

CÁMARA DE APELACIONES- SALA PRIMERA CIVIL Y COMERCIAL.

Autos " [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] C/ OBRA SOCIAL DE ENTRE RIOS (OSER) S/ ACCIÓN DE AMPARO", Expt.Nº 9300/C

Guaaleguaychú, 12 de junio de 2026.

Y VISTOS:

Estos autos caratulados " [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] C/ OBRA SOCIAL DE ENTRE RIOS (OSER) S/ ACCIÓN DE AMPARO", Expt.Nº 9300/C

RESULTADO:

I.- El actor promovió la presente acción de amparo con el objeto de que se condene a OSER a otorgar la cobertura integral (100%) de la medicación oncológica individualizada, conforme la prescripción de sus profesionales tratantes y con sustento en su diagnóstico -que calificó como carcinoma in situ de la próstata-. Solicitó además el dictado urgente de una medida cautelar de idéntico contenido, peticionó el traslado de la demanda por vía de notificación electrónica en razón de la urgencia y declaró bajo juramento no haber entablado otra acción o recurso con sustento en la misma pretensión.

Relató que en febrero de 2026 fue diagnosticado mediante punción, con confirmación por los exámenes médicos que acompañó. Expuso que OSER requiere administrativamente, para acceder a la cobertura de la medicación oncológica, la presentación del recetario, el Formulario 02-747 de registro oncológico, un centellograma óseo total, la biopsia, testosterona y PSA, recaudos que afirmó haber cumplimentado oportunamente, sin obtener respuesta hasta la fecha de interposición de la demanda. Destacó la gravedad de su situación personal: tiene 76 años de edad y padece, además del reciente diagnóstico de cáncer, diabetes tipo 2, hipertensión y asma, así como una prótesis de cadera a raíz de una fuerte caída que también le provocó un desprendimiento de retina.

Precisó la secuencia de las gestiones administrativas: la medicación le fue indicada por primera vez mediante receta de fines de marzo de 2026, que no fue autorizada y venció; se le volvió a indicar por

receta del 23 de abril de 2026, adjuntándose los estudios requeridos y el formulario de registro oncológico; y presentó una nueva solicitud mediante receta del 8 de mayo de 2026. A esta última, OSER respondió mediante Nota N° 326.787 del 14 de mayo de 2026, suscripta por el Sr. Bruno Bustos (Departamento de Oncología y Patologías Específicas), en la que se interpretó la enfermedad como adenocarcinoma de próstata localizado de riesgo intermedio favorable, se indicó que las opciones terapéuticas recomendadas en guías internacionales se basan en tratamiento quirúrgico o radioterapia sin adición de ADT, y se requirió un resumen de historia clínica que justificara el tratamiento. El amparista cuestionó dicha respuesta, manifestando que le llamaba la atención que la auditoría asignara a las guías internacionales más peso que a la indicación de sus profesionales tratantes.

Refirió que, ante tal requerimiento, volvió a consulta con su médico tratante, Dr. Ricardo Arca, quien el 21 de mayo de 2026 le extendió un certificado de justificación -indicando que el paciente no está en condiciones de realizar cirugía y ratificando el tratamiento prescripto- junto con una nueva receta idéntica a las anteriores. Dicha documentación fue acompañada en la misma fecha por su cónyuge, Sra. Elba Raquel Guido, DNI 10.456.160 -titular de la afiliación en OSER-, junto con una nota manuscrita en la que puso en conocimiento del médico auditor las características personales del paciente: su condición de persona mayor de 76 años, sus enfermedades crónicas, los riesgos de complicaciones; el tiempo que insumirían el prequirúrgico, el turno del cirujano y la autorización de la Obra Social; y, respecto de la radioterapia, que el paciente domicilia en las afueras de la ciudad, que debería trasladarse a otro departamento por no existir esa posibilidad en Gualeguaychú y que debe cuidarse del frío por su asma. Explicó también que la realización del estudio PET/CT -indicado por el urólogo ante la falta de certezas de la biopsia- motivó la suspensión transitoria de la medicación que se iba a iniciar, hasta descartar metástasis.

