



Comisión: Derecho Ambiental y Constitucional

Tema Principal: Los aumentos de las prepagas y su inconstitucionalidad

Subtemas: derecho de salud. Marco regulatorio anterior de las prepagas. Nuevo marco regulatorio. Criterio jurisprudencial que determina la inconstitucionalidad de los aumentos

Autor: Lofeudo, Franco Alejandro Roberto

Inscripción Profesional: T.LXIX F.117 C.A.L.P

Domicilio: 33 e/ 119 y 120 N° 28, La Plata

Tel: (221) 4598908

Mail:francolofeudo96@gmail.com

Abstract

En este trabajo, abordaremos la constitucionalidad de los aumentos de las prepagas que fueron surgiendo a través de la entrada en vigencia del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023, en donde se deroga el régimen preexistente de las prepagas y se incorpora al régimen de las obras sociales en general.

Aborda el concepto del derecho a la salud y su evolución normativa en Argentina, destacando la importancia de la definición de salud proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, que va más allá de la mera ausencia de enfermedad. Se explora el derecho de salud como un derecho integral que incluye libertades fundamentales, acceso a un sistema de salud adecuado y la protección contra injerencias indebidas. A continuación, se examina el marco regulatorio de las empresas de medicina prepaga, analizando la legislación previa al Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023 y las implicaciones de esta reforma. El decreto introduce cambios significativos, como la desregulación de precios y la modificación de las condiciones de acceso a servicios de salud, lo que plantea preocupaciones sobre el acceso equitativo a la atención médica en un contexto de crisis económica. Se concluye con una reflexión sobre la constitucionalidad de los aumentos en las cuotas de las prepagas y la necesidad de un equilibrio entre la regulación estatal y la autonomía de las empresas, garantizando así un acceso justo y razonable a la salud para todos los ciudadanos, a través, de los distintos fallos que fueron surgiendo

I. Introducción:

El derecho a la salud es un componente esencial del bienestar humano y un pilar fundamental en la construcción de sociedades justas e igualitarias. Para entender este derecho, es necesario partir de una definición amplia de salud, que no se limite a la ausencia de enfermedad, sino que abarque el bienestar físico, mental y social, tal como lo propone la Organización Mundial de la Salud. Este enfoque integral reconoce que la salud es un derecho humano que debe ser garantizado por el Estado.

En Argentina, la regulación del sistema de salud, y en particular de las empresas de medicina prepaga, ha evolucionado a lo largo de los años, reflejando las dinámicas sociales y económicas del país. La Ley de Medicina Prepaga y su marco regulatorio han establecido normas para proteger los derechos de los usuarios, asegurando el acceso a servicios de salud de calidad. Sin embargo, el reciente Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023 introduce cambios significativos en esta regulación, desdibujando controles sobre precios y condiciones de acceso,

lo que plantea serias preocupaciones sobre el acceso equitativo a la salud, especialmente para los sectores más vulnerables.

Este trabajo se propone analizar los aumentos de las prepagas, revisar la regulación anterior a la reciente reforma y evaluar las implicaciones de los cambios introducidos por el DNU. A través de este análisis, se busca aportar una visión crítica sobre la necesidad de un equilibrio entre la autonomía empresarial y la responsabilidad del Estado en la garantía del acceso a la salud como un derecho humano fundamental.

II. Desarrollo.

1. Concepto del derecho de salud.

Ante de hablar del concepto de derecho de salud debemos definir la noción de salud entonces, según la Real Academia Española, se define como: *“el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.”*, pero en esta definición solo habla de la ausencia de enfermedad, dicha concepción ha sido discutida.

Tratando de arribar a una concepción de lo que es salud vamos a tomar la definición que nos trae la Organización Mundial de la Salud definiéndola como: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”*.

