformas.

VI. Los litigios en materia de salud.

Los litigios en materia de salud han sido históricamente una herramienta clave para promover cambios estructurales en los sistemas sanitarios y corregir desigualdades de acceso. A diferencia de los litigios privados, Neff (2009)¹⁹ y Templeton et al. (2017)²⁰ señalan que buscan incidir en la agenda pública y redefinir políticas estatales, por eso su nombre de litigios públicos o estratégicos.

En América Latina, su auge coincidió con la implementación de reformas neoliberales aplicadas entre los años '80 y '90, junto con los procesos de tecnificación de la salud y el incremento de los costos de tratamientos especializados comenzaron a generar barreras de acceso (Gloppen, 2008²¹; Cabrera y Ayala, 2013²²; Marín et al., 2020²³).

Las acciones judiciales vinculadas al DNU 70/2023 se desarrollaron en un contexto de debilitamiento de los mecanismos de regulación estatal donde se produjeron aumentos en las cuotas de los afiliados y profundizó dinámicas de concentración, con efectos heterogéneos entre empresas y usuarios. Estos litigios no sólo cuestionaron los aumentos, sino que también reafirman el rol del Estado como garante de derechos (Cabrera y Ayala, 2013).

En este escenario, el Poder Judicial asume un rol central: su intervención funciona como un freno frente a la inacción o las omisiones de los poderes políticos y obliga a restablecer mecanismos efectivos de control y rendición de cuentas ante el ejercicio del poder (Neff, 2009; Cabrera y Ayala, 2013).

A continuación, se examinarán los diferentes litigios y acciones que se realizaron tras la desregularización propuesta por el DNU 70/2023 en el campo de las empresas de medicina prepaga.

VI.1 La judicialización del DNU 70/2023 por la desregulación del sistema de controles a las empresas de medicina prepaga.

A finales de diciembre del año 2023, se dictó el DNU 70/2023. Este introdujo importantes cambios en diferentes materias, entre ellas la desregulación de los aumentos de cuotas por parte de las empresas de medicina prepaga, lo que dio origen a múltiples acciones legales en el plano judicial y administrativo. A través de los artículos 267 y 269 modificó aspectos importantes de la Ley N° 26.682 que establece el marco regulatorio de la medicina prepaga.

19 Traducción propia.

20 Traducción propia.

21 Traducción propia.

22 Traducción propia.

23 Traducción propia.

Los artículos mencionados derogaron el artículo 5°, inciso g, y parcialmente el artículo 17, párrafos 1° y 2° de la Ley 26.682.²⁴ Esto implicó la eliminación de la facultad del Estado para autorizar las cuotas y establecer precios diferenciados según las franjas etarias para los planes prestacionales. Como consecuencia, se mantuvo únicamente la restricción que establece una variación máxima de tres (3) veces entre la primera y la última franja etaria, así como el requisito de notificar los aumentos con 30 días de anticipación y la obligación de aplicar el mismo porcentaje de aumento a todos los usuarios.

Tal como se hizo mención anteriormente, los argumentos que empleó el DNU 70/2023 para justificar la eliminación de estos controles fueron principalmente a la crisis económica-inflacionaria existente en el país y la difícil situación para sostener el sistema de salud debido al aumento de los costos.

En el caso del subsistema de las empresas de medicina prepaga, su principal fuente de financiamiento proviene del pago mensual que realizan los afiliados, cuyo monto varía en función de la edad, el tipo de plan contratado y la antigüedad en el servicio.

Antes del DNU 70/2023, el Estado, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud, regulaba los aumentos de estas empresas en función del incremento de sus costos operativos. Este mecanismo buscaba equilibrar la relación entre las partes: si bien las prepagas podían establecer libremente el valor inicial de la cuota y su margen de ganancia, cualquier ajuste posterior debía estar vinculado a la variación de su estructura de costos. De este modo, se garantizaba la sostenibilidad económica del sistema al no imponer aumentos excesivos a los usuarios.

A partir de enero de 2024, con la entrada en vigencia del DNU 70/2023, las empresas de medicina prepaga comenzaron a aplicar aumentos significativos en las cuotas de sus afiliados, con subas del 40% al 45% solo en el primer mes del año. Para abril, el incremento acumulado había sido del 154% (Errepar, 2024). Esta cifra contrasta notablemente con los ajustes regulados por la Superintendencia de Servicios de Salud durante 2023, que oscilaba entre el 4% al 7%²⁵ mensual.

