

Sociedad

7/10/2022

INFORME ESPECIAL

Obras sociales y prepagas: vivir no sólo cuesta vida.

Restricciones, aranceles elevados, copagos y deficiencias en la cobertura es lo que caracteriza al sistema de obras sociales y medicina prepaga.

Marcelo Mache

¿Qué hay detrás de la desatención de la salud de millones?

Discriminación por edad o por enfermedades crónicas. Meses de espera para acceder a un turno médico. Cada vez menos prestaciones, y mayor cobro de aranceles extra.

Con octubre llegó un nuevo aumento del 11,5% en los servicios que brindan las empresas de medicina prepaga, y suman ya 85% de encarecimiento en el año. En las obras sociales, mientras tanto, se profundiza el vaciamiento. ¿Qué hay detrás de la desatención de la salud de millones de trabajadores? En este informe especial de Prensa Obrera te contamos los detalles sobre cómo funciona el sistema, con análisis y testimonios en primera persona.

Obras sociales y prepagas son la base de la cobertura médica de millones de personas en el país. Y, aunque se supone que representan una participación “beneficiada” en el sistema de salud nacional, el desfinanciamiento, la descentralización y el avance de los negocios privados vienen socavando la atención médica, en el marco de la crisis económica, los recortes presupuestarios y el vaciamiento de la salud pública como alternativa.

Mientras que a las obras sociales se suele acceder por medio de los aportes laborales, las empresas privadas de la salud ofrecen cobertura por medio de las entidades de medicina prepaga a cambio de adicionales o elevados aranceles mensuales. Muchas personas se ven obligadas a recurrir a la medicina privada a falta de cobertura laboral o por los propios límites de la atención en las obras sociales, muchas de las que se encuentran vaciadas por sus administraciones, en manos de la burocracia sindical, o dominadas por el sector privado.

Aunque la salud se trate de un derecho de primer orden, que hace a la calidad de vida de las personas, en el sistema actual se rige por las leyes del mercado y la contabilidad de las obras sociales y prepagas. Esto se demuestra no solo en el alcance y profundidad de las prestaciones cubiertas sino en los filtros y exclusiones por ingresos, comorbilidades y/o enfermedades preexistentes.

Es lo que relata Micaela, paciente celíaca que ha pasado por distintas coberturas con experiencias poco satisfactorias y que actualmente cuenta con una prepaga. Micaela relata las dificultades,

primero, para que le detecten su condición médica debido a que se requieren estudios y un presupuesto que las obras sociales intentan evitar.

Respecto a la cobertura médica, Micaela señala que no existen prestaciones particulares para su tratamiento sino más bien una alimentación específica sin tacc y el acceso a los profesionales necesarios para atender las contingencias y chequeos que demanda el seguimiento de su celiacía. Manifiesta que por ley las obras sociales y prestadoras les deben reintegrar un monto totalmente insuficiente (hoy en \$2.600) por gastos en la adquisición de alimentos aptos para celíacos, pero que le ha ocurrido que ante el hecho de reclamar ese importe su anterior repaga se desentendió de la cobertura buscando la forma de forzarla a un cambio de prepaga y/o a su salida de los padrones.

Actualmente, con otra cobertura de prepaga, no se anima a gestionar el reclamo del importe que le corresponde por miedo a que le vuelvan a negar la cobertura y con la salvedad que no puede ejercer otra opción de cambio de prestadora durante 1 año. Micaela pone de manifiesto que las empresas privadas de medicina ponen filtros para impedir el ingreso de personas con enfermedades preexistentes, debido a que quiere evitar gastos y costos correspondientes a los tratamientos indicados.

Antonela, paciente diabética e insulino dependiente, relata con precisión todas las prestaciones que requiere la población diabética y las diferencias de calidad en el tratamiento variando de si uno accede a la salud pública, a una obra social o a una prepaga.