Ahora, ya habiendo conceptualizando lo que es salud, estamos en condiciones de definir el derecho de salud, si bien en nuestra normativa no tenemos una definición precisa, la podemos sacar del punto 8 de la “Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas”, dicho documento conceptualiza al derecho de salud como no un derecho a estar sano sino como un derecho que entraña libertades y derechos, esto quiere decir, que en dichas libertades se encuentra el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, a su vez, el derecho de no padecer injerencias, como torturas; tratamientos y experimentos médicos no consensuales. También, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Dicha definición la podemos ver reflejada o en esencia en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos a los que adhiere la Argentina y que tienen Jerarquía Constitucional establecidos en el art. 75 inc. 22, como así también el art 42 y 43 de la Constitucional Nacional y el art. 36 inc. 8 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires.

2. Las prepagas: Regulación anterior a la vigencia del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023 “Bases para la Reconstrucción de la Economía Argentina”.

Antes de hablar del marco regulatorio anterior al Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023 precedentemente enunciado, debemos definir que es una prepaga, también conocida como contrato de medicina privada.

Entonces debemos definir, según el Dr. Marcelo Daniel Iñiguez, como aquel contrato por el cual una parte, llamada prestador, se obliga a otra, llamada afiliado, un conjunto de servicios médicos asistenciales, por medios propios o contratados, a cambio de un precio, asumiendo la obligación de responder a las enfermedades o prevenciones cubiertas en el plan contratado y aquellas que por ley se incluyan.

Dentro de esta definición encontramos los siguientes elementos:

- Los sujetos: La empresa de Medicina Prepaga y El Afiliado.
- El objeto: que es un conjunto de servicios para promedio, que estarán delimitados de acuerdo al plan de asistencia que hayan contratado cada afiliado.
- La causa: es la previsión de cobertura necesaria para la atención a la salud.

Como forma de este contrato, al ser un contrato no negociado, concluidos por adhesión con características de masividad, son celebrados por escrito o con cláusulas predispuestas, siendo de aplicación los artículos N° 38 y 39 de la Ley N° 24.240 “*Ley de Defensa del Consumidor*”, esto se debe a que son contratos por formularios.

El artículo N° 8, de la Ley N° 26.682 (Marco Regulatorio de Medicina Prepaga) dispone lo siguiente: [...] “**Modelos.** *Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la Autoridad de Aplicación.*” [...].

Dentro de las características tenemos que es oneroso, consensual, atípico, de ejecución continuada o tracto sucesivo y de cumplimiento inmediato o diferido.

Habiendo definido la prepaga o contrato de medicina privada nos abocaremos a explicar el marco regulatorio de dicha temática. Dentro del marco regulatorio podemos encontrar la Ley N° 24.754 “*Medicina Prepaga*”, la cual establece que las empresas o entidades que presten dichos servicios deberán cubrir, como mínimo, determinadas “Prestaciones obligatorias ” dispuestas por las obras sociales, y la Ley N° 26.682, la cual establece el “*Marco Regulatorio de Medicina Prepaga*”.

En su artículo N° 4, dicha ley establece como autoridad de aplicación al Ministerio de Salud de la Nación, que va ser a través de la superintendencia de servicios de salud, y con referencia a lo que tienen en materia de defensa del consumidor, que establece dicho artículo, se regirán por las

leyes correspondientes que son las Leyes N° 24.240, "*Ley de defensa del consumidor*", y N° 25.156, "*Ley de Defensa de Competencia*".

Dicha autoridad, siempre hablando en materia de salud, a través de la resolución N° 75/98 dictada por la Superintendencia de Servicios de Salud, cuyo anexo fue sustituido por la resolución N°155/2018, establece un procedimiento contra hechos o actos de los agentes del seguro de salud por el cual afecten o puedan afectar la normativa prestación médico asistencial.

Después en su artículo primero establece como objeto: [...] "*establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las leyes 23.660 y 23.661. Quedan excluidas las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones; y obras sociales sindicales*" [...].

