

En Argentina las empresas de medicina prepagada tendrán que devolver a sus afiliados los cobros excesivos en planes de atención¹

La Superintendencia de Servicios de Salud de Argentina anunció que un fallo judicial que acogió una medida de amparo, interpuesta en abril de este año por ese ente de control para frenar los incrementos excesivos en los costos de los planes de atención de empresas de medicina prepagada, ordenó a las empresas que ofertan estos servicios retrotraer los aumentos que dieron desde el 1.º de diciembre del 2023 en adelante y a devolver lo cobrado por fuera de los índices del índice de precios al consumidor (IPC). El Ejecutivo estima que las compañías fijaron aumentos en torno al 150% desde diciembre del 2023, cuando los índices inflacionarios rondaron el 70%.

El fallo, que afecta a un universo de 41 empresas que representan al 99% de los usuarios de las entidades de medicina prepagada, establece que quedan sin efecto los aumentos realizados por las empresas desde el 1.º de diciembre del 2023 en adelan-

te; las empresas deben retrotraer los valores de cuota al 1.º de diciembre del 2023, reajustar los valores de las cuotas de sus planes de salud según la variación mensual del índice de precios al consumidor publicado por Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y les fijó un plazo de cinco días para que las empresas presenten un plan donde indiquen cómo van a devolver lo cobrado de más a sus usuarios.

Según algunos medios locales, el juez que acogió la medida de amparo explicó que la protección cautelar del derecho a la salud debe otorgarse con amplitud, precisamente para evitar los daños o su agravamiento ya que los costos elevados pueden afectar la atención de las personas; también tuvo en cuenta las demandas que han entablado recientemente los afiliados de estas empresas pidiendo el amparo de su derecho a la salud.

“Una de las razones que evidencia la decisión que en este pronunciamiento se toma, es el riesgo inminente de que la prolongación en el tiempo de la conducta atribuida a diversos Agentes del Sistema de Salud implique la eventual dificultad de afrontar el pago

¹ Con información de la Secretaría de Salud y la Secretaría Económica de Argentina:
<https://www.argentina.gob.ar/sssalud/noticias>
<https://www.argentina.gob.ar/economia/industria-y-comercio/noticias>

de las cuotas mensuales del servicio producto del aumento impuesto por las demandadas, que podría provocar la falta de cobertura médica y ocasionar la suspensión del servicio de medicina prepaga durante la sustanciación del juicio a una infinidad de afiliados que hoy gozan de la cobertura de salud privada”, explica el juez en el texto de la decisión.

Asimismo, en una acción complementaria, la Secretaría de Comercio de ese país, a mediados de abril de este año, había anunciado una medida tutelar contra siete empresas de medicina prepagada por supuesta cartelización: “El Gobierno no permitirá y castigará fuertemente la cartelización y el abuso de precios, ya que considera que una cosa es la libre competencia y otra, muy distinta, es ponerse de acuerdo para aumentar los precios casi el doble del índice de inflación”, explicó en un comunicado.

Según la Secretaría de Comercio Argentina, la medida la tomó en el marco de una investigación por presunta colusión, en la que la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (CNDC) determinó, de forma preliminar, que existen indicios sólidos de un acuerdo colusorio entre las empresas de medicina prepagada. Además, consideró también los efectos inmediatos de este supuesto accionar, que es el aumento cuasi uniforme en los precios de los planes y busca evitar que se produzca un daño, o disminuir su magnitud, su continuación o agravamiento.

El dictamen sostiene que siete empresas de medicina prepagada, la confederación que las agrupa y la persona que la preside, deben cumplir con tres órdenes: en primer lugar, por el plazo de 6 meses, los valores de las cuotas de los planes de salud médico-asistenciales para ser cobradas no podrán superar el siguiente cálculo: la cuota del plan de salud médico asistencial



de diciembre del 2023 multiplicada por $(1 + \text{la variación porcentual entre el IPC nivel general con cobertura nacional elaborado por el INDEC vigente al momento de la facturación correspondiente, y el mismo índice correspondiente a diciembre del 2023})$. La medida aclara que, en el caso de los clientes dados de alta luego de diciembre del 2023, el ajuste debe realizarse teniendo como base un plan similar al contratado.

En segundo lugar, cesar con cualquier tipo de intercambio de información, ya sea en el marco de las reuniones de la Confederación Unión Argentina de Salud (UAS) o cualquier otro ámbito que implique precios, servicios a proveer, costos y cualquier otra información comercial. Asimismo, la medida preventiva ordena además a las compañías de medicina prepagada a presentar información a la CNDC sobre precios nominales de cada plan de salud ofrecido, ingresos obtenidos por cada plan de salud y cantidad de afiliados en cada uno de los planes. Las empresas deberán aportar datos desde diciembre del 2023 en adelante, e informar su actualización con una frecuencia mensual.

La CNDC en su providencia recordó que los acuerdos entre competidores o prácticas concertadas, comúnmente conocidos como carteles, constituyen una infracción grave a la legislación de competencia, que puede conllevar multas de hasta del 30 % de la facturación de las empresas infractoras en Argentina.

Los incrementos elevados en los planes de medicina prepagada se dieron tras el decreto de Necesidad y Urgencia (DNU 70/2023), firmado en diciembre del año pasado por el presidente argentino, Javier Milei.

Por su parte, las compañías justificaron los aumentos indicando que estaban actuando en el marco de la desregulación de la economía autorizada por el Gobierno en diciembre del 2023 y que se ajustaban al valor de los costos que tienen para brindar la atención; también que los aumentos que cada empresa aplicó a sus tarifas no fueron uniformes, ya que las similitudes que denuncia el Gobierno se deben a la existencia del Programa Médico Obligatorio que todas ellas están obligadas a cubrir por ley.

En el contexto de la primera audiencia citada por el juez Juan Stinco, a cargo del caso, el Gobierno argentino y los representantes de la empresas involucradas en el caso revisaban los términos de un acuerdo de cumplimiento que incluye que las empresas de medicina prepagada devuelvan en 12 cuotas a sus afiliados lo que les cobraron de más; actualizar la cuota con el mismo indicador mes a mes y reincorporar sin penalidad y en iguales condiciones a los usuarios que se retiraron durante el lapso en cuestión por el costo de la mensualidad.

El punto que ha generado mayor dificultad para llegar a un acuerdo es

la investigación a siete empresas por supuesta cartelización, que los implicados piden que cese y el Gobierno advierte que continuará.

Estos incrementos elevados en los planes de medicina prepagada se dieron tras el decreto de Necesidad y Urgencia (DNU 70/2023), firmado en diciembre del año pasado por el presidente argentino, Javier Milei, con el que desreguló el sistema de salud con el objetivo de que todos los beneficiarios pudieran elegir libremente entre Obras Sociales y Prepagadas e impulsar la libre competencia entre los distintos actores.

Principales cambios en salud de la reglamentación del DNU:

- Los beneficiarios podrán elegir libremente entre Obras Sociales y Prepagadas.
- Los beneficiarios ya no deberán permanecer obligatoriamente un año en la Obra Social de su actividad al ingresar a un nuevo empleo.
- Los beneficiarios podrán elegir una Obra Social o Prepagada —que se registre para tal fin— al comenzar un nuevo empleo, sin ningún tipo de intermediación.
- Los beneficiarios podrán ejercer el derecho de libre elección una vez al año, en cualquier momento desde el inicio de la relación laboral.
- Las empresas de medicina prepagada están obligadas a aportar al Fondo Solidario de Redistribución por el total de la cuota que reciben. ■