Esta situación dio origen a diversas acciones legales, tanto en el ámbito judicial como en el administrativo. En el caso de los procesos judiciales, se iniciaron demandas individuales y colectivas, en su mayoría tramitadas ante la justicia federal. La mayoría de las presentaciones buscaban la declaración de inconstitucionalidad de los artículos 265 y 267 del DNU 70/2023, argumentando su ilegitimidad, la falta de razonabilidad de los aumentos, la violación de derechos constitucionales como el de usuarios y consumidores, a la vida y a la salud. Además, los aumentos que aplicaron las empresas de medicina prepaga no tuvieron en cuenta la edad, se aplicaron por igual a personas que se encontraban en la población económicamente activa como a los jubilados.

Las diferentes medidas que se aplicaron pueden visualizarse en este cuadro:

24 En relación con este último punto, la entrada en vigor del reciente Decreto 102/2025, modificó nuevamente el artículo 17 de la Ley N°26.682, permite actualmente la aplicación de aumentos diferenciales entre los distintos planes.
25 Datos disponibles en: <https://www.argentina.gob.ar/aumentos-autorizados-entidades-de-medicina-prepaga-historico-anos-2012-al-2023>

Tabla 2: Acciones contra el DNU 70/2023

ACCIÓN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA	CASO	RESULTADO DE LA ACCIÓN
Amparo colectivo contra el Estado Nacional para declarar la inconstitucionalidad del DNU 70/2023 (arts. 267 y 269) presentada por afiliado de Swiss Medical S.A	Caso Wilson c/ Estado Nacional ²⁶	Se lo inscribió como proceso colectivo pero no se obtuvo ninguna medida cautelar. Ante un conflicto de competencia que surgió, sigue tramitando en la Corte Suprema de Justicia de la Nación.
Amparo colectivo contra la Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires para declarar la inconstitucionalidad del DNU 70/2023 (arts. 267 y 269).	Caso Brauchli c/ Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires. ²⁷	Hubo medida cautelar en primera instancia, otorgada a todos los afiliados del Hospital Italiano, que fijó como parámetro de aumento los autorizados por la Superintendencia de Servicios de Salud. La Cámara Federal la mantuvo solo para Brauchli y ordenó ajustar su cuota según el IPC, revocando el carácter colectivo y dejando a los adherentes fuera de la medida, quienes deberán demandar individualmente, dando de baja la inscripción en el Registro de Procesos Colectivos.
Amparo colectivo contra la Organización de Servicios Directos Empresarios para declarar la inconstitucionalidad del DNU 70/2023 (arts. 267 y 269).	Caso Morsenti c/ OSDE ²⁸	<p>En marzo de 2024, el Juzgado Federal Nº 2 de Concepción del Uruguay dictó medida cautelar ordenando dejar sin efecto los aumentos aplicados bajo el DNU 70/2023 y limitar las subas al parámetro del art. 17 de la Ley 26.682 (autorización estatal previa por variaciones de costos y cálculo actuarial). La jueza certificó la acción como colectiva para todos los afiliados de OSDE afectados por el decreto, pero dispuso que la cautelar se aplicara únicamente a “futuros adherentes” que acreditaran estar en igual situación.</p> <p>Tras la recusación de la magistrada, el juez Pablo Seró levantó la cautelar al considerar vigente una medida administrativa que ordenó retrotraer las cuotas a valores de diciembre de 2023, actualizados por IPC.</p>

