



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

13506/2024

WOLF, MARIA DELIA c/ OMINT S.A. DE SERVICIOS Y OTROS/
PRESTACIONES FARMACOLÓGICAS

Córdoba,

Y VISTOS:

Estos autos caratulados: “**WOLF, María Delia c/ OMINT SA DE SERVICIOS Y OTRO (INSSJP – PAMI) s/ Prestaciones farmacológicas**” (Expte. N° FCB 13506/2024) de los que resulta:

1.- Que, con fecha 26.09.24 comparece en esta instancia la Sra. María Delia Wolf e interpone formal acción de amparo en contra del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI) y Omint S.A. de Servicios, a fin de que se le ordene a las nombradas instituciones brindar cobertura de la medicación: **Teriparatida (PTA)** una inyección por día y los insumos necesarios como consecuencia de la Osteoporosis Severa y Artritis Reumatoidea, que padece.

Relata tener setenta y un años de edad, y sufrir las patologías antes mencionadas desde 1996, todo ello a través de un largo tratamiento, en el que ha tenido distintas fracturas y con medicamentos que no han dado resultado, conforme se certifica con la documentación que se acompaña con la demanda. Agrega que se advierte de los Informes y prescripciones, se realizaron múltiples tratamientos por otras patologías asociadas anteriores, con distintas drogas, tales como Denosumab, lo que no dio resultado y, por falta de respuesta, se ha indicado la droga que aquí se solicita: *Teriparatida (PTA)* una inyección por día y los insumos necesarios.

Manifiesta haber realizado el pedido de cobertura en las oficinas de las accionadas. Señala sobre el particular, que Pami le rechazó el pedido alegando que "la droga en cuestión no está en vademécum". Respecto de la demandada Omint SA, afirma que también rechazó la cobertura por no estar dicho fármaco incluido con cobertura total, como así tampoco el plan médico contratado por la socia, por lo entiende que no se encuentra obligada a brindar la cobertura del 100 por ciento del mismo y ofreció poner excepcionalmente a disposición de la Sra. María Delia Wolf la cobertura del 70 por ciento del medicamento Teripatida PTA.



En relación a su situación económica, destaca ser jubilada, no pudiendo, en razón del carácter debilitante de sus enfermedades realizar alguna tarea extra que le produzca algún ingreso económico adicional, con lo que no puede hacer frente a la compra directa de las drogas en cuestión, que para ella tienen un alto costo, lo que hace que sea imposible solventarlo de manera particular, por lo cual, es que atraviesa una situación angustiante desde lo económico y desesperante desde el punto de vista de la salud. Señala que de la documental que se adjunta, la distancia entre lo que percibe la amparista, según el recibo de haberes que se adjunta (\$944.346) y lo que cuesta el medicamento, según presupuesto acompañado (\$2.664.803), hace de imposible cumplimiento la adquisición particular.

Funda su pretensión en derechos de raigambre constitucional. Solicita medida cautelar.

2.- Que, con fecha **17.10.24**, comparece el **Abog. Jorge Andrés Gómez**, en su carácter de apoderado del **INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS** y presenta el informe del art. 8 de la ley 16.986 requerido. Reconoce que la actora es afiliada al Pami. Deja plasmada la voluntad del Instituto de brindar el tratamiento bajo otras medicinas y que la solicitada esta fuera del esquema de tratamiento del Instituto. Señala que la Institución se encuentra en condiciones médicas, económicas y financieras de brindar tratamiento con otros medicamentos como ya le fueras suministrados a la amparista, como ser el DENOSUMAB. Aclara que en el caso de marras, en principio el Consejo Asesor del INSSJP PAMI no aconseja su cobertura por ser un tratamiento sin la evidencia empírica y que además dicho tratamiento no mejoraría las condiciones actuales de vida del afiliado, es por ello que su mandante en el momento procesal oportuno solicitara un informe a la Facultad de Cs Medicas de la UNC para que dé cuenta de la efectividad del tratamiento solicitado en dicha acción judicial.

En función de lo expuesto, solicita el rechazo de la presente demanda con expresa imposición de costas. Ofrece pruebas.

3.- Que, con fecha 25.10.24 comparece la **Abog. Paula Mariana Calderón**, en su carácter de apoderada de **Omint S.A. de Servicios** y presenta el informe del art. 8 de la ley 16.986 requerido.

