



Defensoría del Pueblo de la Nación
2022 - "Las Malvinas son argentinas"

Resolución

Número:

Referencia: RESOLUCIÓN N° 00022/22 - ACTUACIÓN N° 9002/21 - [REDACTED] - s/presunto incumplimiento de la Ley N° 26.682 - EX-2021-00005435- -DPN-RNA#DPN.

VISTO la actuación N° 9002/21, caratulada: "[REDACTED]" sobre presunto incumplimiento de la Ley N° 26.682"; y

CONSIDERANDO:

Que, el 01 de junio de 2021 se presenta la Sra. [REDACTED], de 67 años de edad, quien recurre a esta INDH para denunciar a su empresa de medicina prepaga, GALENO ARGENTINA S.A, por haber aumentado el valor de su cuota de manera ilegítima.

Que, tal como lo acredita con la documental acompañada en su presentación, resulta ser usuaria de los servicios médicos prepagos de la Empresa de Medicina Prepaga GALENO - RNEMP N° 1-1285-1- desde hace más de 25 años.

Que, según manifiesta, nunca tuvo inconveniente con la cobertura de salud, pues la misma resultó garantizada a través de un plan corporativo conveniado con quien fuera su empleador - YPF S.A - hasta su jubilación.

Que, no obstante lo anterior, y según surge de su relato, los inconvenientes comenzaron cuando al cumplir sus 65 años de edad ejerció su derecho de acceder al beneficio jubilatorio y, por tal motivo, su empleador dejó de contemplarla dentro de la nómina de empleados que gozaban del servicio médico prepago de GALENO a través de un plan corporativo.

Que, en conocimiento de los derechos que tenía como usuaria y consumidora de los servicios prepagos de salud de GALENO, el 09 de octubre de 2019 -9 días posteriores a la finalización del plan corporativo que la unía a la prepaga a través de su empleador-, presentó una nota manifestando su deseo de continuar en la cobertura gozando de los beneficios que le concedía tanto la Ley N° 26.682 como la Res. N° 163/18.

Que, pese a ello y para su sorpresa, en el mes de noviembre de 2019, cuando comenzó a pagar los servicios por su propia cuenta, recibió la factura N° 1064-08853754 por un monto de Pesos Dieciocho mil ochocientos setenta y cinco con 49/100 (\$ 18.875,49), importe que excedía considerablemente lo que debía abonar una usuaria que había formado parte de un plan corporativo desde el año 1993.

Que, a partir de lo expuesto precedentemente la interesada comenzó un largo peregrinar de intimaciones y reclamos en búsqueda del respeto de sus derechos como usuaria de servicios médicos prepagos.

Que, en primera medida cursó una carta documento a la prepaga en fecha 24/10/19 a través de la cual se

manifestó en los siguientes términos “...*habiendo finalizado el vínculo con la empresa que realizó el contrato de afiliación, en cumplimiento con lo dispuesto por el art. 15 de la Ley Nº 26.682, ratifico ahora por este medio mi intención de ejercer mi derecho de continuidad con la antigüedad que registro desde 1995 con idéntica cobertura...*”.

Que, la carta documento nunca fue contestada y en razón de ello decidió iniciar una denuncia en la Superintendencia de Servicios de Salud dando origen al Expediente Nº EX-2020-37972267- -APN-SD#SSS mediante el cual el órgano de control de las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga requirió información a GALENO que nunca fue contestada.

Que, a partir de lo precedentemente expuesto y habiendo transcurrido las instancias administrativas correspondientes, la Superintendencia de Servicios de Salud en fecha 10/08/20 procedió a dictar la Disposición Nº DI-2020-4073-APN-GAYSAUSS#SSS por medio de la cual intimó a la empresa de medicina prepaga GALENO ARGENTINA S.A a: “...*ARTÍCULO 1:...que proceda a aceptar la continuidad de la señora [REDACTED] en alguno de los planes que se encuentre comercializando, respetando los parámetros establecidos al momento de fijar el valor de la cuota, respetando antigüedad y sin valor diferencial por preexistencia. ARTÍCULO 2:...que acredite en el plazo de CINCO (5) días el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 1, bajo apercibimiento en caso de incumplimiento de encuadrar su conducta en el art. 24 de la Ley 26.682...*”.

