

///C U E R D O:

En la ciudad de Paraná, Capital de la Provincia de Entre Ríos, a los cinco días del mes de septiembre de dos mil veintiseis reunidos, de manera virtual, los miembros del Superior Tribunal de Justicia, a saber: las señoras Vocales Dras. CLAUDIA MONICA MIZAWAK, GISELA NEREA SCHUMACHER y el señor Vocal Dr. LEONARDO PORTELA, asistidos de la secretaria autorizante fueron traídas para resolver, las actuaciones caratuladas "D.M.C. C/OBRA SOCIAL DE ENTRE RIOS (OSER) S/ACCION DE AMPARO", Expte. N° 28795.-

Practicado el sorteo de ley resultó que el tribunal para entender quedó integrado en el siguiente orden: *señoras y señores Vocales Dres. SCHUMACHER, PORTELA, MIZAWAK, GIORGIO y SOAGE.-*

Examinadas las actuaciones, el Tribunal planteó las siguientes cuestiones:

PRIMERA CUESTIÓN: ¿Existe nulidad?

SEGUNDA CUESTIÓN: ¿Qué corresponde resolver respecto del recurso de apelación interpuesto?; y, en su caso, ¿cómo deben imponerse las costas y regularse los honorarios?

A LA PRIMERA CUESTIÓN PLANTEADA LA SEÑORA VOCAL DRA. SCHUMACHER, DIJO:

El artículo 16 de la Ley de Procedimientos Constitucionales establece que el recurso de apelación comprende el de nulidad.

En este caso, no ha sido denunciado por el recurrente motivo alguno; tampoco lo ha invocado el Ministerio Público que intervino en esta instancia y, finalmente, del examen de la causa, no se advierten vicios que ameriten un pronunciamiento en tal sentido.

Por ello, respecto de esta primera cuestión, me pronuncio por brindar una respuesta negativa.

Así voto.

A la misma cuestión propuesta y a su turno, el señor Vocal Dr. PORTELA, dijo:

Que adhiero al voto precedente en lo referente a la ausencia de

vicios que invaliden el trámite.

Así voto.

A su turno y a la cuestión planteada, la señora Vocal Dra. MIZAWAK, dijo:

Concuerdo con la conclusión a la que arriba la Vocal ponente respecto a la inexistencia de vicios que por su entidad y magnitud ameriten la declaración de nulidad.

Así voto.

A LA SEGUNDA CUESTIÓN PLANTEADA LA SEÑORA VOCAL DRA. SCHUMACHER, DIJO:

1.- M.C.D., por derecho propio, con patrocinio letrado del Dr. F.P., promovió acción de amparo contra la Obra Social de Entre Ríos (en adelante OSER), a fin de obtener la cobertura total, inmediata e ininterrumpida del medicamento Dienogest 2 mg diarios, prescripto por su médica tratante.

Explicó que es una mujer de 41 años, afiliada a la obra social, que padece de endometriosis profunda, conforme surge de los estudios médicos acompañados. Señaló que es atendida por la Dra. Florencia Dettler, especialista en Tocoginecología, quien constató que padece engrosamiento fibrótico del peritoneo retrocervical con adherencias hacia asas ileales (compromiso intestinal/digestivo), fondo uterino adherido al peritoneo parietal anterior, hidrosalpinx en el anexo derecho (obstrucción/dilatación de la trompa) y cambios heterogéneos a nivel del miometrio, con sospecha de adenomiosis.

Expuso que, debido a la gravedad y al carácter crónico y progresivo de la patología, la profesional indicó tratamiento continuo con el fármaco, destinado a frenar la progresión de la enfermedad, controlar el dolor y el sangrado y evitar complicaciones que pudieran requerir intervenciones quirúrgicas.

Manifestó que, en fecha 16/05/2026, OSER rechazó la cobertura integral y limitó la prestación al 40%, con fundamento en que el medicamento solo contaba con cobertura dentro del plan ambulatorio.

Sostuvo que dicha negativa resultó arbitraria e ilegítima, pues desconoce su cuadro clínico y compromete su derecho a la salud, a una vida digna y a la salud reproductiva.