En su artículo N° 7, establece las prestaciones básicas por las cuales las empresas de medicina prepaga están obligadas a cumplir y las que son las que establece la resolución, que regula el Programa Médico Obligatorio, y las prestaciones que establece la Ley N° 24.901 y sus modificatorias, por la cual regula el sistema de prestaciones básicas para personas con discapacidad.

Es importante destacar que la Resolución N° 201/2002, que fue resultado por el Decreto N° 486/2002 que determina la emergencia sanitaria en todo el país, y que crea el "*Programa Médico Obligatorio*" o también conocido como "*Programa Médico Obligatorio de Emergencia*", en donde establece a los efectores de garantizar a la población de todo el territorio el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud de todos los habitantes. A su vez dicha normativa le dio facultades al Ministerio de Salud de la Nación, establecer las prestaciones básicas esenciales. En el artículo uno de dicha resolución establece las distintas prestaciones obligatorias que tienen que disponer todos aquellos que comprenden, en el artículo uno de la Ley N° 23.660 "*Obras Sociales*", que son analíticamente detalladas en los anexos del uno al cuatro, y que se denominan "*Programa Médico Obligatorio de Emergencias (PMOE)*" y en su artículo dos establece que todos los agentes del seguro de salud deberán obligatoriamente adoptar todos los programas de prestación y control en pos de garantizar el PMOE.

Pero continuando con explicación del artículo 7 también establece, en función del PMOE, determina los planes de coberturas parciales que son:

- a) Servicios odontológicos exclusivamente;
- b) Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas;

c) Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil.

Y que dicha cobertura debe reunir los estándares que establece la autoridad de aplicación y debe establecer lo que cubre y lo que no cubre.

A su vez dicha normativa, en su Artículo N° 12, que regula la cobertura para personas mayores de 65 años y que establece que los aranceles que rijan las cuotas serán dispuestas por la autoridad de aplicación y que queda prohibido el aumento por razón a la edad aquellas personas mayores de 65 años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años, a su vez, la ley establece que la autoridad de aplicación establecerá los criterios para los aumentos de las cuotas de dicha prestaciones y que dichos criterio se tomarán según los riesgos para los distintos rangos etarios.

Y para finalizar tenemos el art. N° 17 en el cual, le da facultades a la autoridad de aplicación a la fiscalización de las cuotas de los planes que establezcan las empresas de medicina prepaga, pero más allá de eso, lo más destacable de este artículo es la facultad de garantizar la razonabilidad de las mismas, prestaciones que dan las empresas de medicina prepaga. A su vez para aumentar las cuotas de dichas prestaciones, previa autorización de la autoridad de aplicación, se deberán fundar en criterios de las variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos, también, pueden establecer precios diferenciales, 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.

También hay que agregar que el Decreto N° 743/2022 que establecen un nuevo cambio en la regulación de medicina prepaga, en donde, en un contexto de pandemia mundial, se determina un nuevo criterio para determinar los aumentos de las cuotas de medicina prepaga, al cual, a través del RIPTE (Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables) se establece un tope máximo de aumento por el cual no debe pasar el 90 % de dicho índice.

El Artículo N° 2 del Decreto N° 743/22, establece que las Empresas de Medicina Prepaga deberán ofrecer en forma obligatoria a sus usuarios y usuarias, a partir del 1° de enero de 2023, idénticos planes de cobertura al que posean en la actualidad sin copagos, con la inclusión de copagos sobre las prestaciones de primer y segundo nivel, a un precio de, como mínimo, un VEINTICINCO POR CIENTO (25 %) menor al plan sin copago.

Por otro lado, una cuestión importante a destacar, conforme a los considerandos de dicha normativa, es el fundamento del decreto mencionado:

“Que resulta necesario establecer criterios normativos que regulen las actividades económicas llevadas a cabo dentro del ámbito de la medicina privada, toda vez que, si bien se establecen

como relaciones entre privados, por sus características específicas, su debida prestación es considerada un derecho de los consumidores y las consumidoras y los usuarios y las usuarias de la salud, garantizado en el artículo 42 de nuestra CONSTITUCIÓN NACIONAL.