Que, pese al tiempo transcurrido la empresa de medicina prepaga nunca se retractó y tampoco acreditó haber cumplido con lo ordenado por el órgano de control, lo que motivó que en fecha 04/11/20 la oficina de jurídicos de la Superintendencia de Servicios de Salud dictaminara en los siguientes términos: “...*encontrándose ampliamente vencidos los plazos para acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en la Disposición DI-2020-4073-APN-GAYSAUSS#SSS, este servicio jurídico observa que dicha omisión encuadraría en las previsiones del artículo 24 de la Ley 26.682. Por lo expuesto cabría poner en marcha el procedimiento sumarial previsto en la normativa vigente...*”.

Que, desde el mes de noviembre de 2020 la interesada no tuvo novedades sobre su expediente y ello ocasionó que debiera seguir pagando la cuota con montos exorbitantes pues, de no hacerlo hubiera quedado excluida de la cobertura por falta de pago. Sin embargo, ello ocasionaba un grave perjuicio en su economía dado que nunca estuvo en condiciones de poder soportar semejante valor de cuota.

Que, con motivo de lo expuesto precedentemente, la interesada acudió a esta INDH con el propósito de que GALENO adecue su conducta conforme el marco normativo vigente.

Que, a partir de la denuncia efectuada por la Sra. [REDACTED] y luego de analizar la documentación aportada, desde esta INDH se cursó un pedido de informes a la Superintendencia de Servicios de Salud con el propósito de que informara si había dado inicio al proceso sumarial correspondiente, así como también se le solicitó remitiera el cuadro tarifario debidamente aprobado para la empresa GALENO ARGENTINA S.A.

Que, como consecuencia de ello en fecha 24/11/21 respondió la Superintendencia de Servicios de Salud en los siguientes términos: “...*el sumario se inició el día 20 de septiembre de 2021 a través de la Res. 2021-1569-APN-SSS#MS. Es todo cuanto puedo informar...*”.

Que, existiendo el incumplimiento de un acto administrativo emanado de la autoridad de control de las obras sociales nacionales y empresas de medicina prepaga por parte de la empresa GALENO ARGENTINA S.A y habiendo corroborado, además, que la Superintendencia de Servicios de Salud respondió parcialmente a la requisitoria oportunamente cursada, corresponde que esta Defensoría se expida sin más dilación pues, se advierte como inminente que en lo sucesivo se vea afectado el derecho a la salud por parte de la interesada al no poder seguir afrontando las cuotas que le exige su prepaga.

Que, previo a todo corresponde realizar algunas aclaraciones pertinentes que podrían traer claridad sobre una cuestión tan compleja.

Que, desde el año 1993 existe en nuestro país un marco normativo que regula la actividad, así como los derechos y obligaciones de las Empresas de Medicina Prepaga y de las/os usuarias/os y consumidores que

poseen un vínculo comercial con este tipo de empresas.

Que, en dicho sentido la Ley N° 26.682 permite conocer que, en los términos de la normativa citada, Empresa de Medicina Prepaga es toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

Que, asimismo, la propia norma establece un mecanismo para evitar abusos a la hora de contratar. En dicho sentido, el art. 17 de la Ley N° 26.682 refiere que será la autoridad de aplicación -Superintendencia de Servicios de Salud- quien fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales.

Que, es por este último motivo que las Empresas de Medicina Prepaga sólo pueden establecer precios diferenciales, según franjas etarias, con una variación máxima de tres (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etaria al momento de su contratación.

Que, además de lo mencionado precedentemente, surge del art. 15 del cuerpo normativo bajo análisis que: *“...El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, si lo solicita en el plazo de sesenta (60) días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba...”*.

Que, no obstante ello, en el año 2018 la Superintendencia de Servicios de Salud dictó la Resolución N° 163/18 por medio de la cual vino a traer mayor claridad sobre los derechos de los usuarios que deseaban permanecer en la cobertura de sus agentes de servicios de salud una vez excluidos del plan corporativo del que eran beneficiarios.

