

CRISIS EN EL SECTOR SALUD

Paradojas de la mirada mercantil

Argentina posee una de las tasas de pluriempleo en el sector salud más altas de la región, contribuyendo al casi 20% de casos confirmados de COVID-19 que corresponden a personal sanitario. El subsidio a la demanda genera una situación insostenible para las clínicas privadas. La crisis sanitaria pone al descubierto las contradicciones de la perspectiva mercantil del sistema de salud.

La pandemia como catalizadora de la crisis

La crisis del sistema de salud argentino preexiste a la pandemia de COVID-19. El proceso de mercantilización y de transferencia de recursos al subsector privado que comenzó en 1955, se aceleró durante la última dictadura cívico-militar y alcanzó su máxima expresión en la seguidilla de gobiernos neoliberales del cambio de siglo.

Mientras que las empresas de medicina prepaga continúan concentrando recursos para cubrir únicamente al 3,69% de la población por contratación directa y al 13,34% por derivación de aportes a obras sociales¹, las clínicas y sanatorios privados fueron desapareciendo de las ciudades de menos de 50.000 habitantes

para concentrarse en los grandes centros urbanos. Allí funcionan como prestadores de las prepagas y de las obras sociales, que sufren un desfinanciamiento incesante desde fines de la década de 1990.

En los períodos en los que aumentó el desempleo, el subsector estatal alojó a multitudes que quedaron sin otra cobertura y, aun en tiempos de crecimiento económico, subsidió a las corporaciones mediante la asunción de los costos de los tratamientos de alto precio.

La llegada del virus SARS-Cov-2 hizo que esta crisis se profundizara vertiginosamente. El Estado comenzó a invertir una gran cantidad de recursos para mejorar su capacidad de respuesta y los prestadores privados entraron en un callejón sin salida como consecuencia del aumento de los gastos y la caída de los ingresos.

A continuación se expondrán una serie de paradojas que demuestran que el problema actual es consecuencia de la implementación de políticas sanitarias con una mirada mercantil.

La paradoja de la cama vacía

Por lo general se asume como un dato positivo que disminuya la cantidad de accidentes de tránsito o que una enfermedad afecte cada vez a menos personas. De hecho, es una de las formas de evaluar el funcionamiento de un sistema de salud. Cuanto mejor funcionen las medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la población tendrá menos problemas de salud,

mejorará su calidad de vida y vivirá más años. Además, habrá menos internaciones, tratamientos médicos y cirugías, por lo que el costo general del sistema de salud disminuiría. Sin embargo, existe una parte del sector salud que en realidad trabaja en un mercado de la enfermedad. Son las clínicas, sanatorios, consultorios y centros de diagnóstico privados que facturan las prestaciones que brindan a afiliados de las obras sociales y prepagas. Necesitan que la demanda se sostenga para poder funcionar.

En un contexto de mercado, la productividad de los dispositivos de atención queda asociada al número de consultas, de internaciones o de cirugías.

La respuesta estatal y comunitaria a la pandemia de COVID-19 hizo que todas las prestaciones bajen drásticamente. Según la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina y la Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio (ADECRA+CEDIM), dos cámaras que funcionan unidas en representación del sector, todas las prestaciones cayeron entre un 50 y un 75% al comparar abril de 2020 con el mismo mes del año pasado (figuras 1, 2 y 3). Eso, sumado a la crisis en la que se encuentran inmersos desde hace años como consecuencia del retraso en los pagos por parte de las obras sociales y prepagas, hace que estas entidades estén al borde de la quiebra. Al mismo tiempo, las obras sociales que pagan por capitación (una suma fija por afiliado haya o no haya prestaciones), como PAMI, siguen transfiriendo a las clínicas las mismas sumas aunque estén trabajando mucho menos.