		En apelación, la Cámara Federal de Paraná declaró la inconstitucionalidad del DNU 70/2023, ordenó restablecer el control previo de la Superintendencia de Servicios de Salud y calificó de ilegítimos los aumentos desde enero de 2024.
Amparos individuales y acciones declarativas de inconstitucionalidad contra diferentes prestadoras de servicios de salud (SIMECO ²⁹ , Omint S.A. ³⁰ , OSYPF ³¹ , OSDE ³² , Obra social de Ejecutivos y Personal de Dirección de Empresas ³³)		Varios fallos declararon inconstitucionalidad de arts. 267 y 269, fijaron IPC como tope y -en algunos casos- se reconocieron pagos en exceso como crédito.
Denuncias administrativas ante la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (CNDC)	Primera denuncia (abril 2024) – Diputados de la Unión Cívica Radical ³⁴ .	La CNDC confirma cartelización, ordena retrotraer precios a diciembre de 2023 y ajustar por IPC ³⁵ . Posteriormente, el Gobierno nacional emitió la Resolución 1/2024 de la Secretaría de Industria y Comercio -a cargo de Luis Caputo- estableciendo una medida de tutela anticipada que obligó a las prepagas a revertir los aumentos y ajustar sus tarifas conforme a la variación mensual del IPC. La medida tenía una vigencia de seis meses y afectaba a las empresas que conforman la Confederación Unión Argentina de Salud que incluye a empresas como Galeno Argentina S.A., Hospital Británico de Buenos Aires Asociación Civil, Hospital Alemán Asociación Civil, Medifé Asociación Civil, Swiss Medical S.A., Omint S.A. de Servicios y OSDE (Organización de Servicios Directos Empresarios).
	Segunda denuncia (Ministerio de Economía, 2024)	El 12 de diciembre del año 2024, la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (CNDC) decidió imputar a un conjunto de empresas de medicina prepaga por cartelización: Galeno Argentina S.A, Hospital Británico de Buenos Aires Asociación Civil, Hospital Alemán Asociación Civil, Medifé Asociación Civil, Swiss Medical S.A., Omint S.A. de Servicios, OSDE Organización de Servicios Directos Empresarios, así como también la Unión Argentina de Salud (UAS); y el Sr. Claudio Fernando Belocopitt, en su carácter de actual presidente de la firma Swiss Medical

		S.A. y del entonces presidente de la UAS (Ministerio de Economía, 2024). Aún no existe una medida por parte de la CNDC.
Acción administrativa y judicial (acción de amparo) por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)	Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) c. OSDE y otros (Causa N°9610). ³⁶	La SSS luego de actuar en sede administrativa, inició una acción de amparo contra 23 empresas de medicina prepaga con el objeto de frenar la situación de abuso de las empresas por los aumentos que venían aplicando luego del dictado del DNU 70/2023. La causa tramitó ante el Juzgado Civil y Comercial Federal N°3 a cargo del Juez Juan Rafael Stinco. El día 3 de mayo de 2024 se hizo lugar a la medida cautelar solicitada por la Superintendencia de Servicios de Salud en la que se dispuso retrotraer los aumentos de las cuotas en todos los planes de salud a los montos vigentes al momento del dictado del DNU 70/2023. A su vez, el juez fijó como pauta de actualización el Índice de precios al consumidor (IPC) elaborado por el INDEC. También ordenó que el pago excedente realizado por los afiliados fuera considerado por las empresas como crédito a su favor. En mayo de 2024, el juez Stinco convocó a las prepagas y a la Superintendencia de Servicios de Salud a una audiencia, celebrada el 27/05. Allí las partes firmaron un acuerdo por el cual las prepagas devolverían los cobros por encima del IPC (ene-may 2024) con ajuste por Tasa Pasiva BNA, y desde julio las cuotas podrían ajustarse libremente. También reincorporarían a afiliados dados de baja por falta de pago. La Superintendencia desistió de la acción y el juez homologó el acuerdo. El caso impactó en otros procesos vinculados al DNU 70/2023, al establecer un parámetro para los aumentos y reafirmar el rol estatal de control. Según Verbic (2024), constituyó un precedente atípico: se alcanzó un acuerdo colectivo sin participación de usuarios ni de asociaciones, sin un legitimado colectivo, sin aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor y con un potencial perjuicio para los beneficiarios.

Fuente: Elaboración propia.

Las acciones judiciales y administrativas derivadas del DNU 70/2023 revelan el impacto institucional de la desregulación del sistema de control estatal sobre las empresas de medicina prepaga. La multiplicidad de amparos individuales y colectivos, las medidas cautelares y las denuncias por prácticas anticompetitivas evidencian que las reformas no solo afectaron la situación económica de los afiliados, sino que puso en tensión los límites constitucionales del poder reglamentario del Estado, principalmente del Poder Ejecutivo. En este contexto, se advierte que el Poder Judicial actuó como un espacio de discusión, reestableciendo parámetros de razonabilidad a través de fallos que devolvieron el control previo a la Superintendencia de Servicios de Salud y fijaron toques de actualización del precio de cuotas como el Índice de Precios al Consumidor (IPC). La intervención de la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia, por su parte, puso de manifiesto la existencia de prácticas de cartelización incompatibles con el principio de libre competencia.