Que, en dicho sentido el art. 4º estableció que: *“...Los usuarios adheridos por contratación grupal o corporativa en los términos del artículo 15 de la Ley N° 26.682 podrán solicitar su adhesión directa y la de su grupo familiar a cualquiera de los planes que comercialice al público en general la entidad de medicina prepaga contratada...”*, mientras que el art. 5 estableció: *“...En los casos de continuidad del vínculo contractual determinada en el artículo anterior, las entidades comprendidas en el artículo 1º de la Ley N° 26.682 deberán efectuar la incorporación del afiliado y su grupo familiar, si lo hubiere, al plan elegido, debiendo respetarse lo estipulado en el último párrafo del artículo 26 del Decreto N° 1993/2011...”*, finalmente, y como elemento trascendental para la presente actuación, el art. 6 estableció: *“...El valor de cuota aplicable en dichos supuestos será el equivalente al de la cuota de ingreso que, al momento de la elección, se halle fijada para un nuevo ingresante situado en la franja etaria que corresponda a la edad que tenía el afiliado grupal o corporativo al momento de su afiliación originaria al plan del que proviene...”*.

Que, lo expresado hasta aquí acredita fehacientemente que toda aquella persona física o jurídica que se constituya como tal a los efectos de brindar prestaciones de salud en los términos del art. 1º de la Ley N° 26.682 debe ceñir su conducta al marco normativo vigente, cumplimentando todas las obligaciones impuestas, incluso aquellas que tengan que ver con el valor de las cuotas, los planes prestaciones ofertados, los tipos de contratos estipulados, el mantenimiento de la cobertura de aquellos trabajadores que salen de los planes corporativos, entre otros, los cuales deben tener el previo aval de la autoridad de control pues, caso contrario, los actos jurídicos llevados a cabo en desmedro de la norma y de la autoridad regulatoria debieran reputarse nulos.

Que, de acuerdo a los hasta aquí expuesto, no se advierten motivos válidos para justificar los exorbitantes valores de cuota cobrados a la interesada desde el mes de noviembre de 2019 a la fecha.

Que, si se tomase en consideración que la Sra. Rubino ingresó al plan corporativo de su último empleador en el año 1993, cuando tenía 39 años de edad, y se aplicase lo dispuesto en el art. 6 de la Res. 163/18, GALENO debió haberle facturado a la interesada el valor de cuota que, para el año 2019, se le cobraba a una persona de 39 que por primera vez ingresaba a la cobertura.

Que, no sólo no ocurrió lo mencionado sino que, aun contra el acto resolutivo de la Superintendencia de Servicios de Salud donde se la intimaba a aceptar la continuidad de la señora F. [REDACTED] en alguno de los planes comercializados, respetando los parámetros establecidos al momento de fijar el valor de la cuota, respetando antigüedad y sin valor diferencial por preexistencia, GALENO decidió continuar cobrando lo que consideraba más rentable para su negocio y hacer caso omiso a lo establecido por su autoridad de control, hecho que permite afirmar que el comportamiento de la prepaga es contrario al ordenamiento jurídico que regula su actividad -Ley N° 26.682, Decreto N° 1993/11 y Res. N° 163/18-, por lo que su conducta debe reputarse ilegítima y arbitraria.

Que, sobre este punto también es importante destacar que, a la conducta disvaliosa de incrementar la cuota injustificadamente, se le debe adicionar el hecho de impedir que la interesada haga ejercicio del derecho que le concede la Res. 163/18, a pesar de haber manifestado su deseo de continuar con la cobertura dentro del plazo de sesenta (60) días que fija el art. 4° de la Resolución bajo análisis.

Que, en el presente caso no debe perderse de vista que, además del marco normativo que regula la actividad de las empresas de medicina prepaga -Ley N° 26.682, Decreto N° 1993/11 y Res. N° 163/18-, debe estudiarse el ordenamiento jurídico de Protección y Defensa de las y los Usuaris/os y Consumidores toda vez que, entre la interesada y la prepaga existe una relación de consumo en los términos del art. 3° de la Ley N° 24.240 y sus modificatorias.

