



Defensoría del Pueblo de la Nación

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

Resolución

Número:

Referencia: RESOLUCIÓN N° 00036/24 - 5017/24 - [REDACTED] s/presuntos inconvenientes con la derivación de los aportes a una obra social - EX-2024-00032371- -DPN-RNA#DPN - AVALIAN.

VISTO la Actuación N° 5017/24, caratulada: “[REDACTED] s/presuntos inconvenientes con la derivación de los aportes a una obra social”, EX-2024-00032371- -DPN-RNA#DPN; y,

CONSIDERANDO:

Que, el 23/04/24 se presentó la [REDACTED], quien recurrió a esta INDH para denunciar a AVALIAN, en su carácter de empresa de medicina prepaga, por haberla excluido de la cobertura bajo el argumento de haber falseado su declaración jurada al momento del ingreso.

Que, tal como lo acredita con la documental acompañada en su presentación, era usuaria de la prepaga desde septiembre de 2023. Sin embargo, al solicitar la cobertura de ciertos estudios diagnósticos, desde el agente de salud le notificaron por carta documento, en marzo de 2024, que resolvían el contrato por haber sido inducida dicha entidad a contratar en términos no adecuados.

Que, específicamente la carta documento rezaba: “...De acuerdo con los estudios médicos obrantes en nuestro poder, en los cuales consta el antecedente de enfermedad reumatoide, la Auditoría Médica de la entidad ha detectado distintas incongruencias en los antecedentes declarados que dan lugar a las siguientes consideraciones. En efecto, la presente misiva se funda en la verificación de un ocultamiento en la declaración jurada al momento del ingreso al sistema y que fuera suscripta por Ud. con fecha 20 de septiembre de 2023. En aquella oportunidad, frente a las preguntas respecto de su estado de salud, si se encontraba cursando alguna enfermedad, si se ha sentido enfermo en los últimos meses, si tiene algún antecedente familiar de enfermedad, si ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica o biopsia, si ha tenido internaciones clínicas, si tiene algún tratamiento, cirugía o internación programada a futuro, o si toma medicación, Ud. respondió negativamente, haciendo mención únicamente a cirugía de meniscos e hipertensión tratada con medicamentos. Lo citado demuestra que dicha situación ha sido conocida y ocultada al momento de suscribir la mencionada documentación. En función de ello, es que la omisión en que Ud. ha incurrido ha inducido a esta entidad a contratar en términos que no son los adecuados, con una distorsión de la realidad y de un modo perjudicial para toda la masa de asociados cuyos recursos, que se traducen en prestaciones médicas, deben ser correctamente administrados. Por tal razón, nos vemos obligados a informar a Ud. respecto a las opciones que hacen a su continuidad en el sistema. La permanencia en el sistema en el Plan AS204, abonando un valor diferencial de PESOS CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTIDOS (\$459.522), por el término de 36 meses, de acuerdo a la modalidad Crónica II, haciendo quita de las bonificaciones otorgadas al momento de la contratación. Se hace saber que dicho importe será actualizado conforme los aumentos que disponga la entidad para sus asociados. A tales efectos, deberá concurrir a su filial o agencia más próxima a efectos de cumplimentar la documentación correspondiente. Todo ello, bajo aperebimiento de

disponer la RESCISIÓN del Certificado de Salud por falsificación de Declaración Jurada, lo que se hará efectivo automáticamente una vez transcurridos cinco (5) días de recibida la presente, de no cumplir con lo dispuesto precedentemente intimándola consecuentemente a la devolución inmediata de las credenciales correspondientes debiendo asimismo abstenerse de solicitar y/o utilizar cualquier tipo de prestación, bajo apercibimiento de abonar la totalidad de las mismas, sin perjuicio de las acciones legales a las que su proceder diera lugar. Este temperamento se adopta en función de lo previsto por el art. 9 de la Ley 26.682 y su Decreto Reglamentario 1993/2011 PEN. Queda Ud. formalmente notificada...”.

