

### **ALERTA MEDICINA PRIVADA DE SALUD**

En las últimas décadas hemos asistido a un despojo ininterrumpido del sistema de salud prestado por la medicina privada. Más aún cuando se lo restringe a los últimos 5 años.-

El incremento poblacional y la situación crítica de saturación existente en el servicio de salud pública, sumado al abandono del mantenimiento del Hospital Público en el ámbito de la Capital Federal ha significado una problemática sin solución para los consumidores. A este panorama se le debió agregar el deterioro y mal funcionamiento de la Medicina Prepaga que por su voracidad expansiva irrumpió en todo el sistema de salud, ya sea a través de las prepagas, obras sociales, sanatorios, medicamentos, aparatología y cuanto nicho se encontraba disponible en el sistema. A esta pintura se le debió agregar el mejoramiento económico de la población que ante esta situación se volcaron masivamente a tener una cobertura de salud paga y que les resguardara de contingencias en la materia. Así se llega a la friolera de cinco millones de usuarios que se encuentran cubiertos (mejor dicho afectados) por el sistema prepago.-

Como no existía control al efecto, solo un puñado de leyes que regulan el sistema de salud y que se relacionaba más al control de la Obras Sociales, estas verdaderas Entidades Financieras transformaron al mercado en un verdadero aquelarre donde la salud fue lo menos que importó.

No hay que descartar que los restantes actores dentro del sistema de salud fueran también gravemente perjudicados, esto colaboró al deterioro de salarios de profesionales y personal en general, dado que la temática de estas entidades financieras no es precisamente la mejora de vida del prójimo.-

La situación comenzó a transformarse en un drama, que involucraba a la vida misma de las personas y de esta forma el deterioro de la salud y con ello de la economía de la población. Esto se alimentaba con la corruptela, que estos sistemas suelen crear a su alrededor, para que la se perpetúe en el tiempo las inequidades y el aumento de beneficios para la empresa. Esto no descarta los favores de políticos que aún hoy se enseñorean con el ingreso de estas empresas que lucran con la vida misma de las personas.-

Por fin y con una lucha sin cuartel desarrollada por las organizaciones sociales y de defensa de los consumidores, se logra el dictado de una norma, que a pesar de sus baches, es al fin una herramienta de control y freno, si fuere posible, a la demasiada violación de los derechos de la salud de la población.

Esta ley llega luego que los Tribunales de Justicia Nacionales y Provinciales sentencian fallos ejemplares a estas Entidades Financieras, evitando que individualmente se continúe perjudicando a los consumidores.-

No se debe descartar que en los últimos años la alta concentración territorial de estas empresas, generara una concentración en pocas manos de sanatorios, lo que hace al colapso de la atención médica hospitalaria tanto de la salud pública y gratuita como privada. Así es muy normal hoy no encontrar camas, ni en el Hospital Público como tampoco en el Privado. Pero además, como corolario del sistema como se desempeñan estas empresas, se empieza a expulsar del sistema a los que verdaderamente necesitan atención médica y a los ancianos. Tal es que hoy el PAMI y el Hospital Público deben absorber la atención médica de casi todo el sistema, por expresa expulsión de los privados. También, transformado en una realidad, los más graves problemas de salud son efectiva y correctamente atendidos en el Hospital Público, dejando al Privado solo la mejor atención Hotelera. Con lo que la gran transferencia de fondos en salud se realiza hacia estas empresas financieras.-

Para comprender este despropósito, reiterando el concepto de Entidades Financieras, es que no se mueven como aseguradoras, dado que su ecuación se ha transformado en una inversión meramente financiera y no en un seguro a efectos de cubrir un siniestro. Funcionan como Bancos que toman dinero del mercado, invierten solo el 40% y tomando como ganancia gerencial el 60% restante (de cada cuota). Esa masa de capital que reciben y que no reinvierten en atención de los asociados, se lo reinvierte en movimientos financieros de valores, por lo que aparecen los monstruosos edificios de oficinas sin que se reinvierta en salud que debería ser el verdadero objetivo de las mismas. Agrava el panorama, cuando ingresan en la compra de sanatorios, dado que con el concepto de clientes cautivos monopolizan la salud en un territorio con el consiguiente deterioro de la atención de los usuarios del sistema.-

Al llegar a uno de estos sanatorios, únicos en muchas zonas del país, nos encontramos con colas de usuarios, falta de cama, muy mala atención y pésimo servicio. En muchos casos con un notable aumento de las malas praxis resultado de la grave concentración que estas entidades foguean.