Fundó la procedencia del amparo en las normas constitucionales nacionales y provinciales, la Ley 8369, la Ley 26.485 y los tratados internacionales aplicables. Asimismo, sostuvo que el PMO constituye un piso prestacional y no un límite para la cobertura.

Declaró bajo juramento no haber iniciado otra acción o recurso sustentando la misma pretensión, formuló reserva del caso federal, acompañó y ofreció prueba. Finalmente, solicitó que se hiciera lugar a la acción, con expresa imposición de costas.

2.- En nombre y representación de OSER se presentó la Dra. Valeria Nieva y solicitó el rechazo de la acción, con costas.

Sostuvo que la actora había iniciado el trámite para obtener autorización del medicamento Dienogest 2 mg sin solicitar su cobertura integral, por lo que la prestación había sido auditada y autorizada con la cobertura del 40% correspondiente al plan ambulatorio.

Aclaró que la leyenda “Rechazado” consignada en la providencia se refería únicamente a la modalidad de gestión de la prestación y no a la negativa del medicamento, cuya cobertura podía obtenerse mediante la presentación de la receta en farmacia. Alegó que dicho porcentaje resulta aplicable a todos los afiliados que utilizan la misma medicación y que no se encontraban comprendidos en regímenes especiales que establecieran una cobertura integral, como los correspondientes a pacientes oncológicos, trasplantados o con Certificado Único de Discapacidad, entre otros.

Asimismo, sostuvo que el principio de integralidad no implica gratuidad y que el coseguro resulta necesario para preservar los recursos de la obra social y garantizar prestaciones al conjunto de sus afiliados. Afirmó que la cobertura otorgada se ajusta a la normativa vigente y que no se había acreditado una afectación concreta al derecho a la salud ni una conducta arbitraria o ilegítima que justificara la procedencia del amparo.

Citó jurisprudencia, efectuó reserva del caso federal, ofreció

prueba documental y solicitó.

3.- En cumplimiento de la medida de mejor proveer dispuesta, OSER informó que no existe normativa específica respecto del alcance de las coberturas según los distintos planes, fueran crónicos o ambulatorios, sino que se aplica el Programa Médico Obligatorio.

Refirió que dicho programa establece una cobertura del 70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes y del 100% en casos especiales como internaciones, discapacidad o programas específicos. Agregó que el Dienogest no es considerado por PMO un anticonceptivo estándar, por lo que no correspondía el 100% de su cobertura en los términos de la ley de salud sexual.

4.- El 07/08/2026, la Dra. Marcela Badano rechazó la acción la acción de amparo e impuso las costas por su orden.

La magistrada consideró acreditadas tanto la afiliación de la Sra. Duré como la necesidad de la medicación indicada para tratar su endometriosis. Sin embargo, sostuvo que no se había acreditado una ilegitimidad manifiesta en la conducta de la demandada, ya que había autorizado el tratamiento con una cobertura del 40%, conforme al régimen aplicable a los medicamentos destinados a tratamientos ambulatorios de dolencias crónicas.

Advirtió que, incluso en el formulario de solicitud, no se hacía referencia al carácter crónico de la patología -circunstancia que luego fue reconocida por la propia demandada-, y que, en su parte inferior se contemplaban distintas opciones para indicar el tiempo estimado de tratamiento, habiéndose seleccionado la más extensa, correspondiente a 6 meses.

También señaló que la actora no solicitó una reconsideración ni intimó a la obra social para que revisara su decisión y evaluara las circunstancias que, a su criterio, justificaban una excepción a la cobertura otorgada. Agregó que tampoco acreditó circunstancias excepcionales que justificaran una cobertura integral.

Entendió que la respuesta de la demandada resultaba

razonable y que no se había demostrado una afectación arbitraria de los derechos invocados, por lo que correspondía rechazar la acción de amparo.

En materia de costas, ponderó que la accionante pudo tener motivos atendibles para litigar y las distribuyó por su orden.

5.- Apeló la accionante. Se concedió el recurso y se elevaron las actuaciones.

En su memorial sostuvo que la sentencia efectuó un encuadre erróneo al tratar el caso como un simple reclamo de cobertura ambulatoria, sin considerar la gravedad, cronicidad y carácter progresivo de la enfermedad, ni que el medicamento constituía la única terapia específica apta para frenar su avance y evitar consecuencias irreversibles sobre su salud y capacidad reproductiva.

