



## Defensoría del Pueblo de la Nación

2024 - Año de la Defensa de la Vida, la Libertad y la Propiedad

### Resolución

**Número:**

**Referencia:** RESOLUCIÓN N° 00035/24 - ACTUACIÓN N° 25/24 - [REDACTED] - s/presunta improcedencia de incremento de cuota por empresa de medicina prepaga - EX-2024-00000309- -DPN-RNA#DPN - MEDIFÉ.

---

VISTO la Actuación N° 25/24, caratulada “[REDACTED]” s/presunta improcedencia de incremento de cuota por empresa de medicina prepaga, EX-2024-00000309- -DPN-RNA#DPN; y,

CONSIDERANDO:

Que, el 2 de enero de 2024 se presentó el [REDACTED], quien recurrió a esta INDH para denunciar a su empresa de medicina prepaga, MEDIFÉ, por haber aumentado el valor de su cuota de manera arbitraria.

Que, tal como refiere en su relato, es usuario de la prepaga desde 2001.

Que, según manifiesta, MEDIFÉ incrementó el valor de su cuota en abril de 2023 en razón de haber cumplido 61 años de edad.

Que, como consecuencia de dicho incremento y al advertir que el aumento era ilegítimo, el [REDACTED] solicitó a la prepaga que reconsiderara la medida por tratarse de un vínculo comercial de más de 23 años de antigüedad. Sin embargo, el MEDIFÉ se mantuvo en su postura motivando la presentación de aquél en esta INDH para conocer si sus derechos como usuario y consumidor de servicios médicos prepagos se estaban vulnerando y, en su caso, requerir su pronto restablecimiento.

Que, a partir de la denuncia efectuada por el [REDACTED], desde esta INDH, el 23/01/24 se cursó un pedido de informes a la prepaga con el propósito de que remitiera el contrato oportunamente suscripto por el interesado y el detalle de lo facturado desde el inicio de la relación contractual. Asimismo, el 01/02/24 se cursó un pedido de informes a la Superintendencia de Servicios de Salud para que informara si el interesado había iniciado reclamo alguno en dicho órgano de control y, en su caso, las gestiones realizadas a partir de dicha denuncia.

Que, ante ello, el 05/02/24 respondió la Superintendencia de Servicios de Salud indicando que no tenían antecedentes del interesado allí.

Que, el 20/02/24 la prepaga respondió el pedido de informes en los siguientes términos: “...Niego todos y cada uno de los hechos expuestos en el reclamo presentado por el afiliado el [REDACTED], salvo aquellos que sean motivo de un expreso reconocimiento de mi parte. Niego que mi mandante hubiese aplicado aumentos no autorizados y/o que hubiese incurrido en incumplimiento contractual y/o legal conforme normativa vigente en la materia (cf. Ley 26.682, Decreto 1993/2011 P.E.N. y normas complementarias) como así también que la

conducta adoptada por mi mandante resulte arbitraria y /o ilegítima y/o infundada. Asimismo, y por no emanar de mi mandante, desconozco expresamente la totalidad de la documentación acompañada por la parte denunciante en el expediente de referencia (...) Dicho esto, se informa que los sujetos comprendidos en el Artículo 1º de Ley 26.682 pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etarias con una variación máxima de tres veces entre el precio de la primera y la última franja etaria (cf. Decreto Nº 66/2019 P.E.N.). Como primera medida, se informa que hemos procedido al análisis y revisión de lo facturado en nombre del [REDACTED] y del mismo surge que el incremento registrado en su cuenta de afiliación durante el periodo 05/2023 corresponde al cambio de grupo etario en el que se encontraba. Por otra parte, se han aplicado los aumentos debidamente autorizados por ley durante el año 2023 (...) Independientemente de lo hasta aquí expuesto, es intención de la empresa acompañar una propuesta conciliatoria sin reconocer hechos ni derechos, y al solo efecto conciliatorio. MEDIFE AC ofrece: reajustar el valor facturado a partir del período 02/2024 a la suma de \$ 251.844,41 como valor final (incluye IVA). El ajuste mencionado se materializaría a través de una Nota de crédito por la suma de PESOS CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CUATRO CON 14/100 (\$ 155.604,14)...”.