“Las prepagas suelen no aceptar personas con enfermedades preexistentes y crónicas como la diabetes, incluso algunas de ellas pueden plantear algún tipo de pago extra a una cuota a una persona con una enfermedad de este tipo”, señala. “Para las prepagas nosotros somos un problema (...) nos plantean filtros discriminatorios. Tenemos que abonar un plus”, agrega Antonela.

Antonela describe que el cambio de cobertura según la integración a uno u otro subsistema de salud puede generar alteraciones en el tratamiento, reduciendo la calidad de las prestaciones e implicando un riesgo para la salud y una menor calidad de vida. Algo que ocurre cuando las prepagas retacean o se niegan a cubrir las prestaciones, o cuando alguien pierde el empleo y por ende la cobertura de la obra social, y no cuenta con los recursos para pagar las elevadas cuotas de la medicina privada.

Cómo funciona el sistema

El 45% de la población del país cuenta con cobertura de las obras sociales, incluyendo al Pami, mientras otro 40% depende del sistema sanitario público. Respecto a las prepagas se estima en unos 6,3 millones de beneficiarios con dicha cobertura, de los cuales un 62% accede por la vía de los aportes a la obra social y el 38% restante lo hace de forma directa.

El negocio de la medicina prepaga fue creciendo al ritmo del vaciamiento y deterioro de las obras sociales, las cuales se encuentran desfinanciadas y con restricciones a la atención médica. Bajo la promesa de una pronta y eficaz atención y una cobertura superior, las prepagas avanzan sobre el mercado de la salud aunque sin garantizar la atención que prometen.

El centro de gravedad del sistema de obras sociales y medicina prepaga hoy se encuentra consolidado en los trabajadores con relación de dependencia, quienes ocupan el 60% de la afiliación a las obras sociales con 12 millones de beneficiarios (incluyendo familia), seguidos por los jubilados de afiliación al Pami (5,2 millones) y los monotributistas (1,5 millones).

Cobertura médica e

290

obras sociales

45%

**de la población
cuenta con obra
social** (20.000.000
de personas)

Esto se debe a que el sistema de obras sociales se sostiene con el aporte del 3% de los salarios, por parte de los trabajadores, y el 6%, por parte de las patronales, lo que implica un ingreso regular de fondos para la cobertura médica.

A finales de los '90 comenzó a implementarse el proceso de desregulación de las obras sociales, perfeccionado luego por el gobierno de De la Rúa, lo que habilitó el cambio de obra social por fuera de la perteneciente al gremio de cada trabajador y abrió las puertas al negocio de la medicina prepaga, permitiendo derivar aportes a las mismas.

De las 290 obras sociales existentes solo un puñado alcanza el nivel de afiliación suficiente para sustentar una cobertura médica integral, con instituciones propias, farmacias, clínicas y un sistema relativamente independiente o, en su defecto, una capacidad de negociación fuerte frente a las prestadoras privadas.

La gran mayoría restante depende casi absolutamente de las prestadoras privadas y convenios en desventaja que las convierte en un mero apéndice del sector privado, por lo que terminan convirtiéndose en un trampolín para el acceso de las entidades prepagas a los aportes del sistema de obras sociales.

Los excluidos

Por otra parte, las obras sociales no aceptan por igual a todas las personas. Muchas de ellas bloquean la afiliación para monotributistas y monotributistas sociales, por ejemplo, debido a la baja cuantía de las cápitas, lo que constituye una pérdida en términos contables.

Se trata de cientos de miles de trabajadores forzados a encuadrarse ilegalmente bajo el régimen de monotributistas o dependientes de la ultraprecaización del Estado por medio de programas sociales registrados bajo el monotributo social: el origen de la depresión de las cápitas de estos sectores está asociado a la precarización y flexibilización avalada y impulsada desde el propio Estado.