Cuestionó la aplicación del régimen general de cobertura ambulatoria y afirmó que el PMO debía interpretarse como un piso mínimo de prestaciones y no como un límite, por lo que la ausencia de una previsión expresa no eximía a OSER de otorgar el 100% cuando no existían alternativas terapéuticas equivalentes.

Asimismo, criticó que se hubiera supeditado la procedencia de la cobertura integral a la acreditación de una situación de indigencia, al entender que el derecho a la salud no dependía de la capacidad económica del afiliado, sino de la necesidad médica acreditada.

También sostuvo que la sentencia había desconocido la perspectiva de género y el impacto de la enfermedad sobre la salud reproductiva de la mujer. En tal sentido, afirmó que se aplicó un rigorismo formal incompatible con la tutela efectiva del derecho a la salud al rechazar incluso la cobertura del 70% que surgía acreditada en autos, a partir de lo informado por la propia demandada acerca de que la endometriosis constituye una enfermedad crónica comprendida en dicho porcentaje de cobertura del 70% conforme el PMO.

Finalmente, se agravio por la exigencia de una reconsideración administrativa previa, por entender que la negativa de OSER habilitaba directamente la acción de amparo.

Solicitó la revocación de la sentencia, el reconocimiento de la cobertura integral del medicamento -o subsidiariamente del 70%-, la imposición de costas a la demandada y la adecuación de los honorarios profesionales conforme a los mínimos legales.

6.- Por el Ministerio Público Fiscal se expidió la señora Procuradora Adjunta interina Dra. Mónica Carmona, quien se expidió por el rechazo del recurso y la confirmación de la sentencia. Consideró que OSER no había rechazado la prestación, sino que había reconocido una cobertura del 40%, por lo que el reclamo se limitaba al porcentaje de cobertura y no configuraba una afectación grave que habilitara la vía del amparo.

Asimismo, señaló que la actora no había acreditado circunstancias excepcionales que justificaran una cobertura superior.

7.- Ingresados los autos a despacho, se solicitó dictamen del Departamento Médico Forense como medida para mejor proveer. La misma fue evacuada por el Dr. Maximiliano M. Siromski en fecha 26/08/2026, quien se pronunció sobre los puntos oportunamente requeridos.

Fundamentos.

8.- Alcances del recurso y admisibilidad formal.

Reseñados los antecedentes relevantes, remarco que la concesión de la apelación en los procesos de amparo devuelve a la alzada plena jurisdicción sobre el caso. Ello permite analizar la totalidad de los hechos y el derecho, e incluso establecer de oficio la existencia de circunstancias impeditivas o extintivas que operen de pleno derecho.

Dicho esto, pese a no venir discutida ante la alzada la admisibilidad del amparo, no es ocioso remarcar que adjetivamente es el procedimiento idóneo para resolver la cuestión planteada, en cuanto se discute el acceso a un tratamiento farmacológico que y está en juego el derecho a la salud, circunstancias que ameritan respuestas expeditivas que pueden brindarse eficazmente a través de la presente acción.

La Corte Suprema reiteradamente señala que el amparo es particularmente pertinente en materias relacionadas con la preservación de la salud y la integridad física (fallos: 330:4647; 336:2333 entre otros) en tanto

procedimiento judicial más simple y breve para tutelar real y concretamente los derechos consagrados en la Ley Fundamental. Así también ha afirmado que corresponde a quienes juzgan buscar soluciones que se avengan con la urgencia que conllevan las pretensiones que tienen que ver con el derecho a la salud, para lo cual deben encauzar los trámites por vías expeditivas y evitar que el rigor de las formas pueda conducir a la frustración de derechos que cuentan con tutela de orden constitucional (Fallo: 329:4918), lo cual se produciría si el reclamo tuviese que aguardar al inicio de un nuevo proceso.

En lo demás, se declara bajo juramento no haber iniciado otro trámite o recurso pretendiendo lo mismo y, por último, sin perjuicio que en materia de salud campea la flexibilización del plazo de caducidad, la demanda ha sido interpuesta en término.