Reconoce que la actora es socia de OMINT S.A. Niega que deba ordenarse a OMINT S.A. a brindar la cobertura la cobertura integral y total que le corresponde a la





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

actora, toda vez que la cobertura que le corresponde conforme la legislación vigente, no le fue negada por su mandante. Señala que OMINT S.A. le ha reconocido la cobertura correspondiente, y aún más que eso, pues puso a disposición una cobertura del 70% del medicamento en cuestión. Aclara que si se decidiera interpretar lo que la demanda no dice, esto es que el reclamo de cobertura es por el 100% de la medicación, entiende que no asiste derecho alguno a la actora respecto de esa pretensión, toda vez que su mandante no se encuentra obligada a cubrir el 100% de la misma y sí ha asegurado la cobertura que corresponde.

En consecuencia, sostiene que habiendo su mandante garantizado la cobertura conforme la legislación vigente y ofreciendo hasta un porcentaje aún mayor de cobertura, no existe por parte de OMINT S.A. arbitrariedad y/o ilegalidad manifiesta, que justifique la acción. Ofrece prueba.

4.- Que por proveído de fecha **27.11.24** el Tribunal ordena a OMINT SA DE SERVICIOS, que en el término de 72hs de notificada, suministre la droga indicada: PTH TERIPARATIDA - 20 GR con cobertura del 70% (conforme a lo ofrecido), debiendo hacerse cargo del 30 % restante el INSSJyP (PAMI); ello en virtud de que la amparista ha acreditado la falta de recursos de afrontar el porcentaje restante al ofrecido por OMINT. Dicha cautelar no fue cuestionada por las partes.

5.- Que diligenciada parte de la prueba ofrecida y previo dictamen del Sr. Fiscal Federal, con fecha **12.03.26**, pasa la causa a despacho a los fines de resolver en definitiva.

Y CONSIDERANDO:

I.- Que de las constancias de autos, surge que la amparista padece una **osteoporosis severa y artritis reumatoidea** que no ha respondido a tratamientos con diferente medicación previa. Este diagnóstico no controvertido en autos, se encuentra acreditado con la documentación médica obrante en la causa, acompañada por la actora con el escrito de demanda.

Omint SA no ha cuestionado el tratamiento con la medicación solicitada por la amparista y entiende que la cobertura establecida a su cargo es del 40% pero ha ofrecido una cobertura excepcional del 70%. Por su parte Pami, ha negado la cobertura requerida con fundamento en que la medicación está fuera del esquema de tratamiento del Instituto y ofrece brindar el tratamiento bajo otras medicinas.



La cuestión a resolver entonces se circunscribe a establecer si corresponde la cobertura de la medicación prescrita a la actora a cargo de las demandadas y en caso afirmativo, si la misma procede por el 100%.

De la documental acompañada a la causa suscripta por su médico tratante - **Dr. Francisco Caeiro**, médico especialista en reumatología del Instituto Oulton- surge que la medicación cuya cobertura se solicita fue prescrita luego de varios tratamientos con diferentes fármacos, con los cuales no se logró controlar la osteoporosis de la actora. Asimismo, el profesional recalca que la amparista presentó fractura de cadera derecha en el año 2016, fractura aplastamiento en las vértebras de la columna vertebral en el año 2020 y de la cadera izquierda en el año 2023 (ver documental acompañada con la demanda e informe adjuntado con fecha 28.01.25).

Conforme lo expuesto, resulta debidamente fundamentado a criterio del Tribunal, el tratamiento con la medicación específica prescrita a la amparista, atento a su historia clínica y la falta de respuesta positiva a tratamientos anteriores. Asimismo, cabe señalar que si bien Pami afirma que “no se aconseja su cobertura por ser un tratamiento sin la evidencia empírica y que además dicho tratamiento no mejoraría las condiciones actuales de vida del afiliado”, nada de ello fue acreditado en la causa.

II.- Admitida la cobertura del tratamiento con la medicación Teriparatida (PTA), resta definir el porcentaje de la misma a cargo de las demandadas.

Respecto a la normativa aplicable a la cobertura de medicación, cabe recordar que las prácticas, procedimientos y medicamentos que los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud englobados en las leyes nacionales N° 23.660 y 23.661 y las Empresas de Medicina Prepaga incluidas en el art. 1 de la ley N° 26.682 deben obligatoriamente cubrir, son los incluidos en el Programa Médico Obligatorio.