Que, por lo tanto, la regulación de la actividad no solo está basada en considerar a la salud un derecho humano esencial que el Estado debe garantizar y proteger, sea esta brindada por efectores públicos nacionales, provinciales o municipales, por el sistema de Obras Sociales o por las Empresas de Medicina Prepaga, sino que además debe atenderse que el acceso a la salud tenga una razonabilidad económica para quienes opten por una cobertura privada por su capacidad de pago.

Que, en este marco, resulta necesario establecer un mecanismo de actualización que permita a las Empresas de Medicina Prepaga reguladas por la Ley N° 26.682 afrontar los mayores costos de los insumos y recursos de forma tal que mantengan el giro comercial, sin afectar su desenvolvimiento.

Que todo esto debe atenderse partiendo de la premisa de que es obligación del Estado implementar políticas que desalienten la inercia inflacionaria que afecta el normal desarrollo de las actividades de las empresas y los ciudadanos y las ciudadanas, especialmente a los sectores del trabajo y la producción que se intentan proteger.

Que el primer eslabón de la cadena de efectores privados de la salud, a través de los cuales brindan servicios las Empresas de Medicina Prepaga, está compuesto por clínicas, sanatorios, laboratorios de análisis clínicos, diagnóstico por imágenes, profesionales de la salud que prestan servicios en consultorios particulares, entre otros, todos ellos de diferente envergadura y tamaño en cuanto a capacidades prestacionales y financieras.

Que, en este orden de ideas, dadas las características de esta actividad de servicios, los salarios tienen una mayor incidencia que en otros sectores de la economía.”.

Esto significa, que, si bien en la relación de consumo rige el principio de la autonomía de la voluntad entre los particulares, por considerarse un contrato entre la empresa de medicina prepaga y los usuarios del sistema de salud, quienes han contratado y prestado su voluntad en favor de dicho beneficio, también hay que entender que la prestación es un derecho fundamental a garantizar por el estado, siendo que asimismo, las empresas mencionadas no podrían de ningún modo desistir del cumplimiento del criterio de razonabilidad del decreto mencionado, ya que el estado es garante de cumplir con el más alto nivel de salud y como política pública

establecer un modelo por el cual todos y todas los/as usuarios/as puedan acceder, ya sea desde el sistema público o del privado, en pos de un modelo integral.

Por otro lado, el Decreto N° 343/2023 que crea “*Sistema de Integración y Calidad para Establecimientos Públicos de Salud (SICEPS)*”, en donde, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud, se recuperan los gastos derivados de las atenciones de los pacientes en los hospitales público y que tengan una cobertura.

3. Nuevo marco regulatorio de la medicina prepaga.

Ahora en esta parte del trabajo abocaremos el análisis del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023, por el cual se establece este nuevo régimen regulatorio de la medicina prepaga y su reglamentación

Primero hay que mencionar que esta modificación se basa en una supuesta “*crisis del sistema de salud*”. Entendiendo en esta idea de reducción de costos y competitividad del mercado farmacéutico como así también al mercado de la medicina prepaga.

El DNU establece que las empresas de medicina prepaga ahora están sujetas a la Ley N° 23.660, lo que implica que deben adherirse a normativas que regulan la atención de salud y el financiamiento a través de aportes de los trabajadores (arts. N° 270 y 295 del DNU N°70/2023). Este cambio es significativo porque, previamente, las empresas de medicina prepaga operaban en un marco relativamente independiente, lo que generaba una desconexión en la protección de los derechos de los usuarios.

Se garantiza a los trabajadores el derecho a elegir su prestador de salud al iniciar una relación laboral (art. N° 311 del DNU N°70/2023), pero, debiendo permanecer en él un tiempo mínimo determinado por la autoridad de aplicación, que nunca podrá ser superior al año (art. N° 312 del DNU N°70/2023).