Para el caso de las prepagas lo que no se obtiene por medio de la cápita se factura por afuera, pero si operan otras restricciones, como es el caso de las enfermedades preexistentes y/o crónicas, para las cuales se exige una cobertura más costosa. Lo mismo vale para pacientes de riesgo y personas adultas, para los cuales los abonos se vuelven impagables o directamente prohibitivos.

El negocio de la salud consiste en brindar cobertura a quien no la requiere y negarle asistencia a quien si la necesita.

El negocio de las prepagas

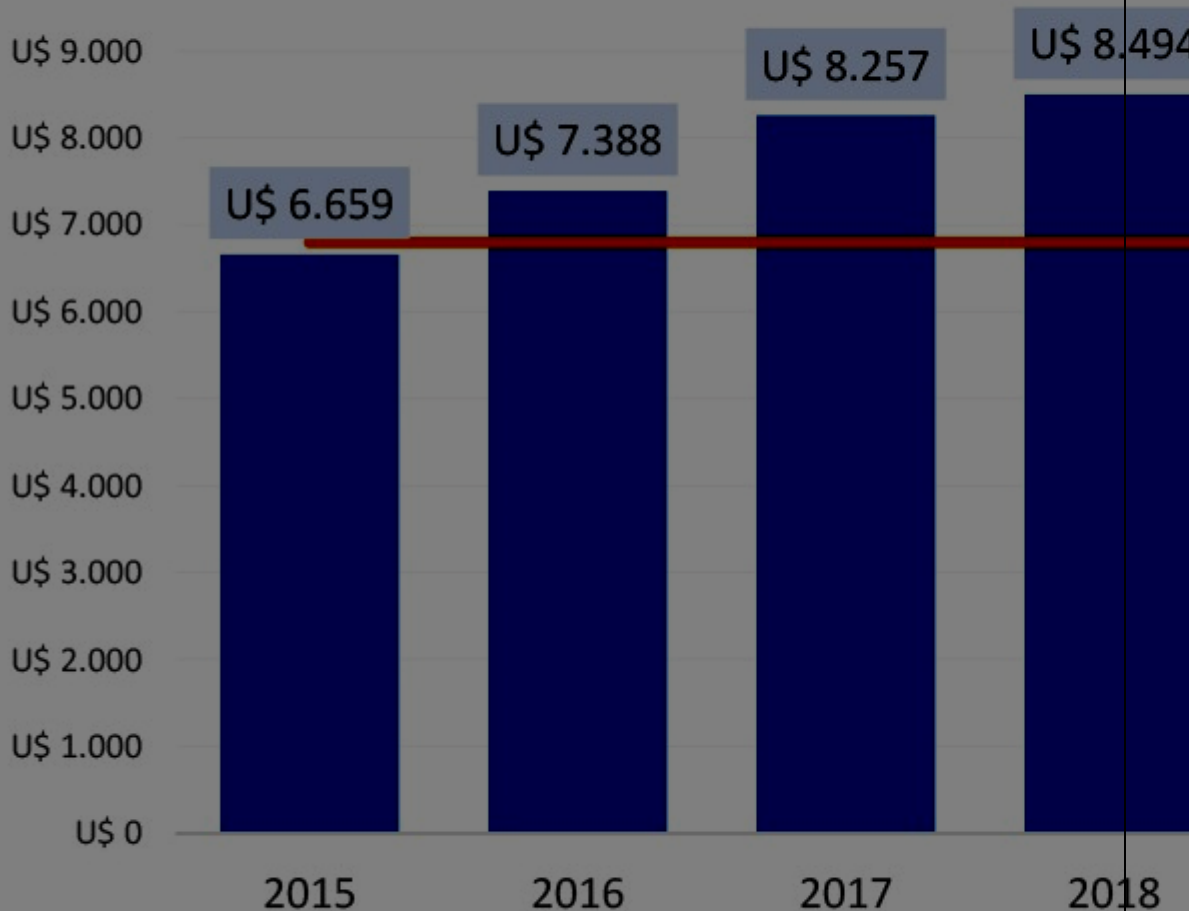
Las entidades de medicina prepaga vienen ganando lugar en el mercado de la salud, algo que se expresa en un salto en los números de las entidades registra de, que pasó de unas 568 en 2013 a más de 700 en la actualidad.