Que, en particular y más allá de lo relativo a la falta de información y colaboración por parte de la prepaga, se advierte como preocupante que, aun habiendo sido intimada por carta documento y, luego, por medio de un acto administrativo de la autoridad de control, la empresa de medicina prepaga GALENO ARGENTINA S.A haya continuado adelante sin reintegrar a la interesada las sumas cobradas en exceso durante todo este tiempo y sin regularizar el valor de la cuota, constituyendo ello un trato indigno en los términos del art. 8° bis de la Ley N° 24.240.

Que, por todo lo expuesto es apropiado recordar que el derecho cuya protección se persigue en la presente actuación compromete la salud e integridad física de la interesada y tal es así que, según manifiesta en su denuncia, desde el año 2020 advierte serios problemas para continuar abonando regularmente las cuotas que le exigen, por lo que la falta de adecuación de los valores facturados por parte de la prepaga podría ocasionar en un futuro inmediato la imposibilidad de pago de los meses subsiguientes y con ello la desafiliación con causa conforme art. 9° de la Ley N° 26.682.

Que, también es dable recordar que este derecho que intenta protegerse está reconocido por la Constitución Nacional y los pertinentes Tratados Internacionales de Derechos Humanos incorporados a ella, de modo que la presente cuestión debe ser analizada y resuelta teniendo en cuenta tanto el derecho interno como el derecho convencional.

Que, es por ello, entonces, que la cuestión a dilucidar es si la acción de la prepaga de incrementar injustificadamente los valores de las cuotas a sus usuarios más allá de lo expresamente autorizado por la autoridad sanitaria y en un claro desconocimiento de la Res. N° 163/18 constituyó un comportamiento que puede tildarse de ilegal y/o arbitrario, a la luz de las normas vigentes en la materia.

Que, sobre este aspecto destacamos que cuando se debate la conducta de un sistema asistencial médico prepago, es necesario analizar las circunstancias del caso con un criterio de razonabilidad por tratarse de un reglamento general predispuesto por la entidad, razón que conduce a sostener la aplicación de un criterio favorable al consumidor en los términos del art. 3° de la Ley N° 24.240 y art. 1094 del Código Civil y Comercial de la Nación. De allí que, en caso de duda, debe estarse siempre con la tutela impuesta expresamente por el art. 42 de la Constitución Nacional.

Que, en la misma dirección del art. 37 de la Ley N° 24.240 -modificada por la Ley N° 26.361-, se orientan las prescripciones del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, al prever que las normas que regulan las relaciones de consumo deben ser aplicadas e interpretadas conforme el principio de protección del consumidor, prevaleciendo la interpretación que más favorezca al consumidor (arts. 1094 y 1095); a lo cual se suma el art. 1119 al señalar que resulta abusiva la cláusula que, habiendo sido negociada o no en forma individual, tiene por efecto provocar un desequilibrio significativo entre los derechos y las obligaciones de las

partes, en perjuicio del adherente.

Que, en efecto, aquellos contratos de adhesión que facultan a la prepaga a imponer incrementos de cuota sin el correspondiente aval de la autoridad de control y sin ningún tipo de sustento legítimo, deben ser reputados nulos.

Que, en dicho orden de ideas se impone poner en la palestra que el art. 12 de la Ley N° 26.682 establece que las personas de 65 años o más que posean más de DIEZ (10) años de antigüedad en la cobertura, como en el caso, no se les puede aplicar un aumento en razón de su edad. También, que el art. 4, 5 y 6 de la Res. N° 163/18 establecen que aquellos usuarios de planes corporativos que hubiesen cesado en su relación laboral tienen derecho a permanecer en la cobertura respetándose su antigüedad, sin cobrarles un diferencial por preexistencia y con un valor de cuota equivalente al del ingreso actual de una persona de la misma edad que detentaba el usuario o la usuaria al momento de ingresar al plan corporativo.

Que, el hecho de encarecer la cuota del consumidor sin ningún tipo de sustento ni aval de la autoridad de control se aparta de la finalidad y objeto para los cuales las empresas de medicina prepaga se han constituido, alterando la ecuación económica de su sinalagma funcional, sin que pueda esbozarse como motivo válido de justificación la presunta mayor utilización del servicio por parte del afiliado en razón de su edad, porque ese traslado de riesgos debió haber sido previsto estadísticamente al efectuar la prospectiva económica de los contratos.