Añadió que, al no obtenerse respuesta, el 29 de mayo de 2026 su cónyuge presentó una segunda nota intimando a concretar en 24

horas la autorización de la medicación, bajo apercibimiento de adoptar medidas legales. Sostuvo que, pese a haber cumplimentado todas las exigencias administrativas, OSER dilató injustificadamente, durante casi tres meses, el comienzo del tratamiento indicado, con grave riesgo para su delicado estado de salud y en vulneración de sus derechos de raigambre constitucional.

Fundó la demanda en la Ley 8369, la Ley 10704, la Ley 24901, el art. 43 de la Constitución Nacional, el CPCC de Entre Ríos y el Código Civil y Comercial de la Nación; en los arts. 14, 14 bis, 18 y 75 inc. 22 CN; y en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ley 27.360, con jerarquía constitucional conferida por Ley 27.700), en atención a su condición de persona adulta mayor en situación de vulnerabilidad. Calificó la omisión de OSER de arbitraria y lesiva en forma actual e inminente de sus derechos a la salud y a la vida; tachó la conducta de la demandada de temeraria y maliciosa (art. 42 CPCC y doctrina de Fallos 326:1512), solicitando la aplicación de una sanción y de astreintes; y fundó la competencia en el art. 4 de la Ley 8369.

Solicitó como medida cautelar la cobertura inmediata de la medicación mientras tramite el amparo, invocando la verosimilitud del derecho, el peligro en la demora derivado de su estado de salud y la eximición de contracautela - o , en subsidio, caución juratoria- por su condición de jubilado con haber mínimo. Ofreció prueba documental, reconocimiento subsidiario por los médicos tratantes, pericial médica e intimación a OSER del art. 374 CPCC. Formuló reserva del caso federal.

II.- OSER, representada por el Dr. Isaías M. Ortenzi, con el patrocinio letrado del Dr. Francisco I. Muzachiodi, produjo el informe del art. 8 de la Ley 8369 y contestó la demanda, solicitando su rechazo con costas. Acreditó personería mediante Poder General para Juicios y precisó que fue creada por Ley N° 11.202/25, sucediendo a título universal al IOSPER (Ley N° 5.480) en todos sus derechos y obligaciones.

Relató que la pretensión se canaliza en la Solicitud de Cobertura N° 2.198.180, iniciada por el afiliado el 8 de mayo de 2026

ante la delegación de Gualeguaychú, a través del Sistema de Administración de Trámites (SAT), mediante Formulario 02-747 suscripto por el Dr. Arca. Señaló que intervino la Auditoría Médica Especializada del Área de Farmacología Clínica, la cual constató que el paciente presenta un adenocarcinoma de próstata localizado de riesgo intermedio favorable y, conforme la Medicina Basada en la Evidencia y las directrices de la NCCN y la ESMO, el tratamiento estándar para dicho estadio consiste en tratamiento curativo local -prostatectomía radical o radioterapia externa-, desaconsejándose explícitamente la adición de ADT.

En consecuencia, mediante la Nota N° 326.787 del 14 de mayo de 2026, requirió al beneficiario un resumen de historia clínica que justificara el tratamiento, sosteniendo que ello no constituyó una denegatoria sino un requerimiento de ampliación científica. Refirió que el 21 de mayo de 2026 la cónyuge del afiliado aportó una nota manuscrita y un certificado del médico tratante que calificó de insuficiente, y que su médico auditor tomó contacto directo con el médico tratante por mensajería institucional para recabar fundamentos -notificado al afiliado mediante Nota N° 328.691 del 29 de mayo de 2026-. El 4 de junio de 2026 respondió la intimación por correo electrónico institucional, solicitando una breve espera hasta contar con la respuesta comprometida por el prescriptor. Concluyó que el beneficiario interrumpió prematuramente la vía administrativa y que su conducta jamás importó denegatoria alguna, sino el ejercicio diligente de su deber de auditoría.

Postuló la inadmisibilidad de la acción por ausencia de ilegitimidad manifiesta, invocando la doctrina del Superior Tribunal de Justicia de Entre Ríos conforme a la cual la transgresión debe ser ostensible y captable a simple vista, sin necesidad de investigación o ponderación científica compleja, citando los precedentes "Reynoso" (STJER, 1936), "Montenegro de Van Haezevelde" (STJER, 1997) y "Ambroggio c/ IOSPER". Sostuvo que su proceder se fundó en razones estrictamente científicas, que el control técnico de las prescripciones constituye un deber legal impuesto por la Ley 11.202/25 y que ello excluye toda tacha de ilegalidad, temeridad o malicia. Peticionó que se

declare la sustracción de materia por objeto cumplido o, en su defecto, se desestime la acción, con costas. Formuló reserva del caso federal.