La casi totalidad de afiliados se concentran en una decena de prepagas debido a que muchas de estas entidades ofrecen una cobertura parcial y/o especializada (odontología, emergencias médicas, regiones específicas, etc.).

Las prepagas avanza sobre la promesa de una cobertura más rápida y eficiente que la de las obras sociales, por contar instalaciones y logística propias, de alcance nacional, algo que no todas las

obras sociales pueden ofrecer. Además de que ofrecen planes “personalizados”, con distintos niveles de cobertura según la capacidad económica del adherente y sus necesidades.

Gráfico 2. Ingresos de empresas seleccionadas de Medicus, Medifé, Omint, OSDE y Sw
Período 2015-2020. En millones



Fuente: CEPA en base a EECC y D

La financiación muchas veces depende de la edad y la cuantía de los salarios de los trabajadores – cuando se está en relación de dependencia-, lo que determina el plan al que uno puede acceder, algo distinto a las obras sociales que ofrecen una cobertura igual para todos sus afiliados.

Si el salario es bajo se ofrece acceso solamente a un plan “base”, al cual uno debe adicionar más dinero para ampliar la cobertura. Si se carece de empleo registrado el tipo de asociación es directa y los valores fluctúan dependiendo el “paquete” que uno abone y la edad y/o la “evaluación de riesgo” de la persona –esto difiere del régimen de obras sociales donde los gastos por la afiliación de riesgo son cubiertos por un sistema de compensaciones.

En efecto, quien quiere acceder a una “mejor cobertura” tiene que pagar más. Aunque esto tampoco sea garantía de celeridad y eficacia. Las prepagas entorpecen gran parte del sistema prestacional, dilatando turnos y el acceso a prestaciones para que cierren los números contables.

El gobierno de las prepagas

Un reciente informe del Centro de Economía Política Argentina (Cepa) da cuenta de que en el periodo que va del 2015 al 2020 las seis empresas que lideran el mercado privado (Galeno, Medicus, Medifé, Omint, OSDE y Swiss Medical) acumularon ingresos por 44.400 millones de dólares (el equivalente a lo adeudado al FMI), con un promedio de 6.800 millones de dólares anuales.

Pero estos números no se obtienen solos, sino que los capitalistas de la medicina prepaga son favorecidos por los distintos gobiernos con políticas de todo tipo.