Que mediante las **Resoluciones N° 310/04 y N° 758/04**, ambas del mismo Ministerio de Salud y Ambiente, se efectuaron modificaciones al Programa Médico Obligatorio de Emergencia, esencialmente en lo que se refiere a la **cobertura en medicamentos para patologías crónicas** y/o de uso ambulatorio y habitual, para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Se amplió la cobertura sobre el precio de referencia de aquellos medicamentos destinados a las enfermedades de curso crónico y gran impacto sanitario, que requieren de modo permanente y/o recurrente del uso de fármacos.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

Por medio de la Resolución 310/04 mencionada, se aprobó el Formulario Terapéutico del PMO en el cual se establece la cobertura de los medicamentos de uso ambulatorio y habitual -detallados en los Anexos- con un 40% a cargo de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, y con un **70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieren de su empleo de modo permanente o recurrente** (art. 2 que modifica el apartado 7 del Anexo I de la Resolución N° 201/02MS).

Específicamente el **art. 2 de la Resolución N° 310/04**, establece “**Art. 2° —** *Modifícase el apartado 7 del Anexo I de la Resolución N° 201/02-MS, el que quedará redactado de la siguiente manera:*

7.1. Se asegura por parte del Agente del Seguro de Salud, la cobertura de los medicamentos de uso ambulatorio que figuran en el Anexo III con 40% a su cargo para medicamentos de uso habitual, y 70% a su cargo para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieren de modo permanente o recurrente del empleo de fármacos para su tratamiento, conforme al precio de referencia (monto fijo) que se publica en el Anexo IV y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de cada medicamento, que allí se individualizan.

El Anexo V incluye medicamentos de alternativa terapéutica, cuya cobertura por parte del Agente del Seguro de Salud deberá ser resuelta por su auditoría médica según las recomendaciones de uso establecidas en dicho Anexo. La cobertura será del 40% para medicamentos de uso habitual y 70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieran de modo permanente o recurrente del empleo de fármacos para su tratamiento. Todo ello, a cargo del Agente del Seguro de Salud y conforme al precio de referencia —monto fijo— que se publica en el referido Anexo y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones que de cada medicamento se individualizan.”

Sin perjuicio de lo antes expuesto, también cabe recordar que las prestaciones que se reconocen como obligatorias en el PMO, no constituyen un elenco cerrado y sin posibilidad de ser modificado en el tiempo en beneficio de los afiliados, pues semejante interpretación importaría cristalizar en un momento histórico, la evolución continua, incesante y natural que se produce en el ámbito de la medicina y en la noción de “calidad de vida” que es esencialmente cambiante (cfr. CNC, Sala E, junio 24-2005, ED 27/10/05). El Programa Médico Obligatorio es una normativa que establece pautas de carácter general de cobertura mínima, pero de ello de ningún modo puede derivarse una



afectación del derecho a la vida y a la salud, cuando se encuentren acreditadas razones que así justifiquen autorizar una cobertura mayor. Así lo ha entendido nuestro más Alto Tribunal de justicia cuando señalo que “...*el derecho a obtener conveniente y oportuna asistencia sanitaria se vería frustrado si se aceptara que la falta de inclusión de un tratamiento no importa su lógica exclusión en la cobertura, siendo inadmisibles la referencia histórica al estado del conocimiento médico al tiempo de fijarse los términos de dicha cobertura, toda vez que se traduciría en la privación de los adelantos terapéuticos que el progreso científico incorpora al campo de las prestaciones médico-asistenciales*” (Conf. CSJN Fallos 325:677 y 254:2011 entre otros).

III.- Subsumiendo ello a la hipótesis de autos, corresponde establecer que, según la normativa vigente, la cobertura obligatoria a cargo de las demandadas es del 70%, por tratarse de una patología crónica.

Sin embargo, en el caso aquí planteado, se da una situación particular que impone revisar dicho porcentaje, dado que la amparista no puede costear el porcentaje del 30% del medicamento a su cargo, conforme surge del precio de la medicación y el recibo de haberes acompañados en la causa. En función de ello y dado que de no hacer lugar a la cobertura total del medicamento se estaría comprometiendo el tratamiento prescripto por el médico tratante y con ello, el derecho de una persona con afecciones a su salud de acceder a un pronunciamiento en tiempo oportuno, corresponde ordenar la cobertura del medicamento prescripto a la Sra. Wolf a cargo de las demandadas en un 100%.

Conforme surge de las constancias de autos, durante la tramitación de la causa, la efectivización de la cobertura total del medicamento fue dispuesta por el Tribunal de la siguiente manera, en función de la postura asumida por las partes en los informes del art. 8 de la ley 16.986 presentados: **70% a cargo de Omint SA** (puesto que ofreció dicho porcentaje de cobertura) y el **30% restante a cargo de Pami** (ver proveído de fecha **27.11.2024**, no cuestionado por las demandadas ni por la actora).