No menos ha pasado con las Obras sociales, donde un ejército de empresas cooptó los servicios tercerizados y asimismo obligó a los afiliados a que se asocien a la Medicina Prepaga pagando un monto aparte de la afiliación a la obra social. Pero ello no significó una mejora en el servicio.-

Al tiempo que la acumulación de capital se lograba por estas empresas de Medicina Privada, en igual sentido se comenzaba a deteriorar la atención médica de sus asociados. Esto acompañado con el deterioro de los pagos a profesionales y empleados de la salud. La aparición del Plan Médico Obligatorio (PMO), no alcanzó, dado que por artilugios de variadas cataduras, estas empresas evitaban su cumplimiento, produciendo a los consumidores un largo peregrinar ante la existencia de enfermedades graves o de fuerte incidencia en su vida. A tal punto que en muchos casos debían concurrir a la justicia para que se le cubra sus derechos o perecer en el intento, esto no es una alegoría dado que muchas personas culminaban en el Hospital Público ante el abandono o mala atención de estas empresas.-

Quedan fuera de esta norma las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones; y obras sociales sindicales. Pero no se descarta que sean utilizadas estas figuras jurídicas con engaño a la ley por empresas haciendo el intento que son Obras sociales o mutuales, siendo las mismas verdaderas empresas (OSDE, entre otras).-

Es de recordar que las asociaciones de consumidores presionaron para que se sancionara la ley que había permanecido cajoneada casi dos años y al borde que caduque.

La ley 26682, cubre muchos de los reclamos judiciales que se realizaron, se encuentra vigente a la fecha y es de cumplimiento efectivo de todos los actores, tanto empresas como asociados y el no cumplimiento acarrea la sanción que corresponde. En el Título I de las leyes. Art. 3° CC: “A partir de su entrada en vigencia, las leyes se aplicarán aún a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes”. Es decir que contra lo que se viene señalando la ley esta vigente para todas las relaciones que dimanen de la Medicina Prepaga y es de efectivo cumplimiento. En el mismo título el Art. 21: Las convenciones particulares no pueden dejar sin efecto las leyes en cuya observancia estén interesados el orden público y las buenas costumbres. Asimismo, si con lo que textualmente establece la ley de Medicina Prepaga sobre la integración legal, es de tener presente (conf. Art. 16 del CC) que se debe aplicar la estructura de la Ley de Defensa del Consumidor, leyes 24244 (Defensa del Consumidor), 25561 (Defensa de la Competencia) y 22802 (Lealtad Comercial). Ante estos parámetros no existe duda que las acciones de estas empresas a la fecha son totalmente controladas y no pueden realizarse si no lo autoriza la autoridad de aplicación. Ello por la vigencia del control a través de la Secretaría de Comercio de la Nación (conf. Art. 18 ley 26682).

Por otra parte es dable recordar, que actúan en forma cartelizada, es decir que amparados en asociaciones y cámaras del sector, incrementan las cuotas o bajan los servicios en forma conjunta. Estas prácticas están prohibidas y pueden ser sancionadas al reclamo del usuario o de las asociaciones de consumidores. Todo ello sin perjuicio de las acciones de daños y de daño punitivo expresamente autorizadas por la ley 24240.-

Recordar el art. 26 de la ley 26682 de actual vigencia como derechos fundamentales: “*Derecho de los Usuarios*. Sin perjuicio de los que establezcan las demás normas de aplicación, los usuarios gozan de los siguientes derechos:

a) Derecho a las prestaciones de emergencia: los usuarios tienen derecho, en caso de duda, a recibir las prestaciones de emergencia, correspondiendo en forma posterior resolver si se encuentran cubiertas por el plan contratado;

b) Derecho a la equivalencia: los usuarios tienen derecho a una adecuada equivalencia de la calidad de los servicios contratados durante toda la relación contractual.”