VII. Conclusiones

Lo sucedido tras la entrada en vigencia del DNU 70/2023 muestra que la flexibilización de los mecanismos de control de precios en las empresas de medicina prepaga tiende a generar situaciones de tensión, expone a la población a riesgos que afectan derechos esenciales, y genera un escenario de incertidumbre legal y económica.

En este artículo mostramos que tras la desregulación derivó en aumentos que tuvieron un impacto negativo sobre los adultos mayores, quienes fueron en su mayoría quienes promovieron amparos para retrotraer las subas.

La respuesta judicial —a través de acciones individuales y colectivas iniciadas por particulares y el propio Estado nacional— no solo restituyó derechos en casos puntuales, sino que fijó límites, estableciendo parámetros como el IPC o el control estatal previo para los aumentos. El hecho de que el propio Estado nacional haya accionado contra empresas por prácticas de cartelización confirma que el mercado —lejos de autorregularse— requiere de mecanismos estatales.

26 Wilson c. Estado Nacional – PEN (Causa N.º 19506). (2024). Juzgado Civil y Comercial Federal N.º 3.

27 Brauchli c. Sociedad Italiana (Causa N.º 94). (2024). Cámara Federal de Apelaciones de San Martín, Sala II.

28 Morsenti, Fernando Ismael y otros c. Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE) s/ Amparo Colectivo (Causa N.º 1461). (2024). Cámara Federal de Paraná.

29 Vidal Quera, Amengual Rodolfo c. Simeco (Servicios Consejo de Salud Simeco) y otro s/ Acción meramente declarativa de inconstitucionalidad (Causa N.º 01/2024). (2024). Juzgado Federal en lo Civil, Comercial y Contencioso Administrativo de San Martín N.º 2, Secretaría N.º 3.

30 Cainelli, Elsa Angélica c. OMINT S.A. de Servicios s/ Amparo sumarísimo valor cuota EMP–DNU 70/23 (Causa N.º 4145/2024). (2025). Cámara Civil y Comercial Federal, Sala II.

31 Ramírez, Carlos Eduardo c. Obra Social YPF y otro s/ Amparo ley 16.986 (Causa N.º 2570/2024). (2024). Sala III de la Cámara Federal de La Plata.

32 Decara, Guillermo Antonio c. OSYPF y otro -OSDE- s/ Amparo ley 16.986 (Causa N.º 3112/2024). (2024). Cámara Federal de La Plata, Sala II.

33 Abadie, Luis Eduardo c. Obra Social de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas s/ Amparo ley 16.986 (Causa N.º 451/2024). (2025). Cámara Federal de Resistencia.

34 Reyes, *Hernán Leandro y otros (Medicina prepaga), s/ solicitud de intervención* (Causa N.º 1848/2024 Expediente EX-2024-05378512). CNDC.

35 Comisión Nacional de Defensa de la Competencia. (2024, 12 de abril). *Dictamen en expediente EX-2024-05378512 – presunta cartelización en medicina prepaga*. Ministerio de Economía. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/resolucion_y_dictamen_0.pdf?utm_source=chatgpt.com

36 Superintendencia de Servicios de Salud c. OSDE y otros s/ Amparo (Causa 9610/2024). (2024). Juzgado Civil y Comercial Federal N.º 3.

En este contexto, el Poder Judicial asumió un rol protagónico como garante de derechos, interviniendo incluso sobre variables económicas sensibles y marcando la necesidad de restablecer parámetros razonables de control estatal. Sin embargo, los avances obtenidos tanto en sede judicial como administrativa fueron parciales y de efecto limitado, ya que la mayoría de las medidas cautelares tuvieron una vigencia acotada en el tiempo.