Finalmente, cabe señalar que el fundamento expuesto en sede administrativa y judicial por la demandada PAMI para rechazar la cobertura - *medicamento fuera de convenio o vademecum*— debe rechazarse por cuanto se basa en cuestiones administrativas, económicas o comerciales internas de Pami que no deben prevalecer sobre las sobradas razones médicas expuestas por los especialistas y la protección de los derechos fundamentales garantizados en el marco normativo





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

anteriormente descripto. Asimismo, el “*vademécum de Pami*”, conforme surge de la página oficial del organismo, es un listado de medicamentos esenciales gratuitos para el tratamiento de las patologías más frecuentes en personas mayores; si bien, representa un beneficio para sus afiliados, conforme también se consigna en la misma página oficial, ello no implica que Pami solo cubra dichos medicamentos, dado que el sistema de cobertura establecido por Pami y para todo agente de salud, sigue vigente y le resulta obligatorio. Resulta llamativo que Pami se haya limitado a rechazar con ese solo argumento un tratamiento que fue solicitado por un médico especialista, fundado en los antecedentes personales de la afiliada.

Cabe destacar asimismo que la Cámara Federal de Córdoba en otras causas tramitadas ante este Tribunal, rechazó este argumento de Pami señalando que “... *corresponde destacar que la intención de Pami de modificar el tratamiento médico indicado por el profesional tratante por una alternativa, insta a que en conflictos de esta naturaleza donde se encuentran contrapuestos los criterios del médico tratante y la entidad prestadora de salud, corresponde priorizar lo que el profesional tratante evalúa con relación a la confiabilidad del tratamiento a fin de optimizar como en el presente caso, la calidad de vida del accionante, quien depositó su confianza*”. También se consignó en la resolución que “... *teniendo en cuenta las características del reclamo formulado y el estado de salud de la accionante, no se puede soslayar que rechazándose su petición, se comprometería el derecho de una persona con afecciones a su salud de acceder a un pronunciamiento en tiempo oportuno. Este derecho a la jurisdicción o a la tutela judicial es la positivización y concreción de un derecho básico de toda persona, cual es, el derecho a la defensa jurídica o, en otros términos, el derecho a defenderse. Se trata de un derecho humano, que en este caso se encuentra vinculado a prestaciones médicas por problemas inmediatos de salud que corresponde atender con la mayor premura posible ante esta jurisdicción. Lo expuesto amerita, privilegiar la orden otorgada por el especialista en oncología que atiende al paciente, correspondiendo desestimar la queja esgrimida por la demandada en relación a no poder proveer la medicación por estar fuera de convenio, lo que resulta inoponible a su afiliada, en consecuencia, se entiende configurado el requisito de verosimilitud del derecho invocado*.” (Ver Resolución de fecha 30.08.23 dictada en la causa “PIOZZI, Josefa c/ PAMI -INSSJP s/ Amparo Ley 16.986” (Expte. N° FCB 19926/2023) por la Cámara Federal de Apelaciones).



Como corolario de lo expuesto, corresponde hacer lugar a la acción de amparo iniciada por la actora María Delia Wolf y ordenar a OMINT SA y al INSSJP -PAMI brinden una cobertura del 70% y 30% respectivamente respecto del costo total del medicamento “**Teriparatida (PTA)** y los insumos necesarios como consecuencia de la Osteoporosis Severa y Artritis Reumatoidea, que padece la actora, conforme prescripción médica y por el tiempo que lo disponga el profesional tratante.

IV.- En cuanto a las costas, el tribunal entiende que éstas deben ser soportadas por las demandadas en la siguiente proporción: un **80%** a cargo del **INSSJP -PAMI** y un **20%** a cargo de **Omint SA DE SERVICIOS** (conforme art. 14 de la ley 16.986) teniendo en cuenta a tales efectos el principio objetivo de la derrota y la conducta y postura asumida por cada accionada en la causa. A tal fin, se toma en consideración que Omint SA ofreció una cobertura acorde con lo establecido legalmente -pese a resultar dicho ofrecimiento menor en función de lo resuelto en el presente pronunciamiento-, mientras que Pami se limitó a rechazar la cobertura requerida con fundamentos que resulta improcedentes y han sido analizados precedentemente.

La regulación de honorarios de los profesionales intervinientes, se efectuará conforme a las prescripciones de la ley n° 27.423. Al tratarse de un proceso de amparo no susceptible de apreciación pecuniaria, dicha estimación deberá practicarse teniendo en cuenta las disposiciones del art. 48 (regulación en los procesos de amparos – mínimo legal), el cual remite a las pautas de valoración generales para regular honorarios del art 16; art. 26 (honorarios del profesional de la parte vencida) y art. 29 (etapas procesales).