Que, previo a continuar con el desarrollo del presente pronunciamiento, corresponde detenernos en el análisis de la respuesta brindada por el agente de salud.

Que, en el sentido señalado, se desprende de la respuesta del agente de salud que el incremento por franja etaria sería legítimo en razón de que surgiría de la normativa vigente y para sostener ello hace expresa referencia al Decreto Nº 66/19.

Que, sin embargo, e independientemente de las consideraciones que esta INDH ha hecho sobre el mismo con el dictado de la Resolución Nº 00042/22 ([http://www.dpn.gob.ar/documentos/20220524\\_32593\\_558317.pdf](http://www.dpn.gob.ar/documentos/20220524_32593_558317.pdf)), corresponde decir que, aun si fuera constitucional, no es aplicable al presente caso tal como lo dispone el art. 7º del Código Civil y Comercial de la Nación "...A partir de su entrada en vigencia, las leyes se aplican a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes. Las leyes no tienen efecto retroactivo...La retroactividad establecida por la ley no puede afectar derechos amparados por garantías constitucionales. Las nuevas leyes supletorias no son aplicables a los contratos en curso de ejecución, con excepción de las normas más favorables al consumidor en las relaciones de consumo...”.

Que, la situación descrita precedentemente no debe pasarse por alto pues la prepaga pretende volver legítimo un accionar que no se encuentra permitido por la norma. Así, el art. 17 del Decreto Nº 1993/11 expresamente establece que: "...La diferenciación de la cuota por plan y por grupo etario sólo podrá darse al momento del ingreso del usuario al sistema. Una vez ingresado al sistema, la cuota sólo podrá modificarse por los aumentos expresamente autorizados...”.

Que, tomando en consideración la transcripción normativa que se ha hecho precedentemente, al analizar la documental aportada por el agente de salud y corroborar que el ingreso del interesado a la prepaga se produjo en el año 2001, no existen fundamentos válidos para convalidar aumentos de cuota en razón de la edad producidos con posterioridad al año 2011 pues, desde dicho momento, comenzó a regir la Ley Nº 26.682 y su decreto reglamentario estableciendo que para aquellos que ya estuviesen dentro del sistema, los únicos aumentos de cuota iban a ser los aprobados por la autoridad sanitaria.

Que, de acuerdo a lo referido anteriormente, corresponde decir, por un lado, que el órgano de control que en su momento aprobaba los contratos de adhesión (Superintendencia de Servicios de Salud) no debió haber autorizado ese modelo de contrato y, por el otro, que, en caso de haberse firmado un contrato con cláusulas nulas, como es el caso de la presente Actuación, las mismas deben tenerse por no escritas.

Que, sobre este aspecto el Código Civil y Comercial de la Nación establece criterios claros de interpretación cuando en su sección segunda habla sobre los “contratos celebrados por adhesión a cláusulas generales predisuestas”. Allí, el art. 988 reza: "...Cláusulas abusivas. En los contratos previstos en esta sección, se deben tener por no escritas: a) las cláusulas que desnaturalizan las obligaciones del predisponente; b) las que importan renuncia o restricción a los derechos del adherente, o amplían derechos del predisponente que resultan de normas supletorias; c) las que por su contenido, redacción o presentación, no son razonablemente previsibles...”.

Que, aunque este no es el caso, si bien el interesado pudo haber conocido al momento de contratar que existían aumentos según franjas etarias, no es menos cierto que esas cláusulas deben tenerse por no escritas en razón de ser contrarias a la norma que regula la actividad de este tipo de empresas. Asimismo, y tomando en consideración que se trata de contratos de adhesión, no debe dejar de tenerse en cuenta que el usuario/consumidor no tiene ningún tipo de posibilidad de objetar su contenido, hecho, este último, que lo coloca en un estado de inferioridad en una relación asimétrica donde la alternativa es suscribir el contrato para gozar de los servicios médicos asistenciales o no suscribir y quedar fuera del sistema privado de salud.