La coyuntura actual no sólo está determinada por la falta de gente enferma, aunque la disminución del tránsito vehicular

hizo que haya menos accidentes y el conjunto de las medidas de prevención del contagio del coronavirus derivó en una menor cantidad de casos de enfermedades respiratorias estacionales. Gran parte de la caída de la demanda a los prestadores privados se debe a la suspensión de las cirugías y prácticas diagnósticas programadas así como la atención por consultorios externos decidida centralmente. Además, el miedo a infectarse hizo que mucha gente deje de consultar en los servicios de urgencias, generando el riesgo de que aumente la cantidad de muertes por diversas causas debido a la falta de intervención oportuna.

El 18 de mayo, mediante la decisión administrativa 817/2020, la Jefatura de Gabinete de Ministros incluyó a los prestadores privados de salud entre los beneficiarios de la Asistencia de Emergencia para el Trabajo y la Producción. Así, los sanatorios, centros médicos y de diagnóstico que lo soliciten podrán recibir una ayuda del Estado nacional, que pagará el 50% de los salarios y los eximirá de hasta el 95% de los aportes patronales correspondientes al mes de abril². Aunque es una medida pertinente para preservar la fuente de trabajo de miles de personas y la disponibilidad de infraestructura sanitaria ante el aumento de la cantidad de casos de COVID-19, corresponde preguntarse cuál es el destino de las empresas que hoy se serán auxiliadas. No se puede hablar aquí de una vuelta a la normalidad porque este sector subsiste en condiciones anormales desde hace años.

Figura 1. Variaciones porcentuales de ocupación en internación general y en área crítica abril-19/abril-20