III.- Corrida vista al Cuerpo Médico Forense de la jurisdicción (08/06/2026), sus integrantes -Dra. María L. Langhi (Médica Forense), Dr. Cristian L. Castell (Médico Laboralista) y Dr. Marcelo M. Benetti (Médico Forense)- requirieron documentación complementaria (09/06/2026), la que fue aportada por la parte actora. Con fecha 12 de junio de 2026 produjeron su dictamen sobre la base de la documentación médica obrante en autos: pedidos del médico oncólogo tratante, resultados de ecografía, informe anatomopatológico, tomografías y PET scan.

El cuerpo pericial señaló que la estadificación del cáncer de próstata requiere evaluar la extensión tumoral (categorías T, N y M), el nivel de PSA y la puntuación de Gleason (grupo de grado) al momento del diagnóstico, así como los grupos de riesgo - de muy bajo a muy alto - para los estadios no propagados. Destacó que factores tales como la edad, el estado general de salud, la expectativa de vida y las preferencias personales deben considerarse al determinar las opciones terapéuticas, con particular relevancia en estadios iniciales donde coexisten varias alternativas, y que existe cierta variabilidad en lo que distintos médicos consideran opciones estándar o típicas.

Con base en la documentación aportada, el CMF confirmó que el actor presenta un adenocarcinoma de próstata Estadio II - con ganglios linfáticos negativos y metástasis negativa-, de grupo de riesgo intermedio favorable. El dictamen consignó que las opciones de tratamiento inicial para ese estadio son: vigilancia activa; cirugía (prostatectomía radical, posiblemente con extirpación de los ganglios linfáticos cercanos); y radioterapia. Indicó que otras opciones focalizadas -crioterapia o ecografía focalizada de alta intensidad (HIFU)- no son recomendadas como primer tratamiento por la mayoría de los grupos de expertos, salvo que la cirugía y la radioterapia no sean buenas opciones. Señaló, asimismo, que los pacientes con otros problemas médicos serios que afecten su expectativa de vida pueden elegir un tratamiento menos

agresivo.

Con relación a las drogas indicadas por el médico tratante -bicalutamida y leuprolide-, el CMF dictaminó que se trata de fármacos que, según las recomendaciones de tratamiento oncológico, están indicados para este tipo de cáncer, pero no para este estadio en primera instancia.

Tomando en cuenta la documentación agregada en autos, el CMF determinó que el actor presenta hipertensión arterial, diabetes tipo 2 e hipotiroidismo, sumado el adenocarcinoma de próstata Estadio II. A partir de ello, concluyó que no se justifica, desde el punto de vista médico-científico, por qué la cirugía y/o la radioterapia no constituyen una opción terapéutica para este estadio, conforme las recomendaciones de la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC, 2025-2026). En consecuencia, siguiendo dichas recomendaciones, el CMF no encontró debidamente justificado el uso exclusivo del bloqueo hormonal.

IV.- Que han quedado los autos en condiciones de de resolver.

Y CONSIDERANDO:

I.- El actor persigue la cobertura integral del esquema hormonal prescripto, invocando el derecho constitucional a la salud y su condición de adulto mayor. La demandada produjo el informe circunstanciado del art. 8° de la Ley 8369 (presentación del 04/06/2026, 09:55 hs.), contestó la demanda y acompañó documental (presentaciones del 07/06/2026, 19:56 hs.).

Corrida vista al Cuerpo Médico Forense (08/06/2026), sus integrantes produjeron el dictamen pericial el 12 de junio de 2026, previa incorporación de documentación complementaria requerida (09/06/2026) y aportada por la actora. Dicho dictamen, emitido sobre la base de las constancias documentales de la causa, constituye prueba de peso decisivo y ha sido valorado con arreglo a las reglas de la sana crítica (art. 386 y concs. CPCC), sin perjuicio de las limitaciones propias de una pericia practicada sin examen directo del paciente, que serán ponderadas en los considerandos que siguen.