De la lectura se desprende claramente la obligación de la prestación por parte de estas empresas y de una correcta equivalencia con las altas cuotas, que abonan los usuarios y que a la fecha llevan duplicado y triplicado, cualquier índice inflacionario. Así como las cuotas son acumulativas las mismas en casi dos años se incrementaron el 120% a 180% de acuerdo a los distintos planes.-

Debemos tener presente que no se tienen estadísticas de los usuarios, la estructura de costos de estas empresas y los ingresos reales de las mismas, por lo que es demostrativo de el grave accionar de estas verdaderas entidades financieras.-

Por ello no es posible que las empresas de Medicina Prepaga procedan a la modificación de la relación de consumo sin una autorización de la autoridad de aplicación.

Sin perjuicio de ello manifestamos la necesidad que se cumpla el art. 27 de la ley 26682, donde se deberá crear un Consejo Consultivo, compuesto por Ministerio de Salud, la Autoridad de Aplicación de la ley 24240, los Usuarios (a través de las Asociaciones de Consumidores del Registro Nacional) las empresas y autoridades provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.-

Las últimas cartas remitidas por las Empresas de Medicina Prepaga, demostraron la poca importancia que tiene la salud para estas Entidades Financieras y apuradas a tener más ingresos, manifestaron equivocadamente que la ley no estaba vigente. Es un grave error, la ley esta vigente, no pueden modificar los contratos ni crear condiciones peores a los consumidores, y en su caso son cláusulas no escritas y violatorias de garantías constitucionales.

Denunciar estos abusos es una obligación y negar e impugnar estas misivas es una obligación de todos.-

Así: a) No tienen autorización para aumentar las cuotas y aranceles, hasta que documentadamente no se acredite la autorización por el órgano de aplicación, b) No pueden aumentar las cuotas por mayor edad, no esta permitido en la ley y se debe denunciar cualquier violación a esta prohibición, c) No pueden aumentar las cuotas a los jubilados o en edad de jubilarse, d) No pueden intimar a los usuarios a que denuncien si aceptan bajar los servicios, ni que se afilien al PAMI, e) deben cumplir inextenso con el PMO, de no hacerlo son pasible de sanciones y acciones judiciales.-

Por fin no es de olvidar que se les aplica la ley de defensa del consumidor, el incumplimiento contractual es sancionado con Daños y además con la aplicación del art. 52 bis de la ley 24240 el Daño Punitivo. El art.49 de la ley 24240, deja constancia que se aplica ante el perjuicio resultante de la infracción para el consumidor o usuario, la posición en el mercado del infractor, la cuantía del beneficio obtenido, el grado de intencionalidad, la gravedad de los riesgos o de los perjuicios sociales derivados de la infracción y su generalización, la reincidencia y las demás circunstancias relevantes del hecho. Si esto lo tomamos en el contexto del daño a la salud que el accionar de estas empresas causa, la negativa a la aplicación de la ley y al obligar al usuario a accionar judicialmente hace pasible a la empresa de esta sanción que aplica el juez y es de cien a cinco millones de pesos.-

Por fin es de recordar a las empresas que la misma ley le da a las empresas la directiva que deberán adaptarse a esta ley. Pero es mas, deberán adaptarse a una Empresa de Seguro de Salud y no una Entidad Financiera. Para ello es recomendable que cambien el concepto de Riesgo Empresario y capita, por el de Prestación del Servicio. El de costo por el de inversión genuina. Por fin articulen los medios necesarios para que estos grupos sean administrados con un concepto de servicio de asistencia médico sanitario y no de empresa financiera.-

La salud es un bien preciado, no permitamos que sea utilizado como moneda de cambio con el abandono de los derechos constitucionales de todos. El sistema directa e indirectamente influye en todo el sistema de salud, por lo que debemos detener la voracidad monetaria de estas empresas y acotar a un verdadero servicio de medicina con inversiones genuinas y al servicio de las personas.-

Participar y denunciar las irregularidades es una forma de detener el perjuicio de todos.-

Dr. Osvaldo Héctor Bassano

Presidente de ADDUC

15-4429-8390