



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

**Resolución**

**Número:**

**Referencia:** RESOLUCIÓN N° 00025/22 - ACTUACIÓN N° 279/22 - [REDACTED] - s/presunto incumplimiento de la Ley N° 26.682 - EX-2022-00003397- -DPN-RNA#DPN - ACCORD SALUD.

---

VISTO la actuación N° 279/22, caratulada: "[REDACTED] s/presunto incumplimiento de la Ley N° 26.682"; y

CONSIDERANDO:

Que, el 20 de enero de 2022 se presenta el Sr. [REDACTED], de 56 años de edad, quien recurre a esta INDH para denunciar a su empresa de medicina prepaga, ACCORD SALUD, por el reclamo de una supuesta deuda y 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 usuario de los servicios médicos prepagos de la Empresa de Medicina Prepaga ACCORD SALUD desde el 01/09/16.

Que, según manifiesta, nunca tuvo inconveniente con la cobertura de salud, pues la misma resultó garantizada a cambio del pago ininterrumpido de todas y cada una de las cuotas devengadas.

Que, no obstante lo anterior, y según surge de su relato, los inconvenientes comenzaron cuando la prepaga comenzó a reclamarle una supuesta deuda por el periodo marzo de 2020 por un total de Pesos Seis Mil Ochocientos Diecinueve con 70/100 (\$6.819,70).

Que, en razón de ello realizó diversos intercambios de correos electrónicos con la prepaga pero los mismos fueron infructuosos dado que ACCORD siempre sostuvo que dicho periodo nunca había sido abonado por el interesado.

Que, con motivo de lo expuesto, el interesado acudió a esta INDH con el propósito de que ACCORD SALUD retracte su conducta, acompañando a tal fin copia de los comprobantes de pago de todo el periodo 2020 y todo el periodo 2021

Que, a partir de la denuncia efectuada por el Sr. [REDACTED] y luego de analizar la documentación aportada, desde esta INDH se cursó un pedido de informes a la Prepaga con el propósito de que informara si registraba pagos pendientes del año 2020 y, en su caso, sirviera de suficiente constancia los comprobantes que como prueba documental se adjuntaban.

Que, como consecuencia de ello en fecha 03/02/22 respondió la prepaga en los siguientes términos: "...Verificado que fue su estado de cuenta con los sectores pertinentes, se informa a vuestro organismo que el

*beneficiario efectivamente registra un saldo pendiente de pago respecto del año 2020, en particular el correspondiente al mes de marzo, por un importe de \$3901,18. A mérito de lo cual, en relación al conflicto que suscita estos obrados y los comprobantes de pago que fueran acompañados por el reclamante, se informa que el pago realizado en el mes de marzo del año 2020 fue imputado a la cancelación del período adeudado a la fecha: julio del año 2019. A fin de verificar dicho extremo se acompañan las doce facturas emitidas por mi mandante durante el año 2020, de cuyos términos surge que en los meses de enero (factura 0021 – 09690195) y febrero (factura 0021 - 09842268) se informa la deuda registrada por el período 07/2019 y, que tras su cancelación (10/03/2020), quedó pendiente de pago el período 02/2020, conforme se le informa por primera vez en el mes de marzo (factura 0021 – 09994404) y las emitidas posteriormente en las que nunca dejó de informarse la deuda, conforme es previsto por el artículo 30 bis de la Ley Nacional N° 24.240....”.*

Que, a partir del responde referenciado y producto del detalle de cuotas y valores cobrados que acompañó la prepaga, se pudo realizar un análisis de los distintos incrementos de cuota que desde el año 2016 habían impactado de manera ilegítima en el valor de cuota del interesado.

Que, entonces, se pudo conocer que en estos SEIS (6) años de vínculo comercial la prepaga aplicó diversos aumentos por fuera de lo expresamente autorizado por la autoridad de control, provocando que a enero de 2022 el interesado haya abonado en exceso la suma total de Pesos Veintidós Mil Seiscientos Veintiuno con 34/100 (\$22.621,34).

Que, al advertir este hecho nuevo que era desconocido por el interesado, pues nunca había sido notificado de aumentos de cuota por fuera de lo normado, en fecha 07/02/22 se cursó un nuevo pedido de informes mediante nota N° NO-2022-00006391-DPN-SECGRAL#DPN a partir del cual se solicitaba a la prepaga que justifique los motivos de dichos aumentos y, además, la forma en la que el Sr. ██████████ podía recuperar ese dinero abonado en exceso.

