

## Pandemia de Coronavirus: ¿las Prepagas pueden negar la cobertura de salud por Fuerza Mayor?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) subió la calificación del coronavirus (Covid-19) de epidemia a pandemia y les reclamó a los países que "tomen acción de manera urgente y agresiva".

En Argentina, además del sistema de salud pública y de obras sociales, existe el esquema privado, a través de las prepagas. Precisamente, en este último grupo se puso la lupa para saber si prestarán los servicios que el afiliado contrató o si podrán negar la cobertura aduciendo que se trata de un caso excepcional bajo el paraguas de la "fuerza mayor".

Se llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Esta declaración se da como consecuencia del número de países afectados. Su calificación se debe a que el brote afecta a regiones geográficas extensas, cruzando fronteras internacionales y propagándose a lo largo de varios continentes.

A diferencia de otros países, en los que a muchos clientes se le niega la cobertura contra enfermedad infecciosa, en la Argentina los afiliados pueden, en principio, quedarse tranquilos.

Es que la ley que las regula (la 26.682) indica que deben prestar las coberturas incluidas dentro del Plan Médico Obligatorio (PMO). Si bien desde el año pasado pueden ofrecer planes parciales, no están excluidas este tipo de prestaciones. La cobertura es igual a la de cualquier otra patología.

Además, para generar más tranquilidad en el sistema, el gobierno nacional modificó el Presupuesto General de la Administración Nacional para el Ejercicio 2020, y determinó el otorgamiento de \$7.000 millones (exactamente, \$6.994.066.618) a la Superintendencia de Servicios de Salud para su programa Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud, que incluye a las obras sociales y a las empresas de medicina prepaga.

Lo hizo a través de la decisión administrativa 347/2020 de Jefatura de Gabinete, publicada en el Boletín Oficial.

### Aspectos de la cobertura

En caso de requerir internación, se cubre el 100% en todos los establecimientos contratados, y en ambulatorio se aplican las mismas normas que otras enfermedades. Algunas prestadoras, a los pacientes con sospechas de enfermedad les entregan un barbijo especial.

Desde el sector destacan que deben continuar un protocolo emitido por el Ministerio de Salud, ya que es un tema de salud pública.

En estos casos, no habrá diferenciación entre clientes ni cuotas, a pesar de que esta infección respiratoria viral puede agravarse de acuerdo a los grupos etarios y a las patologías de base. Se garantiza la prestación, ya sea en una sala de terapia intensiva o ambulatoria, en caso de que el paciente logre estar aislado y no necesite estar internado.

Distintos son los casos de aquellos que viajaron al exterior y necesiten utilizar los planes de asistencia al viajero o seguros de prepagas. Esto se debe a que se contratan por única vez y pueden llegar a establecer límites en la cobertura.

De esta manera, los contratantes, a la hora de viajar al exterior tienen que leer sin falta la letra chica del plan contratado para evitar sorpresas de costos elevados por asistencia médica o negativas de cobertura.

Es que, como se mencionó anteriormente, las prepagas deben cubrir la atención, internación, medicamentos o lo que se precise ante cualquier epidemia, pandemia o virus que se presente una vez contratado el plan, 100% dentro del país y parcial en otros países.

### Cómo reclamar si no cubren

Si el afiliado, a pesar de estar cubierto, tiene un inconveniente con la cobertura médica por parte de la prepaga, puede realizar el reclamo en la Superintendencia de Servicios de Salud.

El trámite se inicia a través de un formulario de reclamo y se le notifica a la empresa, la cual responderá según los plazos vigentes. En caso de no respuesta o respuesta insatisfactoria, el afiliado tiene 10 días para solicitar la continuidad del reclamo con la intervención de la Superintendencia.

A esos fines, deberá presentar:

- Formulario de reclamo firmado por el titular.
- Fotocopia del DNI.
- Prescripción médica actualizada.
- Síntesis de historia clínica.
- Justificación de la prestación por médico.
- Credencial Obra Social o Prepaga.

Fuente. Iprofesional.