Cabe dejar sentado, ya en este punto, que la cuestión médica pudo ser sustancialmente dilucidada dentro del propio marco del amparo, mediante prueba pericial independiente producida en plazo, lo que despeja la discusión sobre la idoneidad de la vía.

Debe advertirse, además, que en esta causa coexisten dos cuestiones distintas que el encuadre del fallo no puede confundir: una, de contenido - si el esquema hormonal prescripto es médicamente exigible a la Obra Social-; otra, de procedimiento - si el afiliado, paciente oncológico de 76 años, recibió de su agente de salud una respuesta oportuna y fundada-. La primera se resuelve con el dictamen forense; la segunda, con el simple cómputo del tiempo transcurrido.

La demandada planteó la inadmisibilidad formal del amparo por ausencia de ilegitimidad manifiesta, sosteniendo que la dilucidación del caso requeriría un análisis técnico-científico complejo, incompatible con el acotado marco cognoscitivo del proceso sumarísimo.

El planteo no será acogido. La acción de amparo es la vía constitucionalmente prevista para la tutela urgente del derecho a la salud (arts. 43 CN; 56 de la Constitución de Entre Ríos; Ley 8369), y su marco probatorio, aunque acotado, admitió en autos la producción de prueba pericial dirimente. Pero existe una razón adicional y autónoma de admisibilidad: aun cuando la pertinencia del tratamiento exigiera un debate científico ajeno a la cognición sumaria, el silencio prolongado del agente de salud frente a las solicitudes de un paciente oncológico es, en sí mismo, una omisión cuya ilegitimidad sí puede apreciarse a simple vista, sin pericia alguna. Para advertir que tres meses sin resolución formal exceden todo plazo razonable no se necesita analizar guías de oncología: basta el calendario.

En ese alcance, la vía es inobjetable.

El derecho a la salud goza de jerarquía constitucional (arts. 14 bis, 33, 42 y 75 inc. 22 CN; tratados internacionales; art. 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores) y de protección reforzada respecto de los adultos mayores. Conforme la interpretación autorizada del art. 12 del

PIDESC (Observación General N° 14 del Comité DESC), ese derecho comprende no sólo la disponibilidad y calidad de las prestaciones, sino también su accesibilidad efectiva -física, geográfica y económica- para el paciente concreto. Esta dimensión resulta central en autos, pues el amparista reside en una ciudad que carece de servicio de radioterapia.

No se trata, sin embargo, de un derecho absoluto: se ejerce conforme a las leyes que lo reglamentan y a los criterios de pertinencia y evidencia científica. Dentro de ese marco, el agente de salud no sólo puede sino que debe auditar la adecuación de las prestaciones a la evidencia científica vigente. Mas tal facultad de control lleva implícito un deber correlativo e inescindible: el de resolver, mediante decisión fundada, notificada y oportuna. Una auditoría sin plazo de resolución se convierte, para el paciente, en una denegatoria de hecho, tanto más lesiva cuanto más grave es la patología en juego.

La cuestión de contenido -la exigibilidad del esquema hormonal- se resuelve a partir del dictamen del Cuerpo Médico Forense, perito imparcial designado por el Tribunal. Conforme dicho dictamen, cuyo contenido ha sido detallado en la sección III de los Resultandos, el cuadro corresponde a un adenocarcinoma de próstata Estadio II, con ganglios negativos y metástasis negativa, de riesgo intermedio favorable. Las opciones de tratamiento inicial para ese estadio, según el CMF, son la vigilancia activa, la cirugía (prostatectomía radical) y la radioterapia. Respecto de las drogas prescriptas -bicalutamida y leuprolide-, el dictamen es preciso: están indicadas para este tipo de cáncer, pero no para este estadio en primera instancia.

En sus conclusiones médico-legales, el CMF -siguiendo las recomendaciones de la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC, 2025-2026)- determinó que no se justifica desde el punto de vista médico-científico por qué la cirugía y/o la radioterapia no constituyen una opción terapéutica para este estadio, y que, en consecuencia, no encontró debidamente justificado el uso exclusivo del bloqueo hormonal.

El dictamen, valorado conforme las reglas de la sana crítica (art. 386 y conchs. CPCC), resulta fundado, coincidente con el consenso

científico actual, y no ha sido desvirtuado por prueba en contrario de igual rigor técnico.