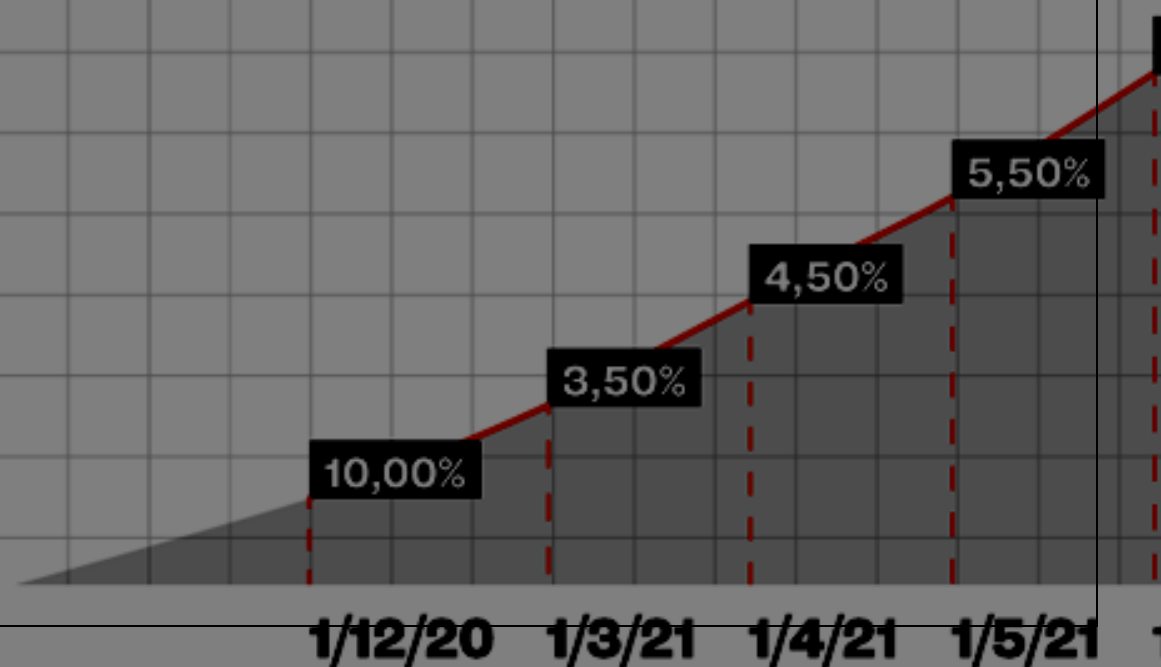
Actualmente, el gobierno de Alberto Fernández y el Frente de Todos mantiene una exención de cargas patronales a la seguridad social del orden del 75%, como continuación del beneficio de exenciones al 100% otorgado durante la pandemia.

Aumento de las prepagas bajo el Frente de Todos

+201%

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud.

**Prensa
Obrera**



A su vez, el gobierno les viene reconociendo aumentos en las prestaciones por arriba del Índice de Precios al Consumidor, lo que constituye un trato preferencial para un sector con abultadas ganancias. En lo que va del 2022 los aumentos acumulan un 85% y si nos remitimos a los inicios del gobierno la cifra asciende al 201%.

Estos beneficios no implicaron ningún aliciente y/o compromiso para que desde el sector de la medicina prepaga, con injerencia y control de gran parte de las clínicas privadas, se evitara el cierre de diversos establecimientos durante la pandemia, dejando a cientos de trabajadores en la calle a miles de trabajadores y jubilados sin cobertura.

Solo en la provincia de Buenos Aires se registraron 13 cierres durante la pandemia, entre ellos el de la Clínica San Andrés en Caseros y la Clínica Sagrado Corazón, de Hurlingham.

Obras sociales vaciadas

Por el lado de las obras sociales operan diversos factores que tienen al vaciamiento de las prestaciones y la fuga de recursos hacia el sector privado.

Por un lado, el 100% de la financiación de las mismas depende de los salarios que se obtengan en cada paritaria, lo que ata la evolución de sus finanzas al deterioro del poder adquisitivo salarial y a las consecuencias de los acuerdos y bonos o sumas fijas no remunerativas los cuales no impactan en favor de las obras sociales, salvo cláusula en contrario.

Las obras sociales son gestionadas antidemocráticamente por la dirección de los correspondientes sindicatos, y suelen representar una fuente de ingresos paralelos para las conducciones sindicales burocratizadas y su entorno de influencia, sin ningún tipo de auditoría o control por parte de los trabajadores.

Para aquellos sindicatos con una baja cantidad de afiliados la obra social se reduce a la posibilidad de un acuerdo con una u otra prestadora privada, que deje algún diferencial económico para la dirección el sindicato.

El Estado transfiere el ajuste en salud a las obras sociales por diversas vías. Una de ellas son los aumentos y la desregulación de precios en las prestaciones, medicamentos, insumos y prótesis médicas. La otra es por vía del ahogo financiero.