Que, en virtud de la intimación recibida, considerando que la carta documento contenía afirmaciones inexactas sobre su situación clínica y, al quedarse sin cobertura de manera intempestiva la [REDACTED] decidió presentarse ante esta INDH a fin de conocer si sus derechos como usuaria y consumidora de los servicios médicos asistenciales de la prepaga estaban siendo vulnerados y, en su caso, requerir su pronto restablecimiento pues al responder lo requerido por la prepaga se limitó a informar aquello que era de su conocimiento.

Que, esta Defensoría, a partir de la denuncia efectuada y luego de analizar la documentación aportada, el 09/05/24, envió un pedido de informes a AVALIAN a través de Nota NO-2024-00034698-DPN-SECGRAL#DPN solicitando que informara concretamente cuál había sido el falseamiento en la declaración jurada en el que habría incurrido la interesada.

Que, a raíz de ello la prepaga contestó el 15/05/2024 en los siguientes términos: “...En fecha 20 de septiembre de 2023 la [REDACTED] solicitó su ingreso a Avalian en el Plan AS204. En dicha oportunidad completa la solicitud de ingreso y la declaración jurada de enfermedades y preexistencias. Puntualmente frente a las preguntas sobre su estado de salud, si actualmente se encontraba cursando alguna enfermedad congénita, si tiene antecedentes familiares de enfermedades, si tiene alguna internación, cirugía o tratamiento programado a futuro, o si se ha sometido a intervenciones quirúrgicas, respondió negativamente, haciendo mención únicamente a cirugía de meniscos en pierna izquierda, hipertensión tratada con Isobloc D, y expresando sin antecedentes cardíacos, renales ni neurológicos. En consecuencia, se dio su ingreso en Avalian en el plan elegido (AS204). Posteriormente, la reclamante presenta solicitud para autorizar laboratorios específicos de ATOS, FAN, etc., por el diagnóstico de colangiopatía. Como consecuencia de dicho requerimiento, la Auditoría Médica de la entidad evaluó toda la documentación médica presentada por la actora. En este sentido, y teniendo en expresa consideración la documental acompañada por la [REDACTED] en este reclamo, del Formulario de Antecedentes Médicos suscripto por el [REDACTED] A. de fecha 29.02.2024, surge: “...Antecedentes personales y/o familiares: A. Reumatoidea (hermana). Dichos antecedentes no pueden pasar desapercibidos. Asimismo, surge de la orden médica suscripta por el Dr. Miguez Ricardo A. en fecha 26.03.2024: “... Porras, Laura, Paciente con antecedente familiar de A. Reumatoidea/hermana/...” Por lo expuesto, surge de la propia documental acompañada por la [REDACTED] Luciana y la información suministrada, el falseamiento incurrido. En virtud de lo expuesto, la Auditoría Médica concluyó que se trataba de una preexistencia no declarada. La actora, maliciosamente ocultó sus antecedentes produciendo un falseamiento en su documentación de ingreso. Es importante resaltar que la declaración jurada hace referencia a síntomas, estudios, antecedentes, dolencias y tratamientos que pueda padecer el postulante o antecedentes de enfermedades de familiares, no se limita a que el asociado declare si poseía un diagnóstico confirmado. Toda información relacionada con el estado de salud debe ser declarada al momento del ingreso, más allá de lo que cuente o no con un diagnóstico confirmado...”.

Que, en la misma respuesta provista por la empresa de medicina prepaga el 15/05/2024 manifestó que: “... La omisión en la que la denunciante ha incurrido ha inducido a esta entidad a contratar en términos que no son los adecuados, con una distorsión de la realidad, y de un modo perjudicial para toda la masa de asociados cuyos recursos que se traducen en prestaciones médicas deben ser correctamente administrados. Se debe tener presente que lo acontecido es un claro y flagrante supuesto de falseamiento de Declaración Jurada previsto en el Art. 9º de la Ley 26.682. En virtud de ello, y pese a la facultad de rescindir el contrato establecida en el artículo mencionado, en fecha 18.03.2024, se le notifican las condiciones de permanencia en el sistema, bajo condición, se produce la baja de su cobertura, conforme a las facultades conferidas por le art. 9 mencionado. En ese sentido, al no haber aceptado las condiciones propuestas por mi mandante, se dio de baja el plan que tenía contratado. (...) Conforme surge del texto de la norma, en caso de que el usuario haya incurrido en el falseamiento de la declaración jurada de ingreso, NO se exige al Agente del Seguro de Salud el cumplimiento de ningún requisito previo para poder hacer efectiva la rescisión del contrato, como sí ocurre en