9.- Solución de fondo.

Sorteado lo anterior, a la luz de las constancias disponibles considero que el recurso viene parcialmente asistido de razón.

No está controvertida la afiliación, el diagnóstico (endometriosis profunda) y la necesidad del tratamiento medicamentoso que reclama la señora Duré.

Ante el pedido administrativo del medicamento Dienogest 2 mg, en fecha 26/05/2026 la obra social emitió la Providencia N° 4.253.028 a través de la cual rechazó el pedido e informó que el fármaco *“solo posee cobertura en plan Ambulatorio, con un 40% de cobertura prestacional presentando la receta médica electrónica directamente en farmacia”*.

Es la propia obra social la que, al contestar la medida para mejor proveer dispuesta por la magistrada de grado, reconoció que aplica el Programa Médico Obligatorio (tal como lo prevé el art. 2 de su ley de creación) y que el mismo establece una cobertura del 70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes y del 100% en casos especiales descartando que la droga peticionada corresponda a un plan de cobertura integral.

En ese contexto, si bien es cierto que la actora no pidió cobertura integral en el trámite administrativo y que tampoco solicitó la

revisión ante el rechazo de OSER; también lo es que solicitó la medicación por 6 meses; que la prescripción médica describía la patología y dolor pélvico crónico y que incluso la propia providencia que emitió la obra social refiere al “Tipo de Trámite” como “Inicio de Tratamiento de Medicamentos Plan Crónicos (B8)”.

Frente a ello, en vez de analizar justamente este aspecto esencial para determinar el porcentaje de la autorización que corresponde, la accionada directamente rechazó el pedido aplicándole el esquema previsto para tratamientos comunes ambulatorios, en una conducta que -como se verá- retacea los derechos de su afiliada.

El ordenamiento normativo permite -como regla general- que las obras sociales otorguen cobertura mediante sistemas de coseguro, de manera tal que las cargas económicas sean soportadas conjuntamente con el afiliado o la masa de afiliados. El principio de solidaridad que prima en materia de salud y su funcionamiento, exige una correcta y prudente administración de los recursos a fin de poder dar adecuadas respuestas al universo de personas que atienden; ello sin desconocer que sus conductas deben estar siempre orientadas y ser acordes a la finalidad tuitiva que persiguen.

En ese marco, el Programa Médico Obligatorio contempla las prestaciones básicas que los agentes de salud deben cubrir, y ese piso de cobertura que no pueden desconocer en algunos casos contempla alcances integrales o gratuitos diferenciados -como sucede, a modo de ejemplo, con los pacientes oncológicos, diabéticos o trasplantados, personas recién nacidas hasta el primer año de vida (Plan Materno Infantil, punto 1 del PMO), entre otros- pero reitero, por regla, el mismo prevé pagos de coseguros.

En particular, el punto 7 del anexo I que regula lo concerniente a los medicamentos, consigna en el ítem 7.1, que los agentes de seguro de salud deben brindar cobertura de medicamentos de uso ambulatorio con un 40% a su cargo para los que son de uso habitual y con un 70% para los que son destinados a patologías crónicas prevalentes que requieren de modo permanente o recurrente el empleo de fármacos para su tratamiento. Lo mismo se dispone respecto a los medicamentos de alternativa terapéutica

incluidos en el anexo V (conforme se desprende del último párrafo del citado ítem).

Entonces, como se desprende de lo reseñado, los medicamentos para enfermedades crónicas tienen una cobertura general del 70%, sin perjuicio que en algunos casos poseen reconocimientos superadores al 100% que son preestablecidas por leyes o disposiciones especiales.

10.- En el caso la actora no ha justificado en norma particular alguna que le asista derecho a la cobertura integral del 100% y tampoco se constata que la patología quede incluida en alguna previsión o ley especial de tal tenor.

No obstante, sí ha quedado acreditado que se trata de una patología de carácter crónico y severa.