El gobierno tiene a su cargo el manejo Fondo Solidario de Redistribución (FSR), el cual se constituye con aportes de todas las obras sociales, y debería estar destinado a la cobertura de las prestaciones y tratamientos de alta complejidad y costosos. Sin embargo, desde el Estado retienen permanentemente estos fondos, como ocurre con las prestaciones de discapacidad y/o como ordenó en su momento el ex ministro de Economía Martín Guzmán para respaldar el ahorro fiscal ante el FMI.

Distintas obras sociales aplican la metodología de copagos para la cobertura de determinadas prestaciones, trasladando el ajuste y el vaciamiento al bolsillo de los trabajadores. Algo que se encuentra regulado y poco controlado y que en la mayoría de los casos es abonado a regañadientes con el propósito de obtener la atención necesitada.

Los copagos y aranceles externos también circulan por fuera del propio esquema de obras

Atención deficitaria

Algo que tienen en común ambos subsistemas, el de las obras sociales y las prepagas, es la baja calidad del servicio.

Turnos programados con meses de demora, aranceles y copagos en las prestaciones, cobertura insuficiente, dificultad de acceder a determinados profesionales, contingencias sin cobertura, etc., son las situaciones que se encuentra día a día millones de trabajadores y sus familias.

En servicios como odontología –uno de los más privatizados y descentralizados- se puede tardar meses en obtener un turno y gran parte de las obras sociales y prepagas cuentan con una cobertura más que elemental (Programa Médico Obligatorio) quedando la mayor parte de los tratamientos sujetos a un arancelamiento adicional sumamente costoso.

Esta situación se repite en laboratorios, diagnósticos por imágenes, psicología y especialistas, entre otros, y está determinado por los convenios que cada obra social establezca o los programas y la cobertura que se pague en la medicina prepaga: aunque pagar no es garantía de satisfacción.

El acceso a la salud en la sociedad actual está guiado por la leyes del mercado y sujeto a la rentabilidad y ganancias de las empresas privadas, tanto en la cobertura directa por medio de las empresas prepagas como en la oferta de prestadoras privadas, laboratorios y farmacéuticas que realizan la cobertura médica de la mayoría de las obras sociales, con mayores y menores niveles de injerencia.

Esto es determinante en una sociedad donde no existe capacidad económica independiente para afrontar los gastos de cobertura de salud por fuera de la integración de estos subsistemas, lo que termina complementando la asistencia deficitaria con nuevas erogaciones de los trabajadores y jubilados que deben destinar parte de sus salarios e ingresos a cubrir las necesidades urgentes que hacen al cuidado personal y de su salud.

Un sistema al servicio de los y las trabajadoras

La mercantilización de estos dos subsistemas de salud ha avanzado como una política de Estado. Esto fue allanado con el apartamiento de los trabajadores en la toma de decisiones y el control de sus organizaciones gremiales y obras sociales sindicales, disociando el funcionamiento de las mismas de las necesidades e intereses del colectivo obrero. Las manejan a discreción las mismas conducciones que entregan los salarios y las condiciones de trabajo.

Las obras sociales son “gerenciadas” por aparatos burocráticos que responden a intereses individuales y que son el canal para el ingreso de los sectores privados y los negocios lucrativos a expensas de los trabajadores. Un reclamo urgente para parar el vaciamiento y emprender un rumbo de preservación y desarrollo de la cobertura médica es de la elección, por medio del voto directo, y la revocabilidad de los directorios de las obras sociales, con rendición de cuentas periódica al control de los trabajadores, para poder revisar toda la política, convenios y acuerdos pactados por la burocracia sindical.

Esto debe ir de la mano con la apertura de los libros de las empresas de medicina prepaga, cortando con la racha de aumentos antiobreros que dispone el gobierno nacional, y poner fin a las restricciones, filtros y bloqueos a la atención y cobertura de las personas adultas mayores, con enfermedades preexistentes y/o pacientes con enfermedades crónicas. Además de terminar con los

planes diferenciados, “a la carta”, garantizando un servicio accesible a los trabajadores y jubilados, con cuota única y prestaciones médicas integrales.