

Bahía Blanca, **4** de abril de 2025.

**VISTOS:** El expediente N° **FBB 1972/2024/CA2**, caratulado: **“M., D. H. c/ OSDE s/ AMPARO LEY 16.986”**, originario del Juzgado Federal N° **2** de la sede, puesto al acuerdo en virtud del recurso de apelación interpuesto a fs. 330/345 contra la sentencia de fs. 324/329 del Sistema LEX100.

El señor Juez de Cámara, Pablo Esteban Larriera, dijo:

**1.** La Sra. Jueza Federal hizo lugar parcialmente a la acción de amparo por D.H.M contra la Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE), y en consecuencia, ordenó a ésta la cobertura inmediata –al 70%– del medicamento: Dupixent-dupilumab-300mg. jga.prell. x 2 en los términos establecidos por el médico tratante.

Asimismo, impuso las costas a la demandada por resultar sustancialmente vencida (ley 16.986: 14 y CPCCN: 68); y difirió la regulación de los honorarios correspondientes a los letrados intervinientes hasta tanto denuncien y acrediten en autos su situación previsional e impositiva.

**2.** Contra lo así resuelto, la parte actora interpuso recurso de apelación.

Cuestionó el alcance de cobertura económica brindado por la jueza de grado, toda vez que ordenó el 70% de la medicación prescripta, con fundamento en los alcances del PMO, aplicando por analogía la Resol. 201/2002.

Expuso que resulta reiterada y pacífica la jurisprudencia de esta Cámara, como de la CSJN, que entiende, que el PMO constituye un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar y no una limitación para los agentes de seguro de salud.

Adujo que la ley 23.661 (arts. 1 y 2) establece su objetivo en procurar el pleno goce del derecho a la salud de todos los

USO OFICIAL



habitantes del país, promoviendo el otorgamiento de prestaciones de salud que respondan al mejor nivel de vida de calidad disponible y garantizando a los beneficiarios su obtención. A su vez expuso que la ley 26.682 (art. 1, 7 y ctes.), establece que las empresas asumen la obligación asistencial de prestar servicios de cobertura médico asistencial a cambio de una contraprestación en dinero que hace su cliente/usuario.

Sostuvo que, conforme al incidente de beneficio de litigar sin gastos, está acreditada su falta de ingresos suficientes para acceder a la prestación médica, dada su situación económica como empleado de la Municipalidad de Coronel Dorrego.

Finalmente requirió que se resuelva la aplicación a estos autos del beneficio de gratuidad dispuesto en el art. 53 de la ley 24.240, solicitado en el punto VIII de la demanda incoada.

**3.** Efectuado el traslado a la parte demandada del memorial de agravios por el término de 48 horas (f. 346), esta contestó a fs. 347/351.

**4.** A fs. 355/358 asumió intervención el representante del Ministerio Público Fiscal quien propició hacer lugar al recurso de apelación interpuesto por la actora.

**5.** El presente caso trata sobre un hombre de 45 años de edad, afiliado a OSDE, quien cuenta con diagnóstico de “*rinosinusitis crónica con poliposis nasal severa*”. Según señaló el Dr. Pablo H. José –Médico especialista en otorrinolaringólogo y cirujano de nariz, senos paranasales y base de cráneo– desde el año 2009 el amparista sufre el mencionado diagnóstico. Se ha sometido a 5 cirugías, siendo la última en el año 2021, mediante la cual se le realizó una sinusotomía combinada lateral ampliada, con sinusotomía frontal extendida (Draft. Tipo 3) con resección de abundantes pólipos; siendo la cirugía de mayor envergadura que se puede realizar para esa patología.



USO OFICIAL

Sin embargo, la historia clínica continuó refiriendo que los pólipos reaparecen y, actualmente, la enfermedad se presenta en rinorrea, tos, insuficiencia ventilatoria nasal, hiposmia e hipogeusia, lo que implica una calidad de vida mala. Asimismo, indicó las consecuencias de su enfermedad según cuestionario SNOT-22 y señaló que, luego de los estudios realizados el 31/1/2024 el especialista tratante le prescribió la medicación que reclama - DUPIXENT- y que es la misma que el alergista ya le había recetado con anterioridad, ya rechazada en su momento por OSDE (v. credencial de afiliación e historia clínica).