Que, todo lo expuesto nos lleva a concluir que la decisión de la prepaga de incrementar arbitrariamente el valor de cuota de la interesada durante el año 2019, 2020 y 2021 podría conculcar su derecho a la salud amparado por la Constitución Nacional por encontrarse, en lo sucesivo, imposibilitada de abonar los exorbitantes montos que exige la prepaga.

Que, en consecuencia, la decisión adoptada por el ente asistencial encuadra en la calificación de "ilegalidad o arbitrariedad manifiesta", pues ha quedado a la vista su falta de adecuación al acto administrativo de la Superintendencia de Servicios de Salud que la intimaba a ajustarse a derecho.

Que, por todo lo expuesto, en el presente caso se vuelve necesario aclarar que el reproche a la prepaga radica en su conducta excesiva, ilegítima y arbitraria a la hora de exigirle a su usuario un valor de cuota desproporcionado, sin ningún tipo de sustento fáctico ni jurídico, sin el correspondiente aval de su autoridad de control y en un claro perjuicio para los intereses de la Sra. Rubino.

Que, la necesidad de la interesada de recurrir a esta INDH para que GALENO ARGENTINA S.A cese en su conducta ilegítima está íntimamente relacionada con el ejercicio de su derecho a la salud, ya que se encuentra con serias dificultades para afrontar el valor de cuota que le exigen, máxime cuando los importes cobrados no se corresponden con los que debería estar abonando y ello atenta contra su continuidad en la cobertura.

Que, como ha sido expresado cabe recordar que el marco jurídico que vincula a las partes en cuestión es el de protección y defensa de las/os usuarias/os y consumidores -Ley N° 24.240 y sus modificatorias- por lo tanto, corresponde destacar algunos elementos que caracterizan este tipo de relaciones comerciales entre las/os consumidores y las empresas.

Que, la defensa del consumidor abre dos campos: el de los derechos patrimoniales: la seguridad de no sufrir daño; los intereses económicos; la libertad de elección; el trato equitativo y digno; la mayor protección cuando en la relación de consumo se constituya en la parte más débil. Y el de los derechos personales plasmado en la protección de la salud y la seguridad de no sufrir menoscabo en aquella o en la vida. (*Conf. esta Sala en Expte n° 5010/2007 – “Amandola José María c/Swiss Medical S.A. s/art.250 C.P.C- Incidente Civil”, del 12/06/2007, entre otros*).

Que, la prestación del servicio de salud está comprendida, también, en el concepto de relación de consumo protegida por el arts. 1° y 2° de la Ley N° 24.240 y el art. 42 de nuestra C.N., otorgándosele, así, la máxima jerarquía de rango normativo.

Que, teniendo en cuenta ello, no debe desatenderse la particular actividad que desarrollan las organizadoras del sistema médico privado, el cual excede el marco puramente negocial, adquiriendo matices sociales y

fuertemente humanitarios que lo impregnan. Obsérvese que se trata de proteger garantías constitucionales prevalecientes, como la salud vinculada estrecha y directamente con el derecho primordial a la vida sin el cual todos los demás carecen de virtualidad y eficacia.

Que, en tanto la actividad que asumen tiende a proteger las garantías constitucionales a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas, los entes de medicina prepaga adquieren un relevante compromiso social con sus usuarios que deben trascender las cuestiones mercantiles.

Que, desde esta particular concepción, podría afirmarse que son una suerte de colaboradores del Estado en una de sus funciones primordiales: la prestación del servicio de salud.

Que, además los contratos de medicina prepaga, denominados “contratos de adhesión”, se rigen por las normas de Defensa del Consumidor -Ley Nº 24.240-, y la interpretación de sus cláusulas y prerrogativas debe efectuarse de acuerdo a los principios del derecho del consumidor.

Que, es por lo dicho, entonces, que se vuelve importante mencionar dos principios trascendentales: el in dubio pro consumidor y el principio de buena fé -típico de toda relación contractual-.