El dictamen forense del Dr. Maximiliano M. Siromski fue elocuente en este punto. Indicó que María del Carmen padece endometriosis profunda, diagnosticada por síntomas (dolor pélvico crónico y dismenorrea severa) e imágenes (Resonancia Magnética). Dijo que esta variable es la mas grave y menos frecuente, y que su médica tratante indicó Dienogest -fármaco de acción hormonal del grupo de los progestágenos- porque se utiliza principalmente para tratarla, ya que reduce la estimulación hormonal del tejido endometriósico y puede disminuir el dolor y otros síntomas asociados a esta patología.

Asimismo, en concreto, respondió que la endometriosis *“es una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante, es decir puede reaparecer tras períodos de mejoría y dependiente de estrógenos, es decir que esta hormona estimula el tejido endometriósico favoreciendo su crecimiento y proliferación.*

En lo concerniente al medicamento dienogest, agregó que *“es una opción muy utilizada para la endometriosis profunda, especialmente cuando el objetivo principal es controlar el dolor”*. Asimismo señaló que el tratamiento puede prolongarse durante varios años si es eficaz y bien tolerado por la paciente, aclarando que el mismo no cura la enfermedad.

Las apreciaciones expuestas por el representante del cuerpo

médico forense en la causa no son antojadizas, tienen basamento técnico y provienen de una persona idónea en la materia que, además, como auxiliar de la justicia perteneciente al poder judicial, desarrolla su actividad de manera imparcial dentro del proceso.

En definitiva, las consideraciones transcritas relevan de agregar razones para afirmar que la patología es de carácter crónico y que, por tanto, la obra social se encuentra obligada a reconocer el 70% de cobertura del fármaco solicitado.

Destaco que apenas se investigue someramente sobre la endometriosis, se descubre que es de aquellas enfermedades que, junto a quienes las padecen, son ignoradas e invisibilizadas por tratarse de algo propio de los cuerpos femeninos y vinculados a la salud reproductiva.

Ha quedado claro con el informe médico el carácter crónico de la endometriosis. Sin embargo, y como dije, además es una enfermedad cuya experiencia por parte de las mujeres se vuelve grave y supera el específico dolor intenso e incapacitante que la caracteriza, transformándose en una típica situación multiplicadora del padecimiento derivada de la estereotipación e invisibilización del cuerpo y el dolor femenino.

Estudios realizados en Australia, Gran Bretaña, Italia, Nueva Zelanda, Sudáfrica y Suecia, sistematizados por la women health's report, en el artículo titulado "*How Women with Endometriosis Experience Health Care Encounters*" (en el idioma original) o "*Cómo viven las mujeres con endometriosis sus encuentros con el sistema de salud*", a cargo de Agnetta Pettersson y Carina M. Berterö, extraído de la National Library of Medicine de Estados Unidos¹ dan cuenta que el tiempo promedio para que las mujeres con endometriosis sean diagnosticadas ronda los 10 años²; que durante ese tiempo y luego de arribado a él, es una enfermedad trivializada por ser considerada un asunto exclusivo de mujeres, en tanto se asocia

¹ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7785068/>

² <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7785068/table/tb1/#B23>, mediana en Gran Bretaña 15 años, retraso en el diagnóstico en Gran Bretaña 5,65 años -los datos cambian según el estudio referenciado-, Nueva Zelanda entre 5 y 10 años de retraso en el diagnóstico. En México 9 años según la maestra en Filosofía de la Ciencia, Itzel Cadena Alvear, publicado en <https://www.gaceta.unam.mx/una-mirada-feminista-sobre-la-ciencia-y-la-ignorancia-cultivada/>.

principalmente a la menstruación y a la reproducción. Así, *“Las mujeres que participaron en estos estudios sentían que nadie tomaba en serio sus problemas. Su malestar se minimizaba o se ignoraba por completo. Los médicos consideraban que los síntomas eran parte de ser mujer. Los problemas de las mujeres no despertaban mucho interés ni daban pie a una investigación más profunda”*. De este modo, se alude a la normalización del dolor como dolor menstrual, a una supuesta baja tolerancia al dolor por parte de las mujeres, al diagnóstico erróneo y a decisiones respecto del tratamiento basadas en mitos médicos.

Me permito incluir estas referencias porque aprecio que, tal como afirma la recurrente en su memorial, *“(L)a perspectiva de género a la que alude la Ley N° 26.485 y la Convención de Belém do Pará exige remover las barreras económicas que impiden a las mujeres en edad fértil acceder a los tratamientos de salud que preservan sus órganos reproductivos y les garantizan una vida libre de dolor”*.