Sin embargo, esta libertad puede ser limitada por la existencia de condiciones impuestas por los prestadores o la capacidad económica de los trabajadores para costear planes adicionales. Aunque se promueve la libre elección, el contexto socioeconómico podría restringir efectivamente esta libertad.

Uno de los aspectos más relevantes y criticados de esta reforma es la desregulación de los precios de las cuotas de las prepagas en donde en un principio elimina, a través del art. N° 267 del DNU N°70/2023, el art. N° 18 de la Ley 26.682, que establecía la posibilidad de fijar aranceles mínimos obligatorios, así como el art. N° 5 inc. g) que otorgaba potestad a la

Administración de autorizar y revisar los valores de las cuotas, y modificó el art. N° 17 que permitía la fiscalización de las cuotas de los planes y la autorización de los aumentos. Asimismo, el art. N° 265 del DNU derogó el Decreto N° 743/2022, que estableció un régimen de aumentos limitados conforme la evolución del RIPTE. Al eliminar controles sobre las cuotas y aumentos, se corre el riesgo de que los precios se disparen, afectando especialmente a los sectores más vulnerables. La promesa de mayor competitividad no garantiza necesariamente un acceso equitativo a la salud.

El debilitamiento de la autoridad de aplicación al eliminar controles sobre la transferencia de afiliados y otros aspectos regulatorios, podría poner en riesgo la estabilidad y el bienestar de los usuarios.

Esto se ve efectivo con la publicación de los Decretos N° 170/2024, N° 171/2024 y N° 172/2024. Que a través de ellos, lo que hacen es reglamentar las distinta modificación que trae el DNU N°70/2023 en materia de prepaga como así también a las obras sociales, como por ejemplo, la elección entre tener una obra social o una prepaga; la eliminación de las facultades de Superintendencia de Servicios de Salud para fijar valores de cuotas, aranceles mínimos obligatorios a los prestadores públicos y privados y la intervención en los modelos de contrato entre las empresas y los prestadores, facultad que le confería la Ley N° 26.682 en su art. N° 8 y que establecía que: [...] “ *Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la Autoridad de Aplicación.* ” [...].

También una de las modificaciones más importantes es las que trae el decreto N° 172/2024 que deroga el Decreto N° 343/2023, que establecía SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS), y determina que para el recupero de los gastos sanatoriales de los afiliados de los agentes del Seguro de Salud (obras sociales, prepagas o las entidades que estén comprendidas Leyes N° 23.660 y N° 23.661) en las que se atiendan en los establecimientos de salud pública se deberá realizar a través de un convenio, sin la intervención del Estado Nacional, ya sea por medio autoridad jurisdiccional que corresponda o en forma individual. Dichos hospitales deben estar inscriptos en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), para poder realizar dichos convenios.

En el caso de la Provincia de Buenos Aires, la misma se rige por una normativa propia respecto del recupero de costos, lo que compone las obras sociales, prepagas y otras entidades que presten sus servicios en medicina privada, reguladas por las leyes mencionadas anteriormente, por la cuales los hospitales públicos están facultados a cobrarles a las entidades enumeradas precedentemente prestadoras de estos servicios a los afiliados que se atienden en los hospitales de jurisdicción Provincial. Los cobros de los gastos acarreados se regulan mediante las

Resoluciones establecidas por el consejo provincial del SAMO, así también el recupero de costos y la facultad mencionada se regulan por el Decreto-Ley N° 8.801 y modificatorios (Decretos N° 1158/1979, N° 3372/1987 y N° 4530/1990), esto entendiendo que la Constitución Nacional establece que todas las facultades no delegadas al Estado Nacional son conservadas por las Provincias.