Que, como ya ha sido dicho, el principio in dubio pro consumidor surge del art. 37 de la Ley Nº 24.240, de donde se desprende que “...*La interpretación del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor. Cuando existan dudas sobre los alcances de su obligación, se estará a la que sea menos gravosa...*”.

Que, también, existe un principio jurídico ineludible a la hora de realizar, interpretar y aplicar un contrato. Este principio es el de “buena fe contractual” de la que habla el art. 961 del Código Civil y Comercial de la Nación: “...*Los contratos deben celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe...*”.

Que, atendiendo a lo antedicho surge la pregunta: ¿existió buena fe por parte de GALENO al incrementar el valor de la cuota de la interesada por fuera de lo dispuesto por la Res. Nº 163/18? ¿Por qué no le brindó información acerca de los motivos por los que se apartaba del marco normativo vigente? ¿Por qué decidió hacer caso omiso a lo ordenado por la Superintendencia de Servicios de Salud en la Disposición DI-2020-4073-APN-GAYSAUSS#SSS?

Que, corresponde ampliar el concepto dado por el art. 8º bis de la Ley Nº 24.240 pues no debe pasarse por alto la conducta desplegada por una de las empresas de medicina prepaga más grande del país. Se trata del deber de abstención que pesa sobre estas empresas en cuestiones relacionadas con conductas que coloquen al consumidor en situaciones vergonzantes, vejatorias o intimidatorias.

Que, en el caso y aun a sabiendas de su obrar ilegítimo, no le alcanzó con operar por fuera de la ley frente a su usuaria, sino que, además, habiendo sido intimada por su órgano de control a regularizar la situación, decidió continuar adelante y mantener los ilegítimos valores de cuota.

Que, sobre este último aspecto es dable recordar la importancia y necesidad de que la Defensoría del Pueblo de la Nación intervenga con sus señalamientos cuando advierta que cualquier persona física o jurídica, pública o privada que preste un servicio público esencial, como lo es la salud, tenga un comportamiento contrario a derecho y ponga en riesgo el respeto por los derechos humanos de los ciudadanos.

Que, por imperio constitucional, es misión de esta INDH la defensa, protección y promoción de los derechos humanos de todos los ciudadanos de la nación, por lo que nada puede inducir a pensar que ese deber se encuentra circunscripto o delimitado por interpretaciones restrictivas. Caso contrario se desnaturalizaría la función del Defensor del Pueblo de la Nación y se caería en el riesgo de proteger a un sector de la población, dejando a su suerte a otro sector según su lugar de residencia o a la voluntad de quien ha vulnerado sus derechos fundamentales.

Que, finalmente lo que se busca proteger es el derecho a la salud de una persona y para ello es indispensable conocer los alcances que dicho concepto tiene y cuál es su paraguas protector dentro de nuestro ordenamiento interno y dentro del ordenamiento convencional.

Que, en ese sentido, cabe resaltar que la Organización Panamericana de la Salud en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud definió: “la salud es un estado completo de bienestar físico, mental, y social”.

Que, tanto en el ámbito nacional, como en el internacional, la salud ha sido reconocida como un derecho humano, inherente a la dignidad humana, de forma tal que este bienestar físico, mental y social que pueda alcanzar el ser humano, constituye un derecho fundamental. La dignidad es el fundamento de los derechos de los pacientes y del derecho a la salud.

Que, la Constitución Nacional reconoce este derecho fundamental en su art. 42, estableciendo que: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho (...) a la protección de su salud”. Se infiere, además, este derecho del artículo 33, y como corolario indispensable del derecho a la vida, que resulta base de todos los demás.

Que, adicionalmente, cabe destacar que el derecho a la salud goza en la actualidad de jerarquía constitucional en los términos del artículo 75 inciso 22, específicamente a través del artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece que: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para (...) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Que, merece ponerse de resalto, además, que la obligación de garantizar el derecho a la salud ha sido –en subsidio– asumida por el Estado Argentino para con sus habitantes y, en este contexto, no puede dejar de mencionarse que a las normas indicadas en el párrafo que antecede debe interpretárselas conjuntamente con lo establecido en el inciso 23 del artículo 75 de la CN., que hace especial referencia a la necesidad de adoptar –como competencia del Congreso de la Nación– “medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos”.