Referencias bibliográficas

- Abramovich, V., y Pautassi, L. (2008). El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 261-282. Disponible en <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/345>.
- Alvez, J. (07 de Julio de 2025). Cambios en Salud: el Gobierno creó un organismo que gestionará cinco hospitales y eliminó tres institutos. *INFOBAE*, págs. Disponible en <https://www.infobae.com/politica/2025/07/07/cambios-en-salud-el-gobierno-creo-un-organismo-que-gestionara-cinco-hospitales-y-elimino-tres-institutos/>.
- Azpiazu, D. (. (1999). *La desregulación de los mercados. Paradigmas e inequidades de las políticas del neoliberalismo*. Buenos Aires: Flacso.
- Becker, A.; Al-Ju'beh, K.; Watt, G. (2009) Keys to health: justice, sovereignty, and self-determination. *The Lancet*, Volume 373, Issue 9668, 985 – 987. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60103-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60103-3/abstract)
- Belló, M., y Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud en Argentina. *Salud pública de México*, 96-109. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/06.pdf>.
- Bertens, R., y Vong, A. (2020). Small steps, big change. Forging a public-private health insurance system in the Netherlands. *Social Science y Medicine*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620306377>.
- Biehl, J., Socal, M., y Amon, J. (2016). The Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil. *Health Hum Rights*, 209–220. Disponible en <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5070692/>.
- Bisceglia, M., Padilla, J., Piccolo, S., y Sääskilähti, P. (2023). On the bright side of market concentration in a mixed-oligopoly healthcare industry. *Journal of Health Economics*, Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629623000486>.
- Cabrera, O., y Ayala, A. (2013). Advancing the right to health through litigation. En J. Zuniga, S. Marks, y L. Gostin, *Advancing the human right to health* (págs. 25-38). Oxford Academic.
- Castañón López, M. (2023). Breves apostillas sobre el DNU 70/2023 y el sistema de seguro de salud. *REVISTA JURIDICA ARGENTINA LA LEY*.
- Dave, U., Lewis, E. G., Patel, J. H., y Godbole, N. (2024). Private health insurance in the United States and Sweden: A comparative review. *Health Science Reports*, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hsr2.1979>.
- De Ortúzar, M.; Médici, A (2019). El "derecho a la salud" como derecho humano: Abordaje conceptual transdisciplinar. EN: M. Cristeche y M. Lanfranco Vázquez (Coords.). Investigaciones sociojurídicas contemporáneas. La Plata: Malisia. pp. 57-78. En Memoria Académica. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.1134/pm.1134.pdf>
- Echeverri, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso

de Colombia. *RevPanam Salud Pública*, 210- 216.

- Errepar. (17 de 01 de 2024). Obtenido de Frenan aumentos de empresas de medicina prepaga: <https://documento.errepar.com/actualidad/frenan-aumentos-de-empresas-de-medicina-prepaga-20240117125153258>
- Fidalgo, M. M. (2008). *Adiós al derecho a la salud*. Buenos Aires: Espacio.
- Fonseca, M. (2022). *Soberanía sanitaria para un pleno acceso a la salud*. Revista Ciencia y Tecnología. <https://revistas.unlp.edu.ar/CTyP/article/view/14483/13861>
- Gherzi, C. A. (1999). *Contrato de Medicina prepaga. Estructura. Análisis económico. Cláusulas abusivas. Internación. Publicidad. Contratos conexos. Enfermedades preexistentes. Trasplantes. Responsabilidad por daños al usuario. Vías de acceso a la Justicia. Gerontología*. Buenos Aires: Astrea .
- Gloppen, S. (2008). Litigation as a strategy to hold governments accountable for implementing the right to health. *Health Hum Rights*, 21-36.
- Gómez-Arias, R. D. (2022). Soberanía sanitaria: una política prioritaria para las democracias. *Universidad y Salud*, 24(1), 3-6.
- Gusman, A. S. (2021). Responsabilidad del Estado como garante del derecho a la atención sanitaria. *La Ley*, 1-5.
- Hanson, K., Gilson, L., Goodman, C., Mills, A., Smith, R., Feachem, R., Kinlaw, H. (2008). Is Private Health Care the Answer to the Health Problems of the World's Poor? *Theplos medicine*, Disponible en <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050233>.
- Herzog D. (2020). Sovereignty in a Public Health Crisis [Internet]. Yale UniversityPress Blog. Disponible en: <http://blog.yalebooks.com/2020/05/01/sovereignty-in-a-public-health-crisis/>
- Hufty, M., Báscolo, E., y Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, S35-S45.
- Laurell, A. C. (2017). La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. *Cadernos de saúde pública*.
- Lapidus, J. (2022). Privatising, liberalising and dividing a welfare state without affecting universality? Debunking the myths surrounding the rapid rise of private health insurance in Sweden. *Health economics, Policy and Law*, <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/privatising-liberalising-and-dividing-a-welfare-state-without-affecting-universality-debunking-the-myths-surrounding-the-rapid-rise-of-private-health-insurance-in-sweden/87C70>.
- Lorenzetti, R. (2009). *Consumidores*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: RubinzalCulzoni.
- Luzuriaga, M. J. (2023). La privatización de los sistemas de salud, la pandemia y la desprivatización en debate . *CEPAL* .
- Maceira, D. (2018). *Morfología del Sistema de Salud Argentino Descentralización, Financiamiento y Gobernanza*. Disponible en <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4460>: CEDES. Documentos de trabajo.
- Marín, G. H., Marín, L., Agüero, D., Marin, G., Pagnotta, M., y Blanco, L. (2020). Litigation for Health Technology Accessibility: A Tool for Inequality? Reflections Based on Case Study Analysis. *Journal of Clinical Cases and Reports; Special Issue: 2020 Collection in Global Research: Clinical Cases and Reports*, 17-22.
- Marra, M. (2021). El derecho a la salud en Argentina y el deber de garantía del Estado Nacional. *Revista de Abogacía*, 83-92.
- Massano, J. P. (2023). El intento de reforma del subsistema de obras sociales sindicales argentino de 1985-1986. *Revista Mundos do Trabalho*, Disponible en <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/92457>. Acesso em: 13 ago. 2025.