Conf. Artículo 121 de la Constitución Nacional: *“Las provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno federal, y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación.”*

Y para finalizar la Resolución N° 1926/2024 del Ministerio de Salud de la Nación, en línea con DNU N° 70/2023, deja sin efecto los aranceles vigentes en concepto de co-seguros establecidos para las prestaciones médico-asistenciales contempladas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y determina que dichos aranceles deberán ser fijados libremente por parte de las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° 23.660 en concordancia con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

4. Constitucionalidad de los aumentos de las prepagas y el criterio jurisprudencial.

En este apartado haremos un análisis jurisprudencial de los aumentos de las prepagas y su constitucionalidad. Dicho análisis será a través de los fallos Millet, Luis Alberto c. Galeno Argentina SA s/ Amparo colectivo • 18/01/2024 y Brauchli, Marta Cristina c. Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires s/ Amparo colectivo • 15/01/2024.

En Ambos casos jurisprudenciales podemos observar como el aumento en las prepagas afecta directamente en los afiliados con una suma masiva del precio a pagar por el servicio de cobertura asistencial, en consecuencia se les exige cautelarmente a las empresas una readecuación de las cuotas del plan asistencial correspondientes a cada uno de los afiliados, cada uno con su caso en particular pero dentro del marco de un amparo colectivo.

Los Jueces dieron lugar a dejar sin efectos el aumento de las cuotas y se establece una readecuación de las cuotas al valor anterior hasta que se dicte sentencia definitiva con un plazo de 48hs para que las empresas cumplan de manera rápida con la medida.

Ahora, ¿cuáles son los argumentos que tuvieron en cuenta para llegar a esta decisión?

Hay que tener en cuenta los efectos materiales inmediatos producidos por el DNU y los derechos que resultan vulnerados por estos, los cuales son el acceso a la salud, el derecho a la vida y el derecho a la propiedad privada, todos estos derechos están garantizados a nivel constitucional por los artículos N° 17, 42 y 75 inc. 22 y 23 de la Constitución Nacional.

Las medidas implementadas por el DNU N° 70/2023 el cual no cumplió con el mecanismo constitucional de la excepción, se transgrede así también el artículo N° 99 inc. 3 de la CN.

Al a destacar fue que ambos casos se pide una medida cautelar de no innovar hasta que se resuelva la cuestión de fondo, para así poder resguardar y garantizar en la inmediatez los derechos de nuestros representados. Que se realicen los aumentos correspondientes, pero solo aquellos que correspondan a los previstos por el artículo N° 17 de la ley N° 26.682.

El DNU N° 70/2023 dictado por el PEN resulta en la modificación del marco regulatorio de las empresas de medicina prepaga y de las obras sociales (ley N° 26.682) derogando mediante el art. N° 267 los artículos 5 incs. G y M y sustituyendo mediante el art. 269 la redacción del art. N° 17.

Las funciones de la autoridad que se encargaba de fiscalizar las prestaciones del PMO, contratos y planes queda así derogada, principalmente la función de fiscalizar y garantizar la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales en el sustituido artículo N° 17.

La consecuencia lógica es que ahora los aumentos superen el 85% por esta falta de criterio y de autoridad de aplicación y fiscalización para regularlos.

Acá podemos ver como eso aumentos ponen en riesgo los principios que rigen la preservación de la salud y la vida de las personas, derechos estos reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12) en el Pacto de San José de Costa Rica (arts. 4 y 5) y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 6 inc. 1) con rango constitucional (art. 75 inc. 22) y la tutela efectiva del derecho de salud reconocido por la Constitución Nacional.