Su valoración, no obstante, no puede prescindir de dos circunstancias: primero, que fue emitido sobre constancias documentales, sin examen directo del paciente, a diferencia del criterio del médico tratante, único profesional que lo asiste personalmente y conoce su evolución, tolerancia y entorno; segundo, y de modo crucial, que el dictamen establece que el estándar para este estadio son los tratamientos locales y que el bloqueo hormonal no está justificado como primera opción, pero no se expide -porque no le fue requerido- sobre si esos tratamientos locales son real y efectivamente accesibles para este paciente concreto, en esta ciudad y con estas comorbilidades. Esa brecha, como se verá, es precisamente la que el mecanismo de junta médica está llamado a cubrir.

El dictamen pericial encuentra correlato en las principales guías internacionales y en la literatura médica. Las recomendaciones AAOC (2025-2026), expresamente citadas por el CMF, coinciden con las guías NCCN y ESMO en situar, para el riesgo intermedio favorable, a la radioterapia y a la prostatectomía como tratamientos locales de elección. La guía AUA/ASTRO sobre cáncer de próstata clínicamente localizado concluye que el ADT primario no debe ofrecerse como tratamiento curativo de la enfermedad localizada ante la falta de evidencia de beneficio oncológico.

Sin embargo, la misma evidencia contiene un matiz que no puede silenciarse: las propias guías admiten el ADT primario, con finalidad paliativa o de control, en pacientes seleccionados -típicamente añosos, con comorbilidades significativas o expectativa de vida limitada- en quienes la terapia local definitiva no resulta aconsejable o realizable. La prescripción del médico tratante no se sitúa, pues, fuera de la ciencia médica, sino dentro de una zona que las guías reservan para supuestos excepcionales. La configuración de ese supuesto en el caso concreto es una cuestión estrictamente clínica: depende de si la cirugía está contraindicada y de si la radioterapia es, para este paciente, una opción

real y no meramente teórica. Esa determinación corresponde a los médicos intervinientes, no al juez, y es precisamente la que el CMF no pudo resolver en el marco documental en que trabajó.

El médico tratante funda la prescripción de ADT en la contraindicación quirúrgica derivada de las comorbilidades del paciente (diabetes tipo 2, hipertensión, asma y prótesis de cadera). El CMF, por su parte, no se expidió sobre si esas comorbilidades constituyen contraindicación formal para la cirugía ni sobre si la radioterapia es accesible para este paciente en particular. Esa circunstancia no invalida el dictamen -que respondió la pregunta que le fue formulada-, pero sí delimita el alcance de su eficacia para resolver el caso en todas sus dimensiones.

En el plano de la accesibilidad efectiva, la causa acredita que el servicio de radioterapia no existe en Gualeguaychú; que el paciente, de 76 años y asmático, debería trasladarse a otro departamento durante las semanas que insume el tratamiento, en época invernal, desde un domicilio en las afueras de la ciudad. Un tratamiento técnicamente disponible pero prácticamente inalcanzable no satisface el estándar de accesibilidad que integra el derecho a la salud (consid. 3). De modo que la radioterapia sólo puede oponerse al esquema prescripto si la Obra Social garantiza las condiciones materiales de acceso: cobertura integral de traslados, alojamiento, acompañante y coordinación de turnos en plazo útil.

Cabe consignar, asimismo, que el ADT no es inocuo en el perfil del actor: la privación androgénica incrementa el riesgo de morbimortalidad cardiovascular, diabetes y fractura por fragilidad, siendo los adultos mayores con factores de riesgo cardiometabólico los más vulnerables (cfr. AHA/ACS/AUA Science Advisory, Circulation, 2010). Pero esa toxicidad, que desaconseja imponer el fármaco judicialmente sin más, tampoco autoriza a descartarlo sin más: es un dato a ponderar por los médicos en la ecuación riesgo-beneficio individual.

De ello se sigue una doble conclusión. Por una parte, la conducta de la demandada de someter la prescripción a auditoría técnica

no fue, en su origen, arbitraria: exigir la justificación científica de un apartamiento del estándar es ejercicio razonable del deber de control, y el dictamen forense no avala la condena lisa y llana a proveer el esquema prescripto. Por otra parte, ese mismo dictamen tampoco autoriza a devolver al paciente al punto de partida -sin cirugía, sin radioterapia accesible, sin medicación y sin protocolo alguno-, porque entonces la sentencia, médicamente correcta en abstracto, produciría el resultado médicamente peor en concreto: el abandono terapéutico por omisión de todos los obligados. El amparo en materia de salud no admite soluciones que dejen al enfermo en tierra de nadie.