el otro supuesto previsto por este artículo (falta de pago de 3 cuotas consecutivas)...”.

Que, en virtud de la respuesta transcrita, corresponde que esta Defensoría se expida sin más dilación ante la posible conculcación de los derechos de la interesada, y ello no puede ser pasado por alto por esta Institución Nacional de Derechos Humanos.

Que, en forma previa a resolver la forma en la que esta INDH se pronunciará en el presente caso, corresponde realizar algunas aclaraciones pertinentes que podrán traer claridad sobre la presente controversia y, a su vez, realizar un recorrido sobre la normativa que regula la actividad de las entidades médicas prepagas.

Que, sobre este punto, es dable destacar 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, 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, en particular, aquí interesa traer a colación lo dispuesto por el artículo 10 de esa ley que indica: “Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La Autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.”.

Que, asimismo, también resulta de interés lo establecido en el art. 9° de dicho cuerpo normativo, el que reza: “...Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada...”. Mientras que el Decreto N° 1993/11 respecto del mencionado artículo refiere: “...Por falsedad de la declaración jurada: Para que la entidad pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, deberá acreditarse que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 1198 del CÓDIGO CIVIL...”.

Que, posteriormente, en 2019 y con el dictado del Decreto N° 66/19 el artículo 9° quedó redactado de la siguiente manera: “...Por falsedad de la declaración jurada: Para que la entidad pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, deberá poder acreditar que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 961 del CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN. La falta de acreditación de la mala fe del usuario, determinará la ilegitimidad de la resolución...”.

Que, en otras palabras, para que una empresa de medicina prepaga pueda rescindir el vínculo con justa causa debe acreditar que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 961 del Código Civil y Comercial de la Nación. Sin embargo, esta nueva norma aclara algo trascendental al decir que: “...La falta de acreditación de la mala fe del usuario, determinará la ilegitimidad de la resolución...”.

Que, en modo alguno podría hablarse de falseamiento de la declaración jurada pues, al momento de contratar, la interesada se limitó a informar aquello que, respecto de su persona, era de su conocimiento.

Que, para ser más precisos y deteniéndonos específicamente en la pregunta N° 07 del formulario de declaración jurada que menciona y acompaña la prepaga en su responde, la [REDACTED] respondió “NO” a la pregunta: “¿Es portadora de alguna patología congénita? ¿tiene antecedentes familiares de alguna enfermedad? ¿Tramitó el Certificado de Discapacidad transitorio o Definitivo o presenta algún motivo para realizarlo?”

Que, lo referido en el párrafo precedente no es menor pues el formulario de declaración jurada se trata de un cuadro de doble entrada donde del lado izquierdo se encuentra la pregunta y seguidamente los espacios en

blanco para que el titular responda por sí mismo y en representación de su grupo familiar las preguntas que en su caso corresponda. Asimismo, en el sector superior del cuadro de doble entrada se encuentra detallado el casillero perteneciente al titular, al cónyuge y a lo que la prepaga denomina “hijo 1” e “hijo 2”. No dando lugar a responder por “hermanos”, “padres”, “abuelos”, etc.

Que, sobre lo descripto corresponde hacer dos aclaraciones. Por un lado, la interesada jamás podría haber respondido a la pregunta N° 7 haciendo referencia a los antecedentes clínicos de su hermana porque no forma parte de su grupo familiar primario y, por ende, no existe casillero disponible para ella y, por otro lado y además de lo dicho, en modo alguno se podría exigir a un usuario/a que pretende ingresar a la cobertura que declare antecedentes de salud de un familiar que no forma parte de su grupo familiar porque justamente sería indagar acerca de la situación de salud de una persona que es totalmente ajena a quien va a requerir de la cobertura de la prepaga.