Que, del plexo normativo descrito surge con claridad la efectiva protección que deben tener estos derechos fundamentales de la persona, que implican no sólo la ausencia de daño a la salud por parte de terceros sino también la obligación de quienes se encuentran compelidos a ello –y con especialísimo énfasis los agentes del servicio de salud– de tomar acciones positivas en su resguardo.

Que, por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos, establece en su artículo 25.1 que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

Que, cabe recordar, también, lo expresado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso “Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas s/ Recurso de Hecho” (Sentencia del 24 de octubre de 2000, respecto del derecho a la salud como presupuesto esencial del inalienable derecho a la vida: “...el Tribunal ha considerado que el derecho a la vida es el primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la Constitución Nacional (Fallos: 302:1284; 310:1112).

Que, la Corte Suprema de Justicia de la Nación también ha dicho que el hombre es eje y centro de todo el sistema jurídico y en tanto fin en sí mismo –más allá de su naturaleza trascendente– su persona es inviolable y constituye valor fundamental con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental (Fallos 316: 479, votos concurrentes).

Que, como se ha dicho es misión de esta INDH perseguir el respeto de los valores jurídicos, cuya transgresión tornarían injustos los actos de la administración pública o de los particulares que prestan servicios públicos esenciales, y de los derechos humanos consagrados en nuestra Constitución Nacional a través del artículo 75 inc. 22. Repárese que es pauta de interpretación auténtica –preámbulo constitucional–: “afianzar la justicia”, por lo que mal podemos alejarnos de ese norte.

Que, la presente se dicta de conformidad con lo establecido por el artículo 86 de la Constitución Nacional y el 28 de la Ley N° 24.284, modificada por la Ley N° 24.379, la autorización conferida por los Señores Presidentes de los bloques mayoritarios del H. Senado de la Nación, como de la Comisión Bicameral Permanente de la Defensoría del Pueblo, ratificada por su resolución 0001/2014 de fecha 23 de abril de 2014, y la nota de fecha 25 de agosto de 2015 del Sr. Presidente de la Comisión Bicameral Permanente de la Defensoría del Pueblo, que ratifica las mismas facultades y atribuciones otorgadas al Secretario General en la persona del Subsecretario, para el supuesto de licencia o ausencia del primero.

Por ello;

EL SUBSECRETARIO GENERAL A/C
DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA NACIÓN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º: RECOMENDAR a la Empresa de Medicina Prepaga GALENO ARGENTINA S.A que en el más breve plazo posible proceda a recalcular el importe de la cuota de la Sra. [REDACTED]: [REDACTED], tomando, para ello, el valor de cuota que en el año 2019 le cobraba a un nuevo ingresante de 39 años de edad conforme artículos 4º, 5º y 6º de la Res. N° 163/18.

ARTÍCULO 2º: RECOMENDAR a la Empresa de Medicina Prepaga GALENO ARGENTINA S.A proceda a reintegrar a la Sra. [REDACTED] los importes que desde el año 2019 abona en exceso.

ARTÍCULO 3º: RECOMENDAR a la Superintendencia de Servicios de Salud que en el más breve plazo posible sustancie el proceso sumarial que le ha iniciado a la empresa de medicina prepaga GALENO ARGENTINA S.A con motivo del incumplimiento de la Disposición DI-2020-4073-APN-GAYSAUSS#SSS.

ARTÍCULO 4º: RECOMENDAR a la Superintendencia de Servicios de Salud que en el más breve plazo posible acompañe copia del cuadro tarifario vigente de la empresa de medicina prepaga GALENO ARGENTINA S.A de donde se desprenda el valor de cuota que en el año 2019 se le cobraba a un nuevo ingresante de 39 años de edad.

ARTÍCULO 5º: Las recomendaciones que la presente resolución contiene deberán responderse dentro del plazo de QUINCE (15) días hábiles desde su recepción.

ARTÍCULO 6º: Regístrese, notifíquese en los términos del 28 de la Ley N° 24.284 y resérvese.

RESOLUCIÓN N° 00022/22.