La condición de adulto mayor del actor (76 años) impone un estándar de tutela reforzado, que el Tribunal tiene especialmente presente. Conforme el dictamen forense, el estadio verificado -localizado, de riesgo intermedio favorable- no configura una urgencia vital ni un riesgo de progresión grave e irreversible en el corto plazo, siendo la supervivencia esperable muy elevada incluso bajo vigilancia activa. Ello descarta la necesidad de imponer cautelarmente, hoy, el tratamiento controvertido.

Pero la ausencia de urgencia vital no equivale a ausencia de urgencia en resolver. La estadificación reposa en una biopsia con margen de error de muestreo -la propia causa registra que hubo que recurrir a un PET/CT ante la falta de certezas-, y un pronóstico favorable es una probabilidad, no una garantía. Cada mes sin plan terapéutico definido es un mes en que esa probabilidad queda librada al azar. Por eso la tutela que aquí se otorga no consiste en imponer un fármaco, sino en imponer plazos: que la definición clínica que lleva tres meses pendiente se produzca en días, con seguimiento verificable.

La cuestión de procedimiento (consid. 1, in fine) encuentra respuesta inequívoca. La primera prescripción data de fines de marzo de 2026; la solicitud formal, del 8 de mayo; las intimaciones, del 21 y 29 de mayo. Al tiempo de promoverse la acción - y aún al de dictarse esta sentencia- OSER no había emitido resolución formal alguna: ni autorización, ni denegatoria fundada, ni propuesta de alternativa

terapéutica con garantía de acceso. Sus únicas respuestas fueron un pedido de justificación (14/5), una comunicación informal con el médico tratante notificada al afiliado (29/5) y un correo electrónico solicitando "una breve espera" (4/6).

El dictamen del CMF despeja la cuestión de fondo en términos que el Tribunal acoge: el bloqueo hormonal no está justificado como primera opción para este estadio, y OSER tenía razones científicas valederas para requerir una justificación adicional del tratamiento. Pero una cosa es tener razón en la ciencia, y otra muy distinta es tener derecho a demorar indefinidamente la respuesta. La auditoría es una facultad legítima; el silencio no lo es.

Frente a un paciente oncológico de 76 años, la dilación de más de tres meses sin acto resolutorio - que incluya o bien la autorización de alguna alternativa terapéutica con garantía efectiva de acceso, o bien la fundamentación seria de su rechazo con propuesta de plan sustituto- configura una omisión lesiva del derecho a la salud en su dimensión procedimental, cuya ilegitimidad es manifiesta en los términos de los arts. 1° y 2° de la Ley 8369, pues surge del mero cotejo de fechas, sin necesidad de indagación técnica alguna.

En ese preciso alcance, el amparo es procedente: no para imponer el contenido de la decisión médico-administrativa, que el dictamen forense no permite predeterminar, sino para imponer que esa decisión exista - en plazo perentorio, con fundamentos, y con un plan terapéutico efectivamente accesible para el paciente- y para que sea la junta médica de OSER, integrada también por el médico tratante, quien resuelva con todos los elementos si el bloqueo hormonal corresponde o no en el caso concreto. No se trata de una condena menor ni simbólica: es la que ataca la lesión real acreditada en autos.

II.- En consecuencia, corresponde estructurar la condena del siguiente modo, conjugando el respeto por la competencia técnica de los médicos con la protección efectiva y verificable del amparista:

a) Junta médica. Dentro de los cinco (5) días hábiles de notificada la presente, OSER deberá convocar y celebrar una junta

médica integrada por el médico tratante del actor, el médico auditor de la Obra Social y un especialista en oncología o uro-oncología ajeno a ambas partes -pudiendo requerirse a tal fin la colaboración del Cuerpo Médico Forense-, con examen directo del paciente. Dicha junta tendrá por objeto definir el plan terapéutico concreto y efectivamente accesible: si la cirugía está contraindicada y si la radioterapia es accesible en las condiciones de este paciente - o si OSER puede garantizar su accesibilidad-, y si en caso de que ningún tratamiento local resulte realizable, el esquema de ADT prescripto resulta indicado conforme el supuesto excepcional que las guías contemplan para pacientes de las características del actor.