Según surge de la documental acompañada por el actor, el 19 de febrero de 2024 elevó la primera nota formal a OSDE, de la cual recibió respuesta de rechazo el 1 de marzo de 2024. En su nota de rechazo, la demandada sostuvo que la cobertura de los tratamientos de salud no está determinada por los médicos tratantes, que la medicación solicitada no se ajusta a la evidencia nacional e internacional existente y que, por ende, no es concluyente. Afirmó que solo está obligada a proporcionar la cobertura estipulada por la normativa vigente y los límites establecidos en dicha normativa, indicando que el medicamento solicitado no está incluido y que se encuentran disponibles los tratamientos tradicionales.

Seguidamente el Sr. M. presentó reclamo en la OMIC de Coronel Dorrego, según el registro 75.2024. Sin embargo, en la audiencia celebrada OSDE ratificó su postura de rechazo. Dentro de este marco, es que el actor hizo alusión a la evidencia científica que legitima su reclamo para lo cual subrayó, en primer lugar, las facultades que tienen los médicos tratantes, y luego, afirmó que la medicación prescrita está disponible en los documentos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, que es de consulta pública, y que reconoce a dicho fármaco como parte de la estrategia terapéutica para el tratamiento de la patología que presenta de acuerdo con lo que puede verse en el Vademécum Nacional de Medicamentos de la ANMAT



(en el sitio de consulta que identifica y en la Disposición ANMAT 8995/21). Continuó señalando la jurisprudencia que marca la improcedencia del apego estricto al PMO.

En definitiva, de la documentación acompañada en autos se desprende la existencia de intercambios epistolares adicionales entre la parte actora y la demandada, todos los cuales se han caracterizado por la negativa de ésta.

Ante la persistencia de la negativa, la parte actora interpuso la presente acción de amparo con medida cautelar, la cual fue rechazada por la jueza de primera instancia, y confirmada por esta Cámara.

**6.** Ingresando a resolver, corresponde precisar que, ante la ausencia de recurso de la parte demandada, no se encuentran controvertidos los padecimientos del amparista, su afiliación a OSDE, ni la obligación de la accionada de brindar la cobertura del medicamento solicitado en demanda, sino que el recurso de apelación interpuesto por la parte actora -única apelante- se circunscribe a cuestionar el porcentaje de cobertura que debe afrontar la empresa de medicina prepaga.

Concretamente, se agravió la amparista debido a la limitación impuesta, ya que en la instancia de grado se ordenó una cobertura del 70 % del valor del medicamento, mientras que ella solicitó que dicha cobertura se amplíe al 100 % de su costo.

**7.** Cabe señalar que el presente caso involucra el derecho a la preservación de la salud del amparista, el cual constituye un derecho humano fundamental, al que nuestro ordenamiento jurídico lo ha dotado de la máxima protección normativa: arts. 43 y 75 inc. 22 de la Constitución Nacional; arts. I, XI y XVI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; arts. 3, 22 y 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; arts. 9 y 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y



Culturales; y arts. 4 y 5.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

**8.** En oportunidad de presentar el informe circunstanciado en los términos del art. 8 de la ley 16986, la parte demandada aclaró que de conformidad con la normativa vigente y el plan de cobertura contratado, el actor dispone la cobertura de cirugía endoscópica de los senos paranasales (CESPN) y terapia con corticosteroides sistémicos, tratamientos seguros, eficientes y eficaces para el tratamiento de la enfermedad rinosinusal y poliposis nasal. Continuó informando que el medicamento Dupilumab no se encuentra incluido dentro de los anexos de la Resol. 201/02 del Ministerio de Salud de la Nación, como tampoco forma parte de la cobertura que OSDE brinda a sus afiliados. Agregó que, si bien es cierto de que el PMO constituye “un piso prestacional” de acuerdo a la jurisprudencia del fuero, ello no implica que los afiliados tengan derecho automático a toda prestación médica disponible, subrayó que OSDE ofreció una cobertura ampliatoria, la cual excede las prestaciones mínimas fijadas por la normativa vigente, sin que ello implique la obligación de incluir tratamientos no contemplados expresamente en su plan. Finalmente sostuvo la inexistencia de un régimen diferencial de cobertura (por no resultar aplicables, al *sub examine*, las leyes de Discapacidad o de Enfermedades Poco Frecuentes, entre otras), que impide ampliar el alcance de la cobertura reconocida en la sentencia dictada en la instancia de grado, tal como lo pretende la recurrente.