Haciendo aplicación de tales pautas, corresponde regular los honorarios profesionales de la asistencia jurídica de las partes, **Abog. Roberto Martín Lucas, Paula Mariana Calderón y Jorge Andrés Diego Gómez** en la suma de \$ **1.797.500**, lo que representa la cantidad de **20 UMA**, por todo concepto, para cada uno de ellos, a la fecha de la presente resolución (conf. art. 51 ley 27.423). Cabe aclarar que en la regulación de honorarios practicada, ha sido valorada el carácter de apoderados en los que actuaron algunos de los profesionales y comprende toda actuación aún por ccuestiones incidentales. En igual sentido ha resuelto la Cámara Federal de Apelaciones de Córdoba en autos FCB 1418/2024 (Votos Dres. Sánchez Torres, Avalos y Montesi; FCB 24265/2023 (Votos





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

Sánchez Torres y Montesi, disidencia Dra. Navarro; 2657/24 (Votos Dres. Sánchez Torres, Avalos y Montesi), entres varios otros.

Dichas sumas deberán ser abonadas por las demandadas conforme al régimen de costas antes dispuesto, en el plazo de diez (10) días hábiles, según el valor del UMA vigente al momento del pago (Conf. art. 51 ley 27423). En caso de incumplimiento, las demandadas deberán abonar dicho honorario calculado según el valor del UMA vigente al momento de saldar la deuda y adicionar el interés de la tasa pasiva promedio que publica el BCRA desde la fecha de este pronunciamiento hasta su efectivo pago, pero calculado sobre el importe en pesos fijado en el presente y no sobre el monto resultante de la actualización del UMA (pues se estaría incurriendo en una repotenciación de la deuda). Por todo ello,

RESUELVO:

1.- Hacer lugar a la acción de amparo iniciada por la actora María Delia Wolf por razones expuestas en el presente y ordenar a **OMINT SA DE SERVICIOS** y al **INSSJP-PAMI** brinden una cobertura del **70%** y **30%** respectivamente respecto del costo del medicamento "**Teriparatida (PTA)**" y los insumos necesarios como consecuencia de la Osteoporosis Severa y Artritis Reumatoidea, que padece la actora, conforme prescripción médica y por el tiempo que lo disponga el profesional tratante; todo ello en función de los argumentos vertidos en el considerando respectivo.-

2.- Imponer las costas a las demandadas, en la siguiente proporción: un **80%** a cargo del **INSSJP-PAMI** y un **20%** a cargo de **Omint SA DE SERVICIOS** (conforme art. 14 de la ley 16.986) teniendo en cuenta a tales efectos el principio objetivo de la derrota y la conducta y postura asumida por cada accionada en la causa.-

Regular los honorarios profesionales de la asistencia jurídica de las partes, **Abog. Roberto Martín Lucas, Paula Mariana Calderón y Jorge Andrés Diego Gómez** en la suma de \$ **1.797.500**, lo que representa la cantidad de **20 UMA**, por todo concepto, para cada uno de ellos, a la fecha de la presente resolución (conf. art. 51 ley 27.423). En dicha regulación, ha sido valorada el carácter de apoderados en los que actuaron algunos de los profesionales y comprende toda actuación aún por cuestiones incidentales. En igual sentido ha resuelto la Cámara Federal de Apelaciones de Córdoba en autos FCB 1418/2024 (Votos Dres. Sánchez Torres, Avalos y Montesi); FCB 24265/2023 (Votos



Sánchez Torres y Montesi, disidencia Dra. Navarro; 2657/24 (Votos Dres. Sánchez Torres, Avalos y Montesi), entres varios otros.

Dichas sumas deberán ser abonadas por las demandadas según el régimen de costas antes dispuesto en el plazo de diez (10) días hábiles, según el valor del UMA vigente al momento del pago (Conf. art. 51 ley 27423). En caso de incumplimiento, las demandadas deberán abonar dicho honorario calculado según el valor del UMA vigente al momento de saldar la deuda y adicionar el interés de la tasa pasiva promedio que publica el BCRA desde la fecha de este pronunciamiento hasta su efectivo pago, pero calculado sobre el importe en pesos fijado en el presente y no sobre el monto resultante de la actualización del UMA (pues se estaría incurriendo en una repotenciación de la deuda).

3.- Protocolícese y hágase saber por cédula electrónica a los interesados.-