- Médici, A. (2002). *La desregulación de las Obras Sociales. Un episodio más de la reforma de salud en Argentina. ¿Que vendrá luego?* Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ministerio de Economía. (2024, 12 de diciembre). *La CNDC imputa por presunta cartelización a las principales empresas de medicina prepaga*. Gobierno de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-cndc-imputa-por-presunta-cartelizacion-las-principales-empresas-de-medicina-prepaga-0>
- North, D. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Neff, E. (2009). From Equal Protection to the Right to Health: Social and Economic Rights, Public Law Litigation, and How an Old Framework Informs a New Generation of Advocacy. *Columbia Journal of Law and Social Problems*, Disponible en <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/collsp43ydiv=10yid=ypage=>
- OECD. (2025). *How Do Health System Features Influence Health System Performance?* París: The Health Foundation .
- Palabras del derecho (29 de Diciembre de 2023). *Admitieron tramitar un amparo colectivo de salud contra el mega DNU*. Obtenido de <https://palabrasdelderecho.com.ar/articulo/4733/Admitieron-tramitar-un-amparo-colectivo-de-salud-contra-el-mega-DNU>
- Palabras en el derecho. (30 de Abril de 2024). *Palabras en el derecho*. Obtenido de <https://palabrasdelderecho.com.ar/articulo/5011/Mega-DNU-desarmaron-uno-de-los-procesos-colectivos-contra-el-aumento-de-las-prepagas>
- Ritto, G. (2016). El contrato de medicina prepaga. Análisis con especial énfasis en la regulación del título III del Código Civil y Comercial. *Ratio Juris. Revista de derecho privado*, 132-159.
- Rubinstein, A., y Mossialos, E. (2025). *Desfinanciamiento y regresión sanitaria en América Latina*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 49(2), 77-89.
- Shina, F. (2024). *Ley de Defensa del Consumidor*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Social, M., Amon, J., y Biehl, J. (2020). Right-to-Medicines Litigation and Universal Health Coverage: Institutional Determinants of the Judicialization of Health in Brazil. *Health Hum Rights*, 221-235.
- Templeton Dunn, J., Lesyna, K., y Zaret, A. (2017). The Role of Human Rights Litigation in Improving Access to Reproductive Health Care and Achieving Reductions in Maternal Mortality. *BMC Pregnancy and Childbirth*, Disponible en https://repository.uclawsf.edu/faculty_scholarship/1595/.
- Verbic, F. (29 de Mayo de 2024). *Classaction en Argentina*. Obtenido de «Un anillo para gobernarlos a todos»: el caso de la Superintendencia de Servicios de Salud contra las empresas de medicina prepaga por los aumentos habilitados con causa en el DNU 70/2023. Restitución licuada y habilitación absoluta para volver a hacer lo: <https://classactionsargentina.com/2024/05/29/un-anillo-para-gobernarlos-a-todos-el-caso-de-la-superintendencia-de-servicios-de-salud-contra-las-empresas-de-medicina-prepaga-por-los-aumentos-habilitados-con-causa-en-el-dnu-70-2023-restituci/>.