En este sentido, la postura resistente de la Obra Social frente al claro diagnóstico de cronicidad de la enfermedad, no solo es una afrenta a la salud de su afiliada que tiene que preservar sino también a la consideración de una situación que coloca a la señora Dure en una desventaja solo por su condición de mujer, minusvalidada en su cobertura médica como si fuera cualquier enfermedad ocasional, lo que resulta a todas luces un tratamiento estereotipado a la luz de las contundentes fuentes médicas que cita el dictamen del señor médico forense que dan cuenta del carácter crónico de la enfermedad, contribuyendo -aún sin que esto implique acusar de estos comportamientos explícitos a OSER en esta causa- a perpetuar ideas de “mala suerte” por tener dolor menstrual intenso, o una figuración o exageración por parte de la mujer, entre otras.

En tal sentido, es probable que la justicia normativa mandara a que el programa médico obligatorio otorgara cobertura al 100% a esta enfermedad. Sin embargo, no encontrándome en posición de legislar, resulta indubitable, como referencié antes, que el medicamento solicitado se encuentra dentro de aquellos que tratan enfermedades que reciben especial

protección con reconocimiento del 70% de cobertura por su carácter crónico.

Como conclusión, propongo hacer lugar parcialmente al recurso de apelación interpuesto, revocar la sentencia de grado y hacer lugar también parcialmente a la demanda, ordenando que en el plazo de 2 días hábiles, la obra social garantice a la actora la cobertura del 70% del costo del medicamento Dienogest, a razón de 2 mg diarios, y por el período de 6 meses, conforme lo prescripto por la profesional tratante.

11.- Las costas por todo el proceso se imponen a OSER, que sin perjuicio del resultado, dio motivos suficientes para litigar (art. 20 LPC).

12.- Por último, al modificarse la sentencia de grado corresponde dejar sin efecto la regulación de honorarios efectuada en primera instancia y proceder a fijar una nueva (cfrme. Art. 6 de Ley 7046).

En esa tarea, me remito a los fundamentos dados en recientes antecedentes en los que expuse los motivos por los cuales, a partir de la reforma legislativa introducida a la norma arancelaria local mediante Ley 11141 y de la reiterada jurisprudencia mayoritaria de este Tribunal, considero pertinente ajustar -como regla- las decisiones arancelarias en este tipo de procesos al mínimo contemplado en el art. 91 que los regula (al respecto ver las causas “LIVONI”, Expte. N° 27148; “GIUNTA” Expte. N° 27157; “ARRIONDO” Expte. N° 27238, “FERRARI”, Expte. N° 27258 entre otras).

En este caso, la actividad profesional desplegada fue la que regularmente se lleva a cabo en los amparos, esto es, presentación del escrito promocional con la documental pertinente, mientras que luego, el resto de los actos procesales se efectuaron de oficio y no demandaron actuación letrada complementaria. Entonces, sin desmerecer el trabajo realizado, la labor profesional cuantitativamente desarrollada no evidencia ninguna particularidad que, a mi entender, avale una regulación por encima del mínimo previsto en el referido artículo.

Sobre esa base mínima de 20 juristas previstos en el art. 91, debe aplicarse el porcentaje que contempla el art. 63, que manda a tener en cuenta la condición de vencedor/vencido independientemente de la forma en que se impusieron las costas.

Por ello, dentro del marco discrecional que permite la referida disposición y teniendo en cuenta la admisión parcial de la demanda, estimo pertinente regular en favor del abogado Federico E. S. Pauletti, las sumas totales de 17 y 8,5 juristas, por primera y segunda instancia respectivamente (cfr. arts. 3, 5, 6, 12, 14, 63, 64 y 91 de la Ley 7046).

Finalmente, no corresponde determinar honorarios para representación letrada de OSER, en virtud de lo previsto en el art. 15 de la norma arancelaria local.

Así voto.

A la misma cuestión propuesta y a su turno, el señor Vocal Dr. PORTELA, dijo:

Que adhiero, en lo sustancial, a la solución que propicia la Dra. Schumacher respecto a la cuestión de fondo planteada. De igual manera adhiero a la propuesta sobre las costas y honorarios.