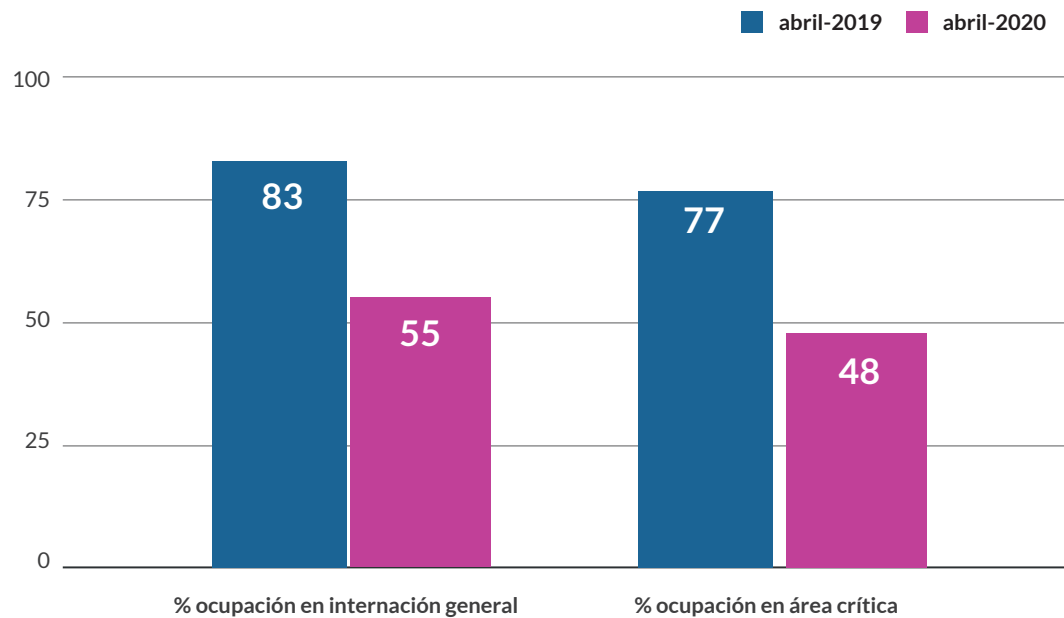


Figura 2. Variación por prestación abril-19/abril-20

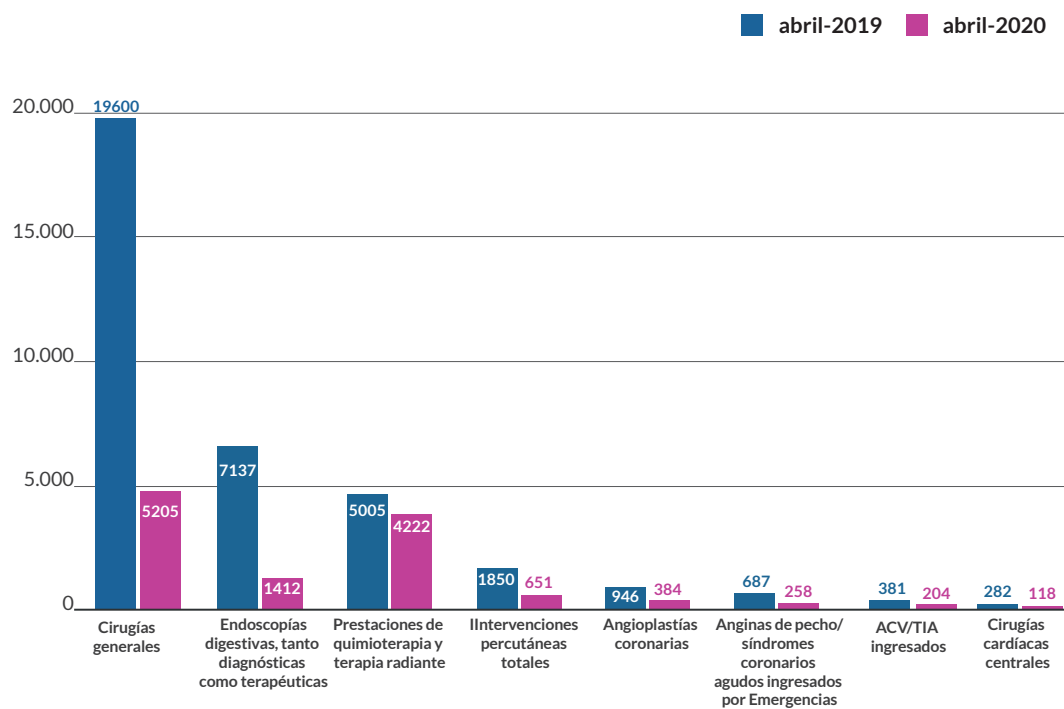


Figura 3. Variación de consultas totales por emergencia e ingresos totales a internación abril-19/abril-20