Que, siguiendo con el análisis que precede, corresponde preguntarse cuál sería el propósito de conocer si una hermana, si un padre o madre o si un abuelo del usuario/a titular tuvo o tiene una enfermedad, si lo que le debe importar a la prepaga y lo que la ley autoriza a la prepaga a indagar es acerca de los antecedentes personales de salud de quien pretende afiliarse.

Que, sin embargo, el análisis no finaliza allí pues la interesada no sólo no posee diagnóstico de artritis reumatoidea o colangiopatía, sino que, por el contrario, tampoco ha sido diagnosticada con ninguna otra patología que pueda reputarse como preexistente.

Que, esto último pone en evidencia una situación interesante para el presente caso. Por un lado, la [REDACTED], no debe declarar nada que no padezca o desconozca padecer pues, circunscribiéndonos al significado de la palabra “declaración jurada”, la Real Academia Española dice: “...Manifestación personal, verbal o escrita, donde se asegura la veracidad de lo declarado bajo juramento ante autoridades administrativas o judiciales. Se presume como cierto lo que se declara mientras no se acredite lo contrario...” (<https://dpej.rae.es/lema/declaraci%C3%B3n-jurada>). De allí que en modo alguno una persona pueda declarar, asegurando la veracidad de sus dichos, algo que desconoce. En el caso, la [REDACTED] al momento de afiliarse a la cobertura (septiembre de 2023) no tenía ningún diagnóstico certificado que le permitiera conocer que padecía alguna enfermedad.

Que, entonces, una vez más queda demostrado que Avalian ha proporcionado a la [REDACTED] un trato indigno en los términos del art. 8° de la Ley N° 24.240, no sólo excluyéndola de la cobertura, sino también afirmando de manera infundada que conocía un diagnóstico sobre su salud, además de hacer extensiva dicha declaración a enfermedades de familiares que no forman parte de la cobertura.

Que, todo lo anterior no debe hacernos olvidar que Avalian nunca cumplió con el procedimiento que marca el Decreto N° 66/19. Es decir, acreditar que la [REDACTED] no obró de buena fe en los términos del artículo 961 del Código Civil y Comercial de la Nación y, por tal motivo, y tal como lo establece la norma, esa falta de acreditación vuelve ilegítima la resolución del contrato que de manera unilateral ha efectuado la prepaga.

Que, por otro lado, también es dable destacar que en atención a que los contratos de medicina prepaga, denominados “contratos de adhesión”, se rigen por las normas de Defensa del Consumidor -Ley N° 24.240-, la interpretación de sus cláusulas y prerrogativas deben efectuarse de acuerdo a los principios del derecho del consumidor.

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 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, desde esta concepción, que es la 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, no obstante lo dicho y sin perjuicio de los deberes de toda empresa, no debemos dejar de lado que la actividad de las prepagas es comercial pero sin afectar 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, atendiendo a lo antedicho surge la pregunta: ¿existió buena fe por parte de Avalian al excluir de la cobertura a la interesada de manera unilateral sin cumplir el procedimiento dispuesto por ley para este tipo de situaciones?

Que, en base a ello, surge manifiesto que Avalian no puede proceder a excluir de la cobertura a una usuaria argumentando que ocultó y falseó la declaración jurada. En tal caso, es la propia empresa de medicina prepaga la que eventualmente debería iniciar un juicio de conocimiento para acreditar el supuesto ocultamiento doloso y requerir la resolución contractual.

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 artículo 961 del Código Civil y Comercial de la Nación: "...Los contratos deben celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe...".