Que, contrariando un principio de buena fe, frente a la propuesta conciliatoria de la prepaga, el [REDACTED] se mostró interesado en aceptarla y cumplió con las indicaciones hechas por la abogada apoderada de la prepaga; sin embargo, el mencionado acuerdo nunca se logró concretar porque Medifé no cumplió con la propuesta.

Que, en razón de lo expuesto, desde esta Defensoría, el 20/05/24 y el 18/06/24 se cursaron pedidos de informes a la prepaga pero los mismos no fueron contestados, confirmando de esa manera que no existió, de parte del agente de salud, una verdadera voluntad de readecuar su conducta al marco normativo vigente y respetar los derechos del interesado.

Que, luego de los hechos relatados, la respuesta brindada por el agente de salud y tomando en consideración la vulneración y el avasallamiento de los derechos del interesado, corresponde que esta Defensoría se expida de manera categórica pues se advierte como inminente que en lo sucesivo se pueda ver afectado el derecho de la salud del [REDACTED] y todo su grupo familiar por la imposibilidad de seguir afrontando los ilegítimos valores de cuotas que le exige su prepaga; máxime, a partir de la desregulación del sistema prepago propiciado por el DNU N° 70/23.

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

Que, desde el año 2011 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, la Ley N° 26.682 determina que, 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 establecía un mecanismo para evitar abusos a la hora de contratar. En dicho sentido, el art. 17 de la Ley N° 26.682 refería que sería la autoridad de aplicación -Superintendencia de Servicios de Salud- quien fiscalizaría y garantizaría la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales.

Que, por este último motivo las Empresas de Medicina Prepaga sólo podían 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 la contratación del plan seleccionado.

Que, lo expresado hasta aquí acredita 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 debía ceñir su conducta al marco normativo que rigió hasta la entrada en vigencia del DNU N° 70/23, cumplimentando todas las obligaciones impuestas, incluso aquellas que tenían que ver con el valor de las cuotas, los planes prestacionales ofertados, los tipos de contratos estipulados, entre otros, los cuales debían tener el previo aval de la autoridad de control pues, de lo contrario, serían reputados nulos.

Que, de acuerdo a lo hasta aquí mencionado, no se advierten motivos válidos para justificar el incremento de la cuota a los 61 años de su usuario. 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 en su sentido amplio, tal como lo enseñara Boffi Boggero y otros ("Illicitud e Indemnización").

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 que le ocasionará a futuro continuar abonando las sumas de dinero que arbitrariamente se le exigen, 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, y lo reiteramos, 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 tener presente 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 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 facultaban 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 o debieron haberse reputados nulos a partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 26.682, en 2011.

Que, en dicho orden de ideas y como se ha mencionado anteriormente, el art. 17 de la Ley N° 26.682 preveía que la autoridad de aplicación fiscalizaría y garantizaría la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales y que, en orden al ejercicio de dicha competencia, autorizaría el aumento de las cuotas, el que debía estar fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos.

Que, el art. 17 del Decreto Reglamentario N° 1993/11 señalaba 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 y, en razón de ello, los agentes del sistema de empresas de medicina prepaga debían formular los pedidos de aumento de cuota a la Superintendencia de Servicios de Salud, quien elevaba dichas peticiones para que tomaran el curso antes descrito.

Que, la Superintendencia tenía la función de implementar la estructura de costos que debían 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 (P.M.O.) 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 debía cumplimentar los pasos antes mencionados 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 debía ser autorizado por el Ministerio de Salud, previo estudio por parte de la Superintendencia.

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 a partir del año 2023, podría conculcar su derecho a la salud amparado por la Constitución Nacional.