**9.** De las constancias acompañadas en autos y del incidente de beneficio de litigar sin gastos (FBB 2253/2024) surge que el señor D. H. M reside en Coronel Dorrego junto a su esposa, D. L. P. y su hija menor, alquilan una vivienda por la que abonan mensualmente \$290.000 (cfr. contrato de locación fecha 1 septiembre 2024). Sus ingresos, conforme recibo de haberes de abril 2024 ascienden a \$403.435,18, siendo su esposa también empleada de la Municipalidad de Dorrego aunque no se informó su remuneración. A

USO OFICIAL



ello se suma el pago obligatorio de la cuota de OSDE, que en el mismo período alcanzó \$247.730,67.

En este contexto, resulta evidente que la conducta de la demandada representa un agravamiento a los derechos fundamentales del actor. La protección de la salud como derecho humano básico exige que las empresas prestadoras de servicios médicos actúen con especial diligencia y responsabilidad, garantizando el acceso a los tratamientos necesarios para preservar el bienestar de sus afiliados. El actor ha acreditado fehacientemente su situación de vulnerabilidad económica mediante la documentación obrante en autos y las declaraciones testimoniales presentadas, los elementos probatorios demuestran una manifiesta insuficiencia económica, ya que sus recursos resultan claramente inadecuados para hacer frente al pago de los porcentajes restantes del valor del medicamento, teniendo en cuenta especialmente el excesivo valor de plaza del Dupixent-Dupilumab - 300mg. jga. prell. x 2, conforme informó la actora al 5/11/24 tenía un valor de \$5.782.137,24 por ampolla subcutánea (que debe ser aplicada cada 15 días, hasta que el cuadro clínico lo requiera), por lo que la cobertura al 70% implica que el amparista deba afrontar un costo de \$1.734.641,17, lo que torna inaccesible su adquisición.

En este orden de ideas, tal como lo ha manifestado en otras oportunidades esta Cámara Federal: *“Es que, el PMO fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar (resoluciones 201/02 y 1991/05 del Ministerio de Salud) y no constituye una limitación para los agentes de seguro de salud, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima que los beneficiarios están en condiciones de exigir a las obras sociales, ya que contiene un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional (CFCCFed. Sala I, causa n°5139/2011, del 08/11/12; Sala II, causa n°5931/2008, del 17/12/13; Sala III, causa n°2974/16, del 01/09/16; y sus citas;*

---

Fecha de firma: 04/04/2025

Firmado por: ROBERTO DANIEL AMABILE, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: PABLO ALEJ CANDISANO MERA, Juez de Cámara

Firmado por: PABLO ESTEBAN LARRIERA, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: NICOLAS ALFREDO YULITA, SECRETARIO DE CAMARA



#38883475#450495277#20250404141829630

CFASalta, Sala II, en ‘Albarracín, Ricardo José Daniel c/OSDEPYM s/Prestaciones farmacológicas’, sent. del 20/12/21, entre otras”.

Por otra parte, no puede desconocerse que, cuando están en juego el derecho a la vida o a la salud e integridad física de una persona, las instituciones que integran el sistema nacional de salud deben extremar al máximo los servicios que proporcionan a fin de lograr la recuperación del paciente, incluso más allá de las exigencias del PMO, dado que éste fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que se deben garantizar (piso prestacional), que no puede derivar en una afectación del derecho a la vida y a la salud de las personas (primer derecho de la persona garantizado por la Constitución Nacional y tratados internacionales), valor fundamental respecto del cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental (CSJN, Fallos: 323:3229 y 324:3569).

A lo luz de lo expuesto, corresponde hacer lugar el recurso de apelación interpuesto por la parte actora y, en consecuencia, revocar la sentencia de la instancia de grado, ordenándole a OSDE la cobertura total de: Dupixent-dupilumab-300mg. jga.prell. x 2 en los términos establecidos por el médico tratante.

**10.** En punto a la imposición de las costas, el art. 14 de la ley 16.986 expresa que “se impondrán al vencido”, haciendo aplicación del principio de la derrota consagrado por el art. 68 del CPCCN. En el caso, el sustento de dicha imposición es un corolario del vencimiento que tiende a resarcir al vencedor de los gastos en que debió incurrir para obtener ante el órgano jurisdiccional la satisfacción de su derecho, por lo que las costas de esta instancia deben ser impuestas a la demandada vencida.

Por todo lo expuesto, **propicio y voto: 1.** Se haga lugar al recurso de apelación deducido por la actora y, en consecuencia, se revoque la sentencia de primera instancia, ordenándole a OSDE la cobertura total de Dupilumab (dupixenttm)

USO OFICIAL



300 mg., una ampolla de aplicación subcutánea cada 15 días. **2.** Se impongan las costas de ambas instancias a la demandada vencida (art. 14, ley 16.986) y se difiera la regulación de honorarios hasta tanto se fijen los de la instancia (art. 30, ley 27.423).