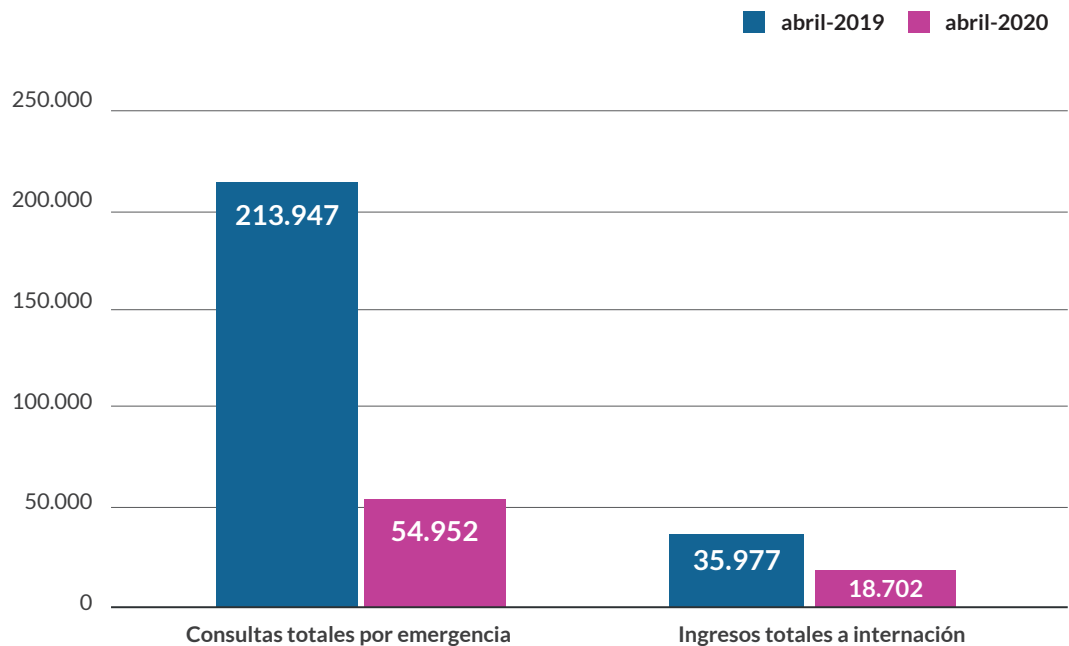
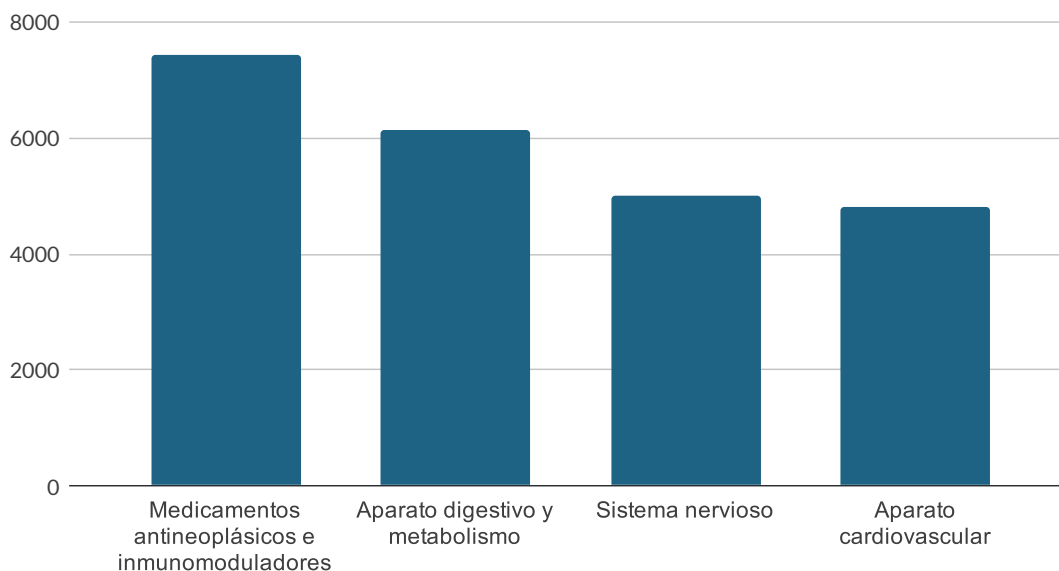


Figura 1, 2 y 3. Fuente: Adecra+Cedim, 2020. La Epidemia Por Coronavirus No Elimina Ni Posterga Otras Enfermedades. El Desafío De No Caer En Desatención. [online] Disponible en: <https://www.adecra.org.ar/biblioteca-archivos/la-epidemia-coronavirus-no-elimina-posterga-otras-enfermedades-desafio-no-caer-desatencion/>