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 [REDACTED]

Que, la necesidad del interesado de recurrir a esta INDH para que Medifé cese en su conducta ilegítima está íntimamente relacionada con el ejercicio de su derecho a la salud, ya que no sabrá si en un futuro podrá 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 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. Sala J de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil en el Expte N° 5010/2007 – “AJM 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 prevaletientes, 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 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, 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, entonces, se vuelve importante mencionar dos principios trascendentales: el in dubio pro consumidor y el principio de buena fe -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 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 Medifé al incrementar el valor de la cuota del interesado por fuera de lo dispuesto por la autoridad de control?

Que, también corresponde ampliar el concepto dado por el art. 8º 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, 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 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 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 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 la persona humana es eje y centro de todo el sistema jurídico y en tanto fin en sí misma –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, el respeto a los derechos humanos no es sólo una obligación que compete a los Estados, sino que las empresas también el deber de respetarlo independientemente de su tamaño, sector, o su carácter público o privado.

Que, es importante señalar que la Conducta Empresarial Responsable (CER) implica que las empresas contribuyen al desarrollo y al mismo tiempo, previenen y mitigan los impactos negativos que sus actividades, cadenas de suministro o relaciones comerciales puedan causar (o contribuir a causar) sobre las personas, el medioambiente y la sociedad.

Que, el desarrollo de los instrumentos sobre CER incluye la responsabilidad de las empresas de respetar los derechos humanos, entre los que se encuentran los Principios Rectores sobre Empresas y Derechos Humanos, las Líneas Directrices de la OCDE para empresas multinacionales y la Declaración Tripartita de la OIT.

Que, en particular, los Principios Rectores sobre Empresas y Derechos Humanos de las Naciones Unidas, se basan en la interrelación de tres pilares fundamentales: a) Proteger -el Estado tiene el deber de proteger los derechos humanos-. b) Respetar -las empresas tienen la obligación de respetarlos-. c) Y Remediar -deben existir mecanismos para acceder a la reparación.

Que, interesa aquí destacar sobre la responsabilidad de la empresa de respetar los derechos humanos y los principios que especialmente se han vulnerado en el caso.

Que, el Principio 13 “...exige que las empresas (...) eviten que sus propias actividades provoquen o contribuyan a provocar consecuencias negativas sobre los derechos humanos y hagan frente a esas consecuencias cuando se produzcan”. En este sentido el aumento de cuota ilegítimo por parte de Medifé, impacta negativamente sobre el derecho a la salud de una persona y se torna una conducta contraria a las interpretaciones que surgen del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Que, no debemos soslayar como señaláramos, los Principios Rectores imponen la obligación del Estado de proteger los derechos humanos, y el Principio Rector 1 establece que deberán realizarlo ante las vulneraciones cometidas en su territorio/jurisdicción por terceros incluidas las empresas. Se ha evidenciado que la necesidad de la interesada de recurrir a esta INDH está relacionada con el ejercicio de sus derechos y con la obligación del Estado de tutelarlos cuando se vean amenazados o sean vulnerados.

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, la presente se dicta de conformidad con lo establecido por el artículo 86 de la Constitución Nacional y 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 N° 0001/2014 del 23 de abril de 2014, y notificación del 25 de agosto de 2015 que ratifica las mismas facultades y atribuciones otorgadas al Secretario General en la persona del Subsecretario General, 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 MEDIFÉ que en el más breve plazo posible proceda a recalcular el importe de la cuota del [REDACTED], desde el año 2023, tomando para ello exclusivamente los aumentos de cuota expresamente autorizados por la autoridad de control.

ARTÍCULO 2º.- RECOMENDAR a la EMPRESA DE MEDICINA PREPAGA MEDIFÉ que en el más breve plazo posible proceda a reintegrar al [REDACTED] los importes que desde el año 2023 ha abonado en exceso.

ARTÍCULO 3º.- Poner en conocimiento a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 4º.- Regístrese, notifíquese, comuníquese a la interesada y resérvese.

RESOLUCIÓN N° 00035/24.-