Que, por su parte, a fin de ilustrar el principio de buena fe, es dable recordar el precedente del Superior Tribunal de Justicia de la provincia de Río Negro, que en autos "RIPI ALLIVELLATORE, PAMELA CELESTE C/ SWISS MEDICAL S. A. S/ AMPARO S/ APELACION" (Expte. Nº 30301/19-STJ-) explicó: "...Cuando la prestadora de un servicio de salud, en el contexto de la celebración de un contrato de los llamados de adhesión, solicita al afiliado que cumplimente como único requisito de admisión la declaración jurada sin la realización del examen médico de ingreso, y a posteriori, cuando el médico le prescribe un tratamiento de fertilización asistida le oprime la exclusión como asociada escudándose en lo que fuera su propia decisión (no efectuar estudios previos a la admisión, no solicitar historia clínica), tal actitud por parte de quien no es más ni menos que un Agente integrante del Sistema de Seguro de Salud de la Nación, es arbitraria. No resulta procedente, entonces, amparar tal conducta cuando está en juego la salud y en una relación de las características de las conformadas por este tipo de vínculo prestacional, que se encuentra protegido no solo por el derecho a la vida y la salud, sino también por los derechos de los consumidores frente a la desigualdad y desequilibrio imperante entre las partes que no hace más que violentar los derechos de raigambre constitucional que protege la Constitución Nacional. En este sentido, receptar la postura de la demandada sería premiar, fomentar e incentivar la conducta negligente del agente de salud que se escuda, en este caso, en el falseamiento de datos en la Declaración Jurada de la amparista sin siquiera analizar que su propia conducta vulneró el principio de buena fe...".

Que, también corresponde ampliar el concepto dado por el artículo 8º bis de la Ley Nº 24.240 pues no debe pasarse por alto la conducta desplegada por la prepaga al excluir de la cobertura a una persona que ha obrado de buena fe. 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, la dejó sin cobertura de manera que bien debe calificarse como intempestiva.

Que, adicionalmente a todo lo ya mencionado, corresponde destacar que se impone como pauta interpretativa el objeto social de las obras sociales, empresas de medicina prepaga y demás entidades destinadas al cuidado de la salud. La prioridad de éstas debería ser su compromiso social, sin supeditar los derechos de los ciudadanos a interpretaciones normativas restrictivas, a fluctuaciones del mercado, ni a resoluciones administrativas; y menos aún -y más inaceptable- economizar con la salud de un paciente.

Que, en este orden de ideas, no puede perderse de vista que el objeto del contrato de salud tiene como fin último el derecho a la vida, que es el bien humano básico, que reclama ser respetado y protegido.

Que, es apropiado recordar que el derecho cuya protección se persigue en la presente actuación compromete la salud e integridad física de la interesada y se encuentra reconocido por la Constitución Nacional y 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, en este estado deben señalarse los alcances de dicho derecho 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 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 artículo 33, y como corolario indispensable del derecho a la vida, que resulta base de todos los demás.

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, 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 C.N., 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 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 derecho a la vida es el primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la Constitución Nacional...” (Fallo: 310:112).

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, el respeto a los derechos humanos no es sólo una obligación que compete a los Estados, sino que las empresas también tienen el deber de respetarlos 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 al tiempo que, 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 la exclusión de la cobertura de la interesada bajo el argumento de haber falseado su declaración jurada al momento del ingreso por parte de AVALIAN, impacta negativamente sobre su derecho a la salud y se torna una conducta contraria a las finalidades del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Que, como señalamos, 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 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, cabe a la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA NACIÓN contribuir a preservar los derechos reconocidos a los habitantes y, en su calidad de colaboradora del Estado, proceder a formalizar los señalamientos necesarios de modo que las autoridades puedan corregir las situaciones disfuncionales que se advirtieron.

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 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 AVALIAN (ACA Salud Cooperativa de Prestación de Servicios Médicos Asistenciales Limitada) que, de inmediato, deje sin efecto la resolución del contrato suscripto en septiembre de 2023 y reafilie a la [REDACTED], sin el cobro adicional en concepto de preexistencias ni valores diferenciales.

ARTÍCULO 2º.- Poner en conocimiento a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 3º.- Regístrese, notifíquese, comuníquese a la interesada y resérvese.

RESOLUCIÓN N° 00036/24.-