Que, en responde al pedido de informes aludido, en fecha 21/02/22 ACCORD dijo: *“...Respecto del cálculo de aumentos que vuestro organismo ha efectuado y juzgado como “ilegales”, destaco que el art. 12 de la Ley 26.682 dispone que no se efectuarán aumentos en razón de la edad a aquellos afiliados que cuenten con 65 años de edad y más de 10 años de permanencia en el Agente de Salud, no encuadrando dicha situación la afiliación del reclamante Sr. ██████████, que -como fuera acreditado con la ficha de afiliación en la presentación anterior- cuenta con su alta administrativa de fecha del 01/09/2016...”.*

Que, a partir de esta última contestación se constata que la prepaga incurrió en un error sustancial al considerar que el interesado encuadraba en la categoría de socio con 65 años de edad y menos de diez años de antigüedad, algo que en modo alguno se condice con la realidad de los hechos pues, el ██████████ ██████████, nacido el 17/11/1965, tiene 56 años de edad y ello es motivo suficiente para no considerar el argumento de ACCORD SALUD (art. 12 de la Ley N° 26.682).

Que, luego de los hechos relatados y tomando en consideración la vulneración y el avasallamiento de los derechos del interesado, corresponde que esta Defensoría se expida sin más dilación pues, se advierte como inminente, que en lo sucesivo se vea afectado su derecho a la salud dado que podría verse impedido de seguir afrontando los ilegítimos valores de 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, 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. 1 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, 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 lo hasta aquí expuesto, no se advierten motivos válidos para justificar el incremento de la cuota. De allí que puede afirmarse que el comportamiento de la prepaga es contrario al ordenamiento jurídico que regula su actividad -Ley N° 26.682 y Decreto N° 1993/11 e ilícito tal como lo enseñara el Maestro Boffi BOGGERO ("Ilícitud e indemnización").

Que, sobre este punto también es importante destacar que, a la conducta disvaliosa de incrementar la cuota cuando la autoridad de aplicación no lo había autorizado, debe adicionarse el hecho de que la prepaga en ningún momento notificó al interesado sobre el nuevo incremento y los fundamentos que lo respaldaba, hecho que se traduce en una falta al deber de información que pesa sobre la prepaga conforme lo dispuesto por el art. 4° de la Ley N° 24.240.

Que, así, además del incumplimiento de la Ley N° 26.682 se constata una vulneración del ordenamiento jurídico de Protección y Defensa de las y los usuarias/os y Consumidores -Ley N° 24.240 y sus modificatorias-

Que, en particular y más allá de lo relativo a la falta de información, es preocupante que, a pesar de haber sido alertada por esta INDH, la empresa de medicina prepaga ACCORD SALUD haya justificado su proceder bajo argumentos falaces, 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 del interesado y su grupo familiar ante los serios problemas aludidos para continuar abonando regularmente las cuotas a devengarse, por lo que la falta de regularización de los valores de las cuotas 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 los valores de las cuotas a sus usuarios más allá de lo expresamente autorizado por la autoridad sanitaria 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, debemos destacar 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 el art. 17 de la Ley N° 26.682 que establece que los sujetos comprendidos en el artículo 1° de dicha ley pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etarias, con una variación máxima de tres (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etaria. La norma aludida también prevé que la autoridad de aplicación fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales y que, en orden al ejercicio de dicha competencia, autorizará el aumento de las cuotas, el que deberá estar fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos.

Que, el art. 17 del decreto reglamentario -1993/11- señala al Ministerio de Salud como el encargado de la aprobación de los aumentos, previo dictamen de la Secretaría de Comercio Interior del Ministerio de Economía. Los agentes del sistema de empresas de medicina prepaga deben formular los pedidos de aumento de cuota a la Superintendencia de Servicios de Salud, quien eleva dichas peticiones para que tomen el curso antes descrito.

Que, siempre de acuerdo al reglamento susodicho, la Superintendencia tiene la función de implementar la estructura de costos que deben presentar las entidades, con los cálculos actuariales necesarios, la verificación fehaciente del incremento de los costos de las prestaciones obligatorias, complementarias y suplementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en vigencia, el incremento del costo de los recursos humanos y cualquier otra circunstancia susceptible de incidir en el costo de las cuotas.