El señor Juez de Cámara, Roberto Daniel Amabile, dijo:

Analizadas las constancias de la causa, adelanto que habré de adherir al voto que encabeza el Acuerdo, en el entendimiento de que la negativa de la empresa de medicina prepaga de proveer la cobertura integral de la medicación Dupilumab (dupixenttm) 300 mg., que le fuera prescrita al amparista por su médico tratante, constituye un accionar manifiestamente arbitrario que vulnera el derecho a la salud de aquel.

En ese orden de ideas, cabe señalar, en primer lugar, que en el presente legajo no se encuentra discutida la patología que padece el accionante, ni la necesidad de realizar el tratamiento indicado por su médico tratante, sino que el punto de debate versa sobre sobre el porcentaje de cobertura del fármaco indicado, respecto del cual se peticiona, mediante esta instancia recursiva, que se amplíe al valor total de su costo.

Ingresando al análisis de la cuestión traída a estudio, no debe soslayarse que en el caso se encuentran comprometidos derechos de jerarquía constitucional como es el de la preservación de la salud y de la vida misma de las personas.

En ese orden, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de todas las personas a disfrutar del “más alto nivel posible de salud física y mental”, destacando el deber de los Estados partes de procurar su satisfacción, quienes a su vez se comprometen a invertir “hasta el máximo de los recursos” de que dispongan para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos en dicho tratado (art. 2 inc. 1 y 12).



USO OFICIAL

Del mismo modo, en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre se establece que “*toda persona tiene derecho a que la salud se preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad*”( art. XI) y en la Declaración Universal de Derechos Humanos se señala que “*toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar*” (art. 25, inc. 1).

En este marco, debe puntualizarse que no escapa al conocimiento del suscripto las disposiciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) con relación al alcance de la cobertura de los diversos medicamentos que se indican en sus anexos, que fuera valorado por la Juez de grado para fundar el rechazo de la cobertura total del tratamiento prescripto.

Sin perjuicio de ello, en armonía con los derechos que surgen de los Tratados Internacionales referidos, y en línea con lo resuelto por el suscripto en los autos FBB 10405/2023 (“*Cuchinelli, Vanina Marcela c. Galeno Argentina S.A.*”, del 4/6/2024), considero que en el caso corresponde hacer una excepción con respecto a lo prescripto en el mentado Programa, valorando particularmente la situación de vulnerabilidad en la que se halla el amparista, extremo que fue debidamente apreciada en el voto que encabeza el Acuerdo y al que cabe remitirse a los fines de evitar reiteraciones innecesarias.

La particular situación socio económica acreditada, impide al accionante hacer frente al pago de los porcentajes restantes del valor de la droga en cuestión, teniendo en cuenta el excesivo valor de plaza del Dupilumab (dupixenttm) 300mg., que en la actualidad asciende a la suma de \$6.446.706, de acuerdo a lo que surge de la página web <https://www.argentina.gob.ar/precios-de-medicamentos>, lo que torna inaccesible su adquisición.



En este contexto, la provisión del medicamento con el alcance resuelto en primera instancia, importaría lisa y llanamente la imposibilidad de que el actor acceda al tratamiento prescrito por su médico tratante, constituyendo una afectación del derecho a la salud de tal magnitud que lo desnaturalizaría.

Es por ello que la negativa de la empresa de medicina prepaga de cubrir el 100% del medicamento, apegándose estrictamente a lo dispuesto por el PMO y sin valorar la particular situación de su afiliado a la luz de la normativa internacional, constituye un accionar arbitrario que vulnera el derecho de salud de aquel.

Cabe destacar una vez más que el hecho de que un medicamento no esté contemplado en el PMO o que se encuentre prevista una cobertura en menor porcentaje que el solicitado, no resulta suficiente para exonerar la obligación de asistencia que tiene la empresa de medicina prepaga como agente de seguro de salud y que en el supuesto *sub examine* no se ha cumplido debidamente.