b) Resolución fundada. Dentro de los tres (3) días hábiles de celebrada la junta, OSER deberá dictar y notificar al afiliado resolución fundada que instrumente el plan definido, con cronograma concreto de prestaciones.

c) Garantía de accesibilidad. Si el plan incluye radioterapia u otra prestación fuera de esta ciudad, OSER deberá cubrir integralmente traslados, alojamiento y acompañante, y gestionar los turnos, de modo que el inicio efectivo del tratamiento no exceda los treinta (30) días corridos. Si el plan consiste en vigilancia activa, deberá instrumentar y cubrir el protocolo completo de controles con cronograma notificado al afiliado.

d) Condena subsidiaria. Si la junta médica no se celebrara, la resolución no se dictara o el acceso efectivo al tratamiento definido no se garantizara en los plazos fijados, OSER deberá - sin más trámite y dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de vencido el plazo incumplido- otorgar la cobertura al 100% del esquema prescripto por el médico tratante (LEPRID 7.5 y FINABAND), pues frente a la inacción del obligado debe prevalecer el criterio del único profesional que asiste al paciente.

Ello sin perjuicio de las astreintes que se fijan en la parte resolutive para el supuesto de incumplimiento (art. 804 CCyC).

Este diseño no sustituye el juicio médico por el judicial: lo exige, lo acelera y lo garantiza. Y asegura que, cualquiera sea la

definición clínica, el amparista no quedará sin respuesta ni sin tratamiento o seguimiento.

La medida cautelar solicitada -idéntica a la pretensión de fondo- queda subsumida en la condena que se dicta, que opera con plazos perentorios y apercibimientos inmediatos, por lo que su tratamiento autónomo ha devenido abstracto. Cabe dejar aclarado que su acogimiento liso y llano tampoco habría correspondido: la innovación habría expuesto al actor a un tratamiento con riesgos cardiometabólicos concretos sin definición clínica previa de su pertinencia individual, circunstancia que el propio dictamen forense pone en evidencia.

No se hará lugar a la sanción por temeridad solicitada por la actora. La conducta de OSER, aunque morosa y por ello parcialmente condenada, reconoció una base técnica seria -avalada en sus aspectos sustanciales por el dictamen forense- y no se exhibió como un obrar a conciencia de la propia sinrazón en los términos del art. 42 CPCC. Tampoco se advierte temeridad en la actora, cuya promoción de la acción tuvo causa justificada en el silencio de su obra social.

La presente se dicta conforme la estadificación actual y dentro del marco cognoscitivo del amparo. Queda expresamente a salvo el derecho del amparista de promover las acciones que correspondan ante un cambio de las circunstancias clínicas -progresión de la enfermedad, elevación sostenida del PSA, imposibilidad sobreviniente de las alternativas terapéuticas o incumplimiento del plan definido-, pues en materia de salud la cosa juzgada es esencialmente provisional frente a hechos nuevos.

Las costas se imponen a la demandada. Si bien la pretensión de condena directa a la cobertura del esquema hormonal no prospera en los términos peticionados, el amparo procede en lo sustancial de la lesión acreditada -la mora resolutive-, y fue precisamente el silencio de la Obra Social el que tornó necesaria la promoción de esta acción: el actor no tuvo otra alternativa razonable que acudir a la justicia para obtener una respuesta. El principio objetivo de la derrota, leído a la luz del resultado real del pleito y de la condición de adulto mayor del vencedor

parcial, conduce a esa solución (art. 65 y conchs. CPCC).

Finalmente, corresponde regular los honorarios profesionales.

III.- Por las razones expuestas, y de conformidad con los arts. 14 bis, 33, 42, 43 y 75 inc. 22 de la Constitución Nacional; el art. 12 del PIDESC y su Observación General N° 14; el art. 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; el art. 56 de la Constitución de la Provincia de Entre Ríos; los arts. 1°, 2°, 3°, 8° y 14 de la Ley 8369; las Leyes 26.529 y 27.553; el art. 804 del CCyC; y los arts. 65, 386 y conchs. del CPCC:

RESUELVO:

1°) HACER LUGAR PARCIALMENTE a la acción de amparo interpuesta por el señor [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], contra la Obra Social de Entre Ríos (OSER), en cuanto a la omisión de resolver oportunamente y con fundamentos su solicitud de cobertura, conforme los considerandos 8 y 9.