Que, con la reseña efectuada, queda dicho que la empresa de medicina prepaga debe transcurrir todo el periplo antes mencionado para poder aplicar un aumento de cuota a los usuarios, no resultando suficiente a tal propósito la mera petición ante los organismos administrativos actuantes.

Que, en otras palabras, antes de su materialización, el valor de cuota según la edad del ingresante debe ser autorizado por el Ministro de Salud, previo estudio por parte de la Superintendencia -quien tiene contacto con el material que le permite ejercer su función de fiscalizar el precio de aquélla y determinar su razonabilidad- y con dictamen de la cartera económica, quien analiza la suba solicitada en el contexto general.

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 del interesado durante estos SEIS (6) años de contrato podría conculcar su derecho a la salud y el de su grupo familiar, amparado por la Constitución Nacional.

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 a la verdad cuando se le consultaron los motivos por los que había incrementado la cuota del Sr. ██████████, y respondió que ello se debía a que el interesado tenía más de 65 años y no alcanzaba la antigüedad de diez años que exige el art. 12 de la Ley N° 26.682.

Que, en el presente caso, se torna 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 del Sr. ██████████.

Que, la necesidad del interesado de recurrir a esta INDH para que ACCORD SALUD 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 conocer y 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, del análisis de las facturas aportadas por la prepaga desde el año 2016 a la fecha surge que el valor de cuota actual debiera ser de Pesos Seis Mil Cincuenta y Cuatro con 28 (\$ 6.054,28) y no de Pesos Seis Mil Novecientos Diecinueve con 51/100 (\$ 6.919,51) como actualmente le cobran. Asimismo, la sumatoria de todos los importes cobrados en exceso desde el año 2016 acreditan que a la fecha el Sr. ██████████ tendría un crédito de Pesos Veintidós mil Seiscientos Veintiuno con 34/100 (\$22.621,34).

Que, como ha sido expresado anteriormente es dable 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 cual 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 los arts. 1° y 2° de la Ley N° 24.240 y el art. 42 de nuestra CN., 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, la cual excede el marco puramente comercial, 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 meramente derivadas de su constitución como empresas.

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

Que, insistimos, los contratos de medicina prepaga, denominados “contratos de adhesión”, se rigen por las normas de Defensa del Consumidor -Ley N° 24.240-, y la interpretación de sus cláusulas y prerrogativas deben 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 N° 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 es dable recordar que en materia contractual 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 ACCORD SALUD al incrementar el valor de la cuota del interesado por fuera de lo dispuesto por la autoridad de control? ¿Por qué faltó a la verdad cuando se le pidió información acerca de los motivos por los que se apartaba del marco normativo vigente?

Que, también corresponde ampliar el concepto dado por el art. 8° bis de dicha norma, 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 usuario sino que, además, habiendo sido alertada por esta INDH 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 de acuerdo a su lugar de residencia o la persona que 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 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 artículo 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 art. 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 art. 75 inciso 22, específicamente a través del art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y art. 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 art. 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 descripto 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 art. 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, 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) dijo: “...*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, esa misma Corte 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 anteriormente, 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 art. 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, cabe al DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA NACIÓN contribuir a preservar los derechos reconocidos a los ciudadanos y, en su calidad de colaborador crítico, proceder a formalizar los señalamientos necesarios, de modo que las autoridades puedan corregir las situaciones disfuncionales que se advirtieren.

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 ACCORD SALUD que en el más breve plazo posible proceda a recalcular el importe de la cuota del Sr. [REDACTED] desde el año 2016, tomando para ello exclusivamente los aumentos de cuota expresamente autorizados por la autoridad de

control.

ARTÍCULO 2º: RECOMENDAR a la Empresa de Medicina Prepaga ACCORD SALUD que en el más breve plazo posible proceda a reintegrar al Sr. [REDACTED] los importes que desde el año 2016 abona en exceso.

ARTÍCULO 3º: RECOMENDAR a la Empresa de Medicina Prepaga ACCORD SALUD que en el más breve plazo posible tenga por abonados todos y cada uno de los períodos que integran los años 2019, 2020 y 2021 en razón de los comprobantes de pago oportunamente acompañados.

ARTÍCULO 4º: RECOMENDAR a la Superintendencia de Servicios de Salud que en el más breve plazo posible sustancie la investigación sumaria correspondiente por el incumplimiento por parte de la empresa de medicina prepaga ACCORD SALUD de la Ley N° 26.682.

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° 00025/22.