También hay que agregar a este análisis de constitucionalidad la acción de amparo que presenta el Estado Nacional, a través Ministerio de Salud de la Nación por medio Superintendencia de Servicios de Salud y complementando la medida del Ministerio de Economía, y que contiene una medida cautelar por abuso de precios, con el objetivo de retrotraer los aumentos de las cuotas de la medicina prepaga que estuvieron por encima de la inflación funda por el dictamen Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (CNDC) que determinaba que había conductas anticompetitivas y a su la media solicitada se fundo del artículo 44 de la Ley 27.442 de Defensa de la Competencia (LDC), que expresa: “ [...] *En cualquier estado del procedimiento, el Tribunal de Defensa de la Competencia podrá imponer el cumplimiento de condiciones que establezca u ordenar el cese o la abstención de las conductas previstas en los capítulos I y II, a los fines de evitar que se produzca un daño, o disminuir su magnitud, su continuación o agravamiento. Cuando se pudiere causar una grave lesión al régimen de competencia podrá ordenar las medidas que según las circunstancias fueren más aptas para*

prevenir dicha lesión, y en su caso la remoción de sus efectos. Contra esta resolución podrá interponerse recurso de apelación con efecto devolutivo, en la forma y términos previstos en los artículos 66 y 67 de la presente ley. En igual sentido podrá disponer de oficio o a pedido de parte la suspensión, modificación o revocación de las medidas dispuestas en virtud de circunstancias sobrevinientes o que no pudieron ser conocidas al momento de su adopción [...]”.

Por todo lo expuesto por demos arribar a una conclusión utilizando, este criterio de los fallos que hablas y de la acción de amparo que presenta el Estado Nacional, que estos aumentos son inconstitucionales. Ya que el DNU que introduce la posibilidad de que las empresas de medicinas prepaga puedan aumentas no reunía los requintos legas y que a su vez vulnera un derecho fundamental como la salud reconocido por nuestra constitución.

III. Conclusiones

La reforma introducida por el DNU tiene implicaciones significativas en la estructura del sistema de salud privado en Argentina. Aunque busca modernizar y hacer más competitiva la oferta de servicios, también plantea serias preocupaciones sobre el acceso equitativo, la regulación de precios y la protección de los derechos de los usuarios. Que dicha reforma más que generar una competencia saludable en el mercado de las prepagas generó la vulneración casi inmediata de los particulares.

Podemos ver con lo descripto anteriormente, dichos aumentos desmedidos son inconstitucionales, ya que vulnera el derecho a la salud, que está protegido en nuestra constitución.

Para abordar la problemática planteada, se propone restaurar el marco regulatorio específico para las prepagas, garantizando al mismo tiempo la inclusión de las prestaciones básicas establecidas por el Programa Médico Obligatorio. Además, se sugiere que los futuros aumentos de tarifas se basen en el RIPTE (Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables), con un tope máximo del 90%. Finalmente, es fundamental que la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación recupere sus facultades de fiscalización y control en relación con los incrementos de las cuotas de las empresas de medicina prepaga.

Bibliografía:

- (2024) Asorey, Graciela. DNU 70/2023: Liberación de precios de la Medicina Prepaga. Microjuris. Año, Vol.: 28-may-2024
- Brauchli, Marta Cristina c. Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires s/ Amparo colectivo • 15/01/2024
- (2023) Castañón López, Manuel. Breves apostillas sobre el DNU 70/2023 y el Sistema de Seguro De Salud. LA LEY 26/12/2023. Año 2022
- (2022) Enrici Luciano. Derecho a la Protección de la Salud. Editorial Platense
- (2024) Faliero, Johanna C.. El DNU 70/23 y la cartelización de la medicina prepaga: cuando la libertad es tomada como excusa del abuso de derecho por parte de los proveedores.. Microjuris. Año, Vol.: 19-abr-2024
- (2005) Iñiguez Marcelo Daniel. *“Contratos de prestaciones de salud y derechos humanos”*. Edit. Rubinzal Culzoni. Mayo 2005
- Millet, Luis Alberto c. Galeno Argentina SA s/ Amparo colectivo.18/01/2024
- (2024) Vega, Gerardo E. El decreto 70/2023. Una norma que amerita revisión. Microjuris. Año, Vol.: 25-mar-2024