La paradoja del mercado farmacéutico

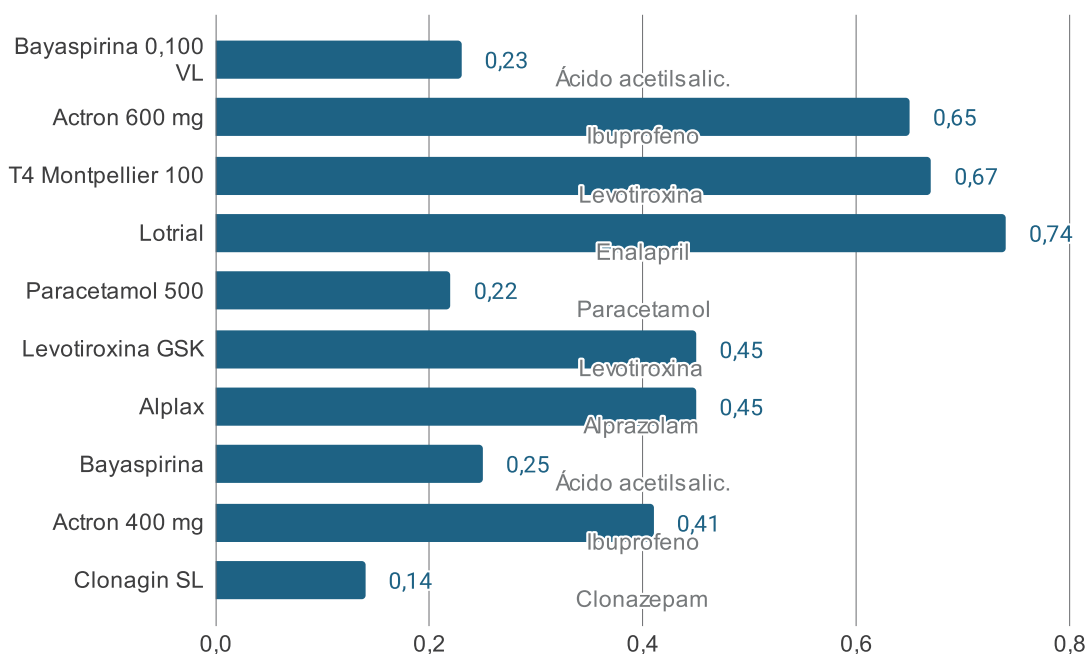
Si la oferta y la demanda son las que determinan el precio de un medicamento, una vacuna u otra tecnología médica, cuanto más necesario sea un producto, menos accesible se vuelve debido al aumento de su precio. Por ejemplo, los medicamentos oncológicos son el grupo farmacológico con mayor facturación en nuestro país aunque están lejos de figurar entre los más vendidos. Aunque forman parte de tratamientos que deben ser pagados íntegramente por el Estado, las obras sociales o las prepagas, el acceso es inmensamente desigual dependiendo del lugar de residencia y la cobertura que tenga cada paciente.

Figura 4. Medicamentos con mayor facturación, expresados en millones de pesos. Primer trimestre de 2019.



Fuente: INDEC, 2019. Industria Farmacéutica en la Argentina. Primer Trimestre de 2019. Informes Técnicos. Vol. 3, no 107.

Figura 5. Ranking de consumo de medicamentos 2017 y su facturación (%) sobre el total del mercado.



Fuente: Oficina Económica y Comercial de la Embajada de España en Buenos Aires, 2019. El Mercado Farmacéutico En Argentina.

En este contexto, la expectativa sobre el efecto positivo que podría tener el uso algunas drogas para tratar el COVID-19 tuvo como consecuencia el aumento de las acciones de los laboratorios que las producen. La sola mención de la hidroxiclороquina como potencial tratamiento hizo que su precio de venta se dispare. Ante el anuncio de un potencial efecto favorable del remdesivir³, la corporación financiero farmacéutica Gilead comenzó a negociar las licencias para autorizar su producción en diferentes países y el valor de sus acciones se duplicó (Figura 6).

Figura 6. Valor de las acciones de Gilead Sciences últimos 6 meses (expresadas en pesos argentinos)



El sistema insolidario

Las obras sociales se sostienen por los aportes que realizan trabajadorxs y empleadorxs. Las prepagas, por su parte, se financian principalmente por los aportes derivados de las obras sociales y en menor medida por la cuota que pagan sus asociados voluntarios.

Las obras sociales y las prepagas compiten desde el año 2000 por los aportes derivados de los descuentos salariales y los aportes

patronales. Aunque en teoría toda la población con empleo registrado es objeto de esa disputa, sólo revisten interés quienes cobran los salarios más altos. Mediante el fenómeno denominado “descreme”, los mayores aportes se concentran en las prepagas y unas pocas obras sociales grandes y con prestigio mientras que el enorme conjunto de bajos ingresos deben permanecer en las obras sociales chicas y pobres.

Aunque la mayor parte de las obras sociales son sindicales, existe una cantidad considerable de entidades que pertenecen a la misma categoría pero al mismo tiempo son dependencias estatales. Las dos obras sociales más grandes del país, el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI) y el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (IOMA) forman parte de ese grupo. Lo completan el resto de las obras sociales provinciales, las universitarias, del personal de las fuerzas armadas, de los poderes legislativo y judicial.