2°) CONDENAR a OSER a: a) convocar y celebrar, dentro de los CINCO (5) días hábiles de notificada la presente, una junta médica integrada por el médico tratante del actor, el médico auditor de la Obra Social y un especialista en oncología o uro-oncología ajeno a ambas partes -pudiendo requerirse la colaboración del Cuerpo Médico Forense-, con examen directo del paciente, a fin de determinar el plan terapéutico concreto -incluyendo la evaluación de la contraindicación quirúrgica, la accesibilidad efectiva de la radioterapia, y la eventual procedencia del esquema de bloqueo hormonal conforme el supuesto excepcional que las guías contemplan para pacientes de las características del actor-; b) dictar y notificar al afiliado, dentro de los TRES (3) días hábiles de celebrada la junta, resolución fundada que instrumente dicho plan con cronograma concreto de prestaciones; c) garantizar el acceso efectivo al tratamiento definido -incluida, en su caso, la cobertura integral de traslados, alojamiento y acompañante y la gestión de turnos- de modo que su inicio no exceda los TREINTA (30) días corridos, o instrumentar y cubrir el protocolo completo de vigilancia

activa si tal fuera la definición clínica.

3°) DISPONER, como condena subsidiaria, que si OSER incumpliera cualquiera de los plazos u obligaciones del punto anterior, deberá otorgar -dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas de vencido el plazo incumplido y sin más trámite- la cobertura al 100% de la medicación prescrita por el médico tratante: LEPRID 7.5 LKM (acetato de leuprolide 7,5 mg) y FINABAND (bicalutamida 50 mg), bajo apercibimiento de astreintes que se fijan en la suma de PESOS CIEN MIL (\$100.000) por cada día de demora (art. 804 CCyC).

4°) RECHAZAR la pretensión de condena directa e inmediata a la cobertura del esquema de privación androgénica, en los términos en que fue formulada, conforme el dictamen del Cuerpo Médico Forense -que no encuentra justificado el uso exclusivo del bloqueo hormonal para este estadio como primera opción- y los considerandos 4 a 6, y NO HACER LUGAR a la sanción por temeridad solicitada.

5°) DECLARAR ABSTRACTO el tratamiento autónomo de la medida cautelar, subsumida en la condena dispuesta (considerando 10).

6°) DEJAR A SALVO el derecho del amparista de accionar nuevamente ante un cambio de las circunstancias clínicas o el incumplimiento del plan terapéutico (considerando 12).

7°) IMPONER las costas a la demandada (considerando 13; art. 65 y concs. CPCC).

8°) REGULAR los honorarios profesionales de la Dra. Sofía Irungaray Altuna en la cantidad de 20 juristas equivalente a la suma de PESOS UN MILLÓN SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO CON CUARENTA CENTAVOS (\$ 1.738.424,40); y a los Dres. Isaías M. Ortenzi y Francisco I. Muzachiodi en la cantidad de 7 juristas a cada uno equivalente a la suma de PESOS SEISCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO CON CINCUENTA Y CUATRO CENTAVOS (\$608.448,54); valor jurista \$ 86.921,22; arts. 3, 14, 29 y 91 LA.

9°) TENER PRESENTES las reservas del caso federal formuladas por ambas partes (art. 14, Ley 48).

10°) REGÍSTRESE y notifíquese cfr. SNE.
FD.: DR. MARCELO J. ARNOLFI

Conste que la presente se suscribe mediante firma digital. En 12 de junio de 2026 se registró en soporte informático (Acuerdo S.T.J N° 20/09 del 23/06/09 Punto 7). Asimismo, existiendo regulación de honorarios a abogados y/o procuradores, y en función de lo dispuesto por la ley 7046, se transcriben los siguientes los artículos:

Art. 28: NOTIFICACIÓN DE TODA REGULACIÓN. 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 los reajustes posteriores que se practiquen por aplicación del art.114".

Artículo 114.- 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". Secretaría, 12 de junio de 2026. FD.: DANIELA A. BADARACCO, Secretaria.