En ese orden de ideas, se ha sostenido que "*no puede soslayarse que media una imposibilidad práctica de que la norma reglamentaria contemple todas las situaciones que, desde el punto de vista constitucional deban ser incluidas (Sala III de la CCCFed, doctrina de causa n° 1.683/14 del 5/2/18). Además, la realidad indica que existe una brecha temporal entre el dictado de esa norma y la aparición de nuevas necesidades a atender respecto de la población beneficiaria del programa (conf. causa n° 1.683/14 cit.). El vacío normativo derivado de esa situación puede ser interpretado de dos formas: o la omisión reglamentaria refleja la reticencia de los organismos competentes de resguardar el derecho a la salud en todas las hipótesis no contempladas expresamente; o bien, ella representa un nivel aproximado de protección que puede ser ampliado en determinadas circunstancias por los magistrados.*" (conf. Sala III de la CCCFed., causa n° 2.571/20 del 24/6/2020).



USO OFICIAL

De hecho, la reglamentación faculta al agente del seguro de salud y a las empresas de medicina prepaga a ampliar los límites de la cobertura (del PMO) de acuerdo a las necesidades individuales de sus beneficiarios (conf. resolución del Ministerio de Salud n° 201/2002 y resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud n° 1319/2011, que establece que las normativas aplicables en materia prestacional a los agentes del seguro de salud resultan también aplicables a las entidades de medicina prepaga) (CCCFed, Sala III, en causa n° 8282/2021/CA1 “V. L. y otros c/Obra Social del Personal Dirección de Sanidad Luis Pasteur s/ amparo de salud”, sent. del 29/12/21).

Del mismo modo, no puede obviarse lo señalado en los considerandos de la Resolución SSSalud N° 163/18, en cuanto a que, en el marco de Ley 26.682 es obligación ineludible de las entidades de medicina prepaga asegurar a sus afiliados las prestaciones pactadas y establecidas legalmente, ya que, si bien su actividad reviste carácter comercial, se ordena a proteger los derechos fundamentales a la vida, salud e integridad de las personas (artículos 33, 42, 75, inciso 22, y ccdtes. de la Constitución Nacional, artículo 3° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículos 4° y 5° de la Convención Americana de Derechos Humanos, entre otros).

A lo luz de lo expuesto, corresponde revocar parcialmente la sentencia de la instancia de grado, ordenándole a OSDE la cobertura total de: a) Dupilumab (dupixenttm) 300 mg., una ampolla de aplicación subcutánea cada 15 días.

ES MI VOTO.

El señor Juez de Cámara, Pablo A. Candisano Mera, dijo:

En primer lugar habré de señalar que coincido con las consideraciones realizadas por mis colegas preopinantes respecto a la necesidad del actor de la prestación de salud que mediante el



presente se reclama, cuya cobertura –de acuerdo al marco normativo aplicable– debe ser satisfecha por parte del agente de salud.

No obstante, y pese a encontrarse sellada la suerte del recurso, estimo oportuno señalar que, en el caso particular, la prestación objeto del presente no está amparada en ninguna normativa que implique la obligación de cobertura al 100%, siendo correcto el porcentaje de cobertura estimado en la resolución de grado por tratarse de un fármaco a ser administrado de forma crónica (cf. Res. MSAL 301/03); disintiendo con los votos que anteceden en relación al alcance antes dicho.

En razón de lo expuesto, considero corresponde rechazar el recurso interpuesto. Así voto.

Por ello, y por mayoría de los votos que instruyen el presente, **SE RESUELVE: 1.** Hacer lugar al recurso de apelación deducido por la actora y, en consecuencia, revocar la sentencia de primera instancia, ordenándole a OSDE la cobertura total de Dupilumab (dupixenttm) 300 mg., una ampolla de aplicación subcutánea cada 15 días. **2.** Imponer las costas de ambas instancias a la demandada vencida (art. 14, ley 16.986) y diferir la regulación de honorarios hasta tanto se fijen los de la instancia (art. 30, ley 27.423).

Regístrese, notifíquese, publíquese con las restricciones impuestas en la resolución CFABB-Superintendencia, del 13/10/2022 (Acs. CSJN Nros. 15/13 y 24/13), y devuélvase.

**Pablo Esteban Larriera**

**Roberto Daniel Amabile**

**Pablo A. Candisano Mera**

**Nicolás Alfredo Yulita**  
Secretario de Cámara

amc

---

Fecha de firma: 04/04/2025

Firmado por: ROBERTO DANIEL AMABILE, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: PABLO ALEJ CANDISANO MERA, Juez de Cámara

Firmado por: PABLO ESTEBAN LARRIERA, JUEZ DE CAMARA

Firmado por: NICOLAS ALFREDO YULITA, SECRETARIO DE CAMARA



#38883475#450495277#20250404141829630