Tanto las entidades estatales como las sindicales tendieron desde sus inicios a contratar los servicios de prestadores privados. Es decir que las obras sociales estatales usan fondos públicos para financiar prestadores privados mientras se pauperiza el subsector estatal. En la provincia de Buenos Aires, el IOMA supera por poco el presupuesto asignado al ministerio de Salud. A nivel nacional, sólo el presupuesto del PAMI cuadruplica el de la cartera sanitaria. Si esos recursos se reinvirtiesen en el subsector estatal, la realidad podría ser muy diferente. Más aún si los actores nacionales y provinciales pudieran planificar y actuar coordinadamente.

El equipo de salud: aplausos, recorte y la ilusión de la profesión liberal

El personal de salud se encuentra en el centro de la escena de la pandemia de COVID-19. Todas las noches se le dedica un aplauso a médicxs y enfermerxs que, como héroes, libran la batalla contra el virus. También han sufrido la discriminación de vecinos que temen contagiarse y, en algunos prestadores privados, el recorte de sueldos u honorarios⁴.

Argentina es uno de los países del mundo con mayor nivel de pluriempleo en el sector salud. El 43% de lxs profesionales de la salud tiene más de un empleo, mientras que en la población general apenas un 9,6% está en esa condición. Las personas con un sólo empleo trabajan un promedio de 39 horas semanales mientras que aquellas que están en situación de pluriempleo lo hacen por 52 horas semanales⁵. **El pluriempleo aparece como solución parcial de lxs trabajadorxs de la salud a las condiciones de las ofertas laborales: contrataciones irregulares, contrataciones de medio tiempo, tercerización o subcontratación y a las bajas remuneraciones, especialmente al compararlas con las de profesionales que se desempeñan en otras actividades⁶. Además de ser perjudicial para la salud de por sí y aumentar el riesgo de sufrir accidentes laborales, en la actualidad, el pluriempleo se ha vuelto un medio para la expansión del contagio del COVID-19. Se observa que son cada vez más las instituciones de salud en las que el primer caso positivo fue unx trabajadorx que se había infectado en otro trabajo.**

Conclusiones

A lo largo de este informe se expusieron las modalidades de introducción de la lógica de mercado en las diferentes dimensiones del sistema de salud y las dificultades que generan en términos de equidad y sustentabilidad económica. La desigualdad en el financiamiento, la fragilidad de los efectores, los elevados precios de los medicamentos y la precariedad de la situación laboral de los profesionales redundan en barreras de acceso para la mayor parte de la población.

La integración del sistema de salud aparece como una alternativa válida al sistema que tenemos hoy: centrado en la enfermedad y no en la prevención, potente en capacidades y recursos pero descoordinado y fragmentado.

Notas al pie

¹ CA.DI.ME. y Centro de Investigación de la Fundación DPT, 2019. Informe Sectorial N°12 Servicios De Salud. Disponible en: http://fundaciondpt.com.ar/wp-content/uploads/2019/03/Informe_Sectorial_N_12_marzo-2019.pdf

² Boletín Oficial de la República Argentina, Decisión Administrativa N° 817/2020, 18 de mayo de 2020.

³ Rowland, C. (11 de marzo de 2020). The best hope for coronavirus treatment is an experimental drug that fizzled against Ebola. The Washington Post. Disponible en: https://www.washingtonpost.com/business/economy/the-best-hope-for-coronavirus-treatment-is-an-experimental-drug-that-fizzled-against-ebola/2020/03/10/8a9e8cd4-5fe8-11ea-b29b-9db42f7803a7_story.html

⁴ "Hospital Italiano: reclamos de los médicos", La Nación, 3 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/hospital-italiano-reclamo-de-los-medicos-nid2360854>

⁵ MTEySS (2014). Situación ocupacional de los trabajadores del sector Salud. Sobre datos de EPH y SIPA. Documento de trabajo. Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social de la Nación.

⁶ Novick, M. et al. (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington, D.C.: OPS.