Así voto.

A su turno y a la cuestión planteada, la señora Vocal Dra. MIZAWAK, dijo:

1.- Los antecedentes relevantes del caso han sido reseñados en el voto que comanda este acuerdo; por ello, a fin de evitar innecesarias repeticiones, ingreso directamente al tratamiento de la cuestión traída.

2.- En tal cometido, anticipo que voy a acompañar la solución que propicia la Dra. Schumacher de revocar el fallo de grado y receptar parcialmente la acción de amparo articulada.

3.- La parte actora interpuso el presente amparo contra OSER a fin de obtener la cobertura total, inmediata e ininterrumpida del medicamento Dienogest 2 mg diarios, prescripto por su médica tratante.

En sustento de su pretensión, acreditó ser una mujer de 41 años; que padece de endometriosis profunda; y que, debido a la gravedad y al carácter crónico y progresivo de la patología, su médica tratante indicó tratamiento continuo con el fármaco, destinado a frenar la progresión de la enfermedad, controlar el dolor y el sangrado y evitar complicaciones que pudieran requerir intervenciones quirúrgicas.

4.- Al evacuar el informe del art. 8 de LPC, la obra social remarcó que se dio respuesta a la solicitud de la amparista, autorizando la medicación, con la cobertura del 40% correspondiente al plan ambulatorio.

Alegó que dicho porcentaje resulta aplicable a todos los afiliados que utilizan la misma medicación y que no se encontraban comprendidos en regímenes especiales que establecieran una cobertura integral, como los correspondientes a pacientes oncológicos, trasplantados o con Certificado Único de Discapacidad, entre otros.

5.- Liminarmente debo precisar que no se encuentra controvertido en autos la afiliación de la Sra. D. a la obra social, el diagnóstico que presenta, ni la necesidad y pertinencia de la medicación requerida, desde que la obra social la ha autorizado.

La discusión de autos se circunscribe a determinar si la contestación dada por el organismo demandado resulta ajustada a derecho y acorde al particular cuadro fáctico que presenta esta causa.

6.- Examinando las constancias obrantes en el expediente, advierto que la actora no se encuentra comprendida dentro de algún grupo especial -sólo a modo de ejemplo, personas con certificado de discapacidad, pacientes oncológicos, diabéticos, epilépticos o trasplantados- al que el marco normativo le brinde una particular protección, en virtud de la cual se le deba proveer la prestación en forma gratuita.

De ello se sigue que no hay sustento legal para reconocer una cobertura integral como pretende la promotora.

7.- Ahora bien, con relación al porcentaje de cobertura que ofrece la demandada (40%), entiendo que la misma -conforme las constancias anexadas- no resulta razonable.

En efecto, la afiliada solicitó la medicación por 6 meses, completando el correspondiente formulario para "Tratamiento de Medicamentos Plan Crónicos (B8)" y adjuntado la prescripción médica describía la patología y dolor pélvico crónico.

A ello se suma, que el médico forense que dictaminó en autos expresamente consignó que la *endometriosis es una enfermedad*

inflamatoria crónica y recidivante, es decir puede reaparecer tras períodos de mejoría y dependiente de estrógenos, es decir que esta hormona estimula el tejido endometriósico favoreciendo su crecimiento y proliferación. El dienogest es una opción muy utilizada para la endometriosis profunda, especialmente cuando el objetivo principal es controlar el dolor. Es un progestágeno que reduce la estimulación hormonal del tejido endometriósico. En endometriosis profunda puede: disminuir la dismenorrea, reducir el dolor pélvico crónico, mejorar la dispareunia profunda (dolor pelviano o en abdomen inferior durante las relaciones sexuales), mejorar dolor asociado a la defecación. Es un medicamento destinado a aliviar los síntomas, no a curar la enfermedad.

Frente a ello, y teniendo en cuenta que el Programa Médico Obligatorio (PMO) dispone la cobertura del 70% para medicamentos que son destinados a patologías crónicas prevalentes que requieren de modo permanente o recurrente el empleo de fármacos para su tratamiento, entiendo que ese debe ser el porcentaje de reconocimiento que brinde la obra social.

8.- En virtud de lo expuesto es que adhiero a la solución propuesta por la Dra. SCHUMACHER, incluyendo la relativa a la imposición de costas y a la regulación de honorarios profesionales.

Así voto.

Con lo que no siendo para más, se dio por terminado el acto quedando acordada la siguiente SENTENCIA, que RESUELVE:

1º) ESTABLECER que no existe nulidad.-

2º) HACER LUGAR parcialmente al recurso de apelación interpuesto por la parte actora, contra la sentencia de fecha 07 de agosto de 2026 la que, por los fundamentos de la presente, se revoca.

3º) HACER LUGAR parcialmente a la demanda incoada por la señora M.C.D. y, en consecuencia, ORDENAR a que en el plazo de 2 días hábiles, la Obra Social de Entre Ríos, garantice a la actora la cobertura del 70% del costo del medicamento Dienogest, a razón de 2 mg diarios, y por el período de 6 meses, conforme lo prescripto por la profesional tratante.

4º) IMPONER las costas de todo el proceso a la demandada

-cfme. art. 20 LPC-.-

5º) DEJAR sin efecto la regulación practicada por el a quo y REGULAR los honorarios profesionales del Dr. F.E.S.P., por la actuación desarrollada en la primera instancia, en la suma de PESOS UN MILLON SEISCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA y DOS CON DIECISEIS CENTAVOS (\$1.610.452,16) equivalente a 17 juristas y por la actuación que le cupo ante esta alzada, en la suma de PESOS OCHOCIENTOS CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTISEIS CON OCHO CENTAVOS (\$805.226,08) equivalente a 8,5 juristas -cfme. arts. 3, 5, 6, 12, 14, 63, 64 y 91 de la Ley 7046-. No regular estipendios a la letrada de la accionada conforme el art. 15 de la ley arancelaria local.

Protocolícese, notifíquese -cfme. arts. 1 y 5 Ac. Gral. Nº 15/18 SNE- y, en estado bajen, sirviendo la presente de suficiente y atenta nota de remisión.-

Dejo constancia que la sentencia que antecede, ha sido dictada el día 05 de septiembre de 2026 en los autos "D.M.C. C/OBRA SOCIAL DE ENTRE RIOS (OSER) S/ACCION DE AMPARO", Expte. Nº 28795, por el Superior Tribunal de Justicia de Entre Ríos, integrado al efecto por las señoras Vocales *Claudia M. Mizawak*, *Gisela N. Schumacher* y el señor Vocal *Leonardo Portela*, quienes suscribieron la misma, prescindiéndose de su impresión en formato papel. Conste.-

Fdo.: ELENA SALOMÓN -SECRETARIA STJER-.-

ds

Existiendo regulación de honorarios a abogados y/o procuradores, cumpliendo con lo dispuesto por la Ley 7046, se transcriben los siguientes artículos:

Ley 7046-

Art. 28º: NOTIFICACION DE TODA REGULACION. Toda regulación de honorarios deberá notificarse personalmente o por cédula. Para el ejercicio del derecho al cobro del honorario al mandante o patrocinado, la notificación deberá hacerse en su domicilio real. En todos los casos la cédula deberá ser suscripta por el Secretario del Juzgado o Tribunal con transcripción de este Artículo y del art. 114 bajo pena de nulidad.- No será necesaria la notificación personal o por cédula de los autos que resuelvan reajustes posteriores que se practiquen por aplicación del art. 114.- Art. 114º. PAGO DE HONORARIOS. Los honorarios regulados judicialmente deberán abonarse dentro de los diez (10) días de quedar firme los autos regulatorios. Los honorarios por trabajos extrajudiciales y los convenidos por escrito, cuando sean exigibles, se abonarán dentro

de los diez (10) días de requerido su pago en forma fehaciente Los honorarios calculados en la forma prevista en el Art. 29 de esta ley, devengarán intereses de pleno derecho, desde la mora y hasta el efectivo pago, los que serán fijados por el juez de la causa, siguiendo el mismo criterio que el utilizado para establecer la actualización de los valores económicos de la misma".

Fdo.: ELENA SALOMÓN -